

Oralizar para existir: uma autoetnografia sobre interseccionalidades e violências epistêmicas na saúde pública¹

Marjorie Manuela Viana Sanho Marques Paiva de Oliveira - PPGA/UFPE

Palavras-chave: Autoetnografia; Interseccionalidade; Saúde Pública

INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira opera sob lógicas que ultrapassam a dimensão técnica do cuidado. A cor, classe social e deficiência não são variáveis periféricas, mas estruturas fundamentais que moldam cada consulta, cada diagnóstico e cada possibilidade de acesso ao tratamento. Este artigo propõe uma análise crítica do sistema público de saúde no Brasil a partir de uma perspectiva interseccional, articulando raça, classe e deficiência como categorias analíticas indissociáveis na compreensão das desigualdades em saúde.

A partir da minha trajetória como mulher parda, surda oralizada e usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), este trabalho mobiliza a autoetnografia crítica como método de produção de conhecimento, tendo como fundamento minha experiência enquanto paciente, higienista de saúde, historiadora e antropóloga, o que constitui o fio condutor desta análise. Transpassando estas questões e fundamentada na bibliografia de Guedes de Mello (2016), sobre experiência corporificada da deficiência, observaremos que esta não torna a produção etnográfica "menos completa" por se tratar de uma experiência particular, mas oferece outras possibilidades epistemológicas para pensar as práticas de saúde a partir de uma problemática recorrente, o racismo, capacitismo e classismo no âmbito da saúde pública brasileira.

Este trabalho dialoga com autores fundamentais dos estudos críticos sobre raça, deficiência e saúde: Denise Ferreira da Silva (2021), Cida Bento (2022), Charles Mills (2023), Rosana de Castro (2013; 2016), Tatiane Muniz (2020), Sueli Carneiro (2003), Frantz Fanon (2008) e Anahi Guedes de Mello (2016; 2019). A articulação entre esses autores permite compreender como capacitismo, racismo e classismo operam de forma imbricada na produção de hierarquias de acesso ao cuidado em saúde.

Conceitos como epistemicídio, contrato racial, pacto narcísico da branquitude, tecnociência racializada e capacitismo estrutural serão mobilizados para demonstrar como a saúde pública brasileira, apesar de seu caráter universal, reproduz e atualiza formas históricas de exclusão. Este artigo busca contribuir para uma compreensão mais complexa das interseccionalidades que atravessam o campo da saúde, oferecendo subsídios para a construção de cuidados de qualidade aplicáveis a todos.

SUJEITOS SEMI-INVISÍVEIS: AUTOETNOGRAFIA COMO EPISTEMOLOGIA

A autoetnografia crítica, conforme empregada neste trabalho, compreende a experiência vivida como campo legítimo de produção de conhecimento, especialmente quando se trata de corpos historicamente invisibilizados e marginalizados (Ellis, Adams & Bochner, 2011). Guedes de Mello (2016) propõe uma "antropologia mediada pela deficiência", questionando: "quais antropologias mediadas pela surdez uma antropóloga surda pode fazer?". Esta provocação epistêmica fundamenta a escolha metodológica deste trabalho.

A experiência corporificada da surdez, articulada à minha condição de mulher parda, não constitui uma limitação metodológica, mas uma posicionalidade que permite acessar dimensões do cuidado em saúde frequentemente invisibilizadas nas análises que partem de lugares de privilégio. Minha trajetória enquanto usuária do SUS e pesquisadora configura o que Haraway (1995) denomina "conhecimentos situados", saberes que reconhecem sua parcialidade e localização específica como condição de objetividade.

Este ensaio articula memórias pessoais a conceitos teóricos densos, questionando o lugar da linguagem médica, da racialização e do capacitismo nas práticas de saúde. Através dessa articulação, busco demonstrar como categorias analíticas como epistemicídio (Carneiro, 2003), contrato racial (Mills, 2023), pacto narcísico da branquitude (Bento, 2022) e capacitismo estrutural (Mello, 2016) não são apenas abstrações teóricas, mas realidades operantes no cotidiano do sistema público de saúde brasileiro.

CAPACITISMO, RACISMO E CLASSE: A PRIMEIRA ESCUTA NEGADA

Minha deficiência auditiva não foi detectada ao nascer. Esta não detecção não representa uma falha técnica isolada, mas evidencia a operação simultânea do capacitismo estrutural, do racismo e do classismo no acesso à saúde. Como usuária do SUS, não tive acesso aos testes neonatais específicos para detecção primária da minha deficiência, a surdez. A triagem auditiva neonatal, conhecida como "teste da orelhinha", embora obrigatória desde 2010 pela Lei Federal nº 12.303, não estava disponível de forma universal no período do meu nascimento (2001), e sua implementação permanece desigual conforme a classe social e a região do país.

A surdez só foi percebida entre meus quatro e cinco anos, quando minha família observou dificuldades na construção de palavras, ausência de reação ao ser chamada e indiferença a sons cotidianos. Esta descoberta tardia revela o que Guedes de Mello (2016) denomina "capacitismo estrutural", uma forma de violência que opera através da negligência e da ausência de políticas públicas efetivas. O capacitismo, conforme a autora argumenta, não se manifesta apenas em atos discriminatórios explícitos, mas fundamentalmente na naturalização da exclusão de pessoas com deficiência do acesso a direitos básicos.

Esta negligência estrutural não pode ser compreendida isoladamente da questão racial e de classe. Mills (2023), ao desenvolver o conceito de "contrato racial", demonstra como existe um acordo não escrito que define quem é considerado plenamente humano e, conseqüentemente, quem merece acesso prioritário aos recursos de saúde. Meu corpo (pardo, pobre e deficiente) situava-se fora dos limites deste contrato, tornando-se uma "subpessoa" cujo acesso à saúde não constitui prioridade sistêmica.

O modelo médico da deficiência, criticado por Guedes de Mello (2019), opera reduzindo a surdez a uma "falta" ou "falha" a ser corrigida. Este modelo, hegemônico nas práticas de saúde brasileiras, articula-se perfeitamente com a lógica racializada e classista do acesso ao cuidado. Meu corpo não foi escutado (literalmente e metaforicamente) porque não atendia aos critérios implícitos de humanidade plena estabelecidos pelo contrato racial (Mills, 2023) e pelo capacitismo estrutural (Mello, 2016).

Quando finalmente minha família recorreu à atenção básica (UBS), fui inicialmente diagnosticada com "dificuldades na fala", o que me levou a sessões de fonoaudiologia. Estas sessões, além de escassas, eram financeiramente inacessíveis para minha família. O cuidado,

então, foi majoritariamente assumido por minha família, que reproduzia em casa os exercícios fonoaudiológicos, ensinando-me leitura labial e as primeiras palavras oralizadas. Esta rede de cuidado doméstico e improvisada representa uma resposta à ausência do Estado, mas também demonstra o que Bento (2022) identifica como o "pacto narcísico da branquitude", uma estrutura que naturaliza o acesso desigual aos recursos públicos, tornando famílias negras e pobres responsáveis por suprir lacunas sistêmicas.

Aprendi a oralizar e a fazer leitura labial sem aparelhagem auditiva, não por escolha, mas por impossibilidade econômica e falta de informação sobre meus direitos. Meus pais insistiam: eu precisava "falar bem", pois, dada nossa condição social, isso seria necessário para qualquer possibilidade futura de inserção profissional e social. Esta pressão pela oralização, embora compreensível no contexto de exclusão em que vivíamos, reflete o que Guedes de Mello (2019) critica como a imposição de uma "normalidade" capacitista que exige da pessoa com deficiência a adequação aos padrões corporais hegemônicos.

LINGUAGEM MÉDICA COMO BARREIRA EPISTÊMICA: CAPACITISMO E RACISMO EM OPERAÇÃO

As consultas com otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos, ao longo dos anos, trouxeram mais camadas de dificuldade do que elucidações. Estes profissionais, quase em sua totalidade brancos e do sexo masculino, utilizavam uma linguagem técnica, fria e inacessível, tanto para mim quanto para minha família. Esta experiência ilustra o que Guedes de Mello (2016) identifica como o modelo médico da deficiência operando através da linguagem: o saber biomédico se estabelece como única forma legítima de conhecimento sobre o corpo deficiente, desqualificando experiências e saberes corporificados.

A linguagem médica não é neutra. Ela opera como barreira epistêmica que simultaneamente produz e reproduz exclusões. Fanon (2008), ao analisar a medicina colonial, demonstra como a imposição da linguagem do colonizador funciona como ferramenta de dominação. Ser "escutado" na consulta médica, ter suas queixas levadas a sério, suas dúvidas respondidas adequadamente, depende de "falar corretamente", saber direitos, dominar códigos linguísticos e comportamentais específicos. Esta exigência exclui pessoas pobres, racializadas e com deficiência da comunicação efetiva em saúde.

O modelo médico da deficiência, conforme teorizado por Guedes de Mello (2019), reduz a pessoa com deficiência a um conjunto de "falhas" corporais a serem corrigidas, silenciando outras dimensões da experiência. No meu caso, a surdez era tratada exclusivamente como perda auditiva quantificável em decibéis, nunca como uma forma específica de estar no mundo que demanda outras epistemologias de cuidado. As consultas focavam obsessivamente na possibilidade de "restaurar" a audição, jamais em compreender como eu navegava o mundo através de outros sentidos e estratégias comunicacionais.

Esta lógica do modelo médico articula-se perfeitamente com o que Muniz (2020) identifica como a "universalidade" do corpo branco na biomedicina. Os parâmetros de "normalidade" auditiva, os protocolos de tratamento e as expectativas sobre comunicação são construídos tomando como referência corpos brancos, ouvintes e de classe média. Meu corpo era uma triplo desvio dessa norma, tornando-se objeto de intervenção biomédica sem nunca ser reconhecido como sujeito de conhecimento sobre si mesmo.

A barreira linguística não era apenas técnica, mas fundamentalmente epistêmica e política. Ferreira da Silva (2021) denuncia o "Homo Modernus" branco como o sujeito autorizado da ciência e da racionalidade. Dentro desta lógica, apenas certos corpos (brancos, masculinos, sem deficiência, de classe média) são reconhecidos como capazes de produzir conhecimento legítimo, inclusive sobre suas próprias experiências corporais. Os saberes que minha família e eu desenvolvemos sobre minha surdez, estratégias de comunicação, percepções sobre meus limites e potencialidades, eram sistematicamente desconsiderados nas consultas médicas.

RACIALIZAÇÃO DA AUTORIDADE MÉDICA: O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

A dinâmica de interação com profissionais de saúde transformou-se significativamente com a chegada de um médico cubano à Unidade Básica de Saúde do meu bairro, via Programa Mais Médicos. Este médico, negro, com sotaque forte e linguagem direta, oferecia recomendações adequadas à nossa realidade social, comunicando-se de forma muito mais acessível do que outros profissionais.

Contudo, minha família, apesar de atualmente afirmar não se importar com a cor do médico, demonstrou desconfiança inicial em relação a ele. Esta desconfiança estava associada ao fato de ser estrangeiro e não falar português fluentemente. Em seu primeiro contato, antes de saber de sua formação médica, foi muito elogiado por sua beleza e sotaque. Durante a consulta, mantive-me atenta às indicações, e ele elogiou a forma como estávamos lidando com a situação dadas nossas condições financeiras. Contudo, ao sairmos, uma pessoa da minha família comentou: "acho que ele não fez a mesma medicina daqui, espero que o que ele indicou esteja certo e funcione, porque ele é o primeiro médico que entendi o que você tem... ele falou muito simples pra ser verdade".

Este médico, clínico geral, explicou de maneira acessível, tanto para mim com 13 anos quanto para minha família, que o que eu tinha era hipoacusia. Esta foi a primeira vez que tive um nome específico para nomear aquilo que já nascia tendo. A clareza da comunicação, paradoxalmente, gerou desconfiança: a linguagem acessível era interpretada como sinal de menor competência técnica.

Esta experiência evidencia o que Castro (2013) identifica como a racialização do corpo negro mesmo quando trajado com jaleco. O corpo negro é questionado, vigiado e frequentemente sexualizado, sendo percebido como "serviçal" no hospital ou UBS mesmo quando ocupa posição de autoridade profissional. A desconfiança da minha família não era apenas em relação à origem estrangeira do médico, mas fundamentalmente em relação à sua negritude e capacidade. Castro (2016) argumenta que existe uma percepção social de que médicos "de verdade" são brancos, médicos negros precisam constantemente provar sua competência de formas que médicos brancos não precisam.

A interpretação de que uma linguagem acessível seria sinal de menor expertise reflete o que Ferreira da Silva (2021) denuncia: o "Homo Modernus" branco é construído como sujeito autorizado da ciência, tornando o médico negro e estrangeiro alvo de questionamento por não se encaixar neste ideal. A percepção de que médicos brancos seriam "mais inteligentes" e que uma linguagem complexa seria sinal de maior competência reforça a ideia de que a linguagem opera como fronteira epistêmica que constrói e destrói autoridade.

Esta experiência também dialoga com as reflexões de Guedes de Mello (2016) sobre epistemologias situadas. O médico cubano, por sua própria trajetória e origem social,

compreendia as limitações materiais da minha família de forma que outros profissionais não compreendiam. Sua linguagem acessível não era deficiência comunicacional, mas competência para estabelecer diálogo efetivo com pessoas de classe popular. Esta é uma forma de conhecimento médico mediada pela experiência de classe e raça que, ironicamente, foi interpretada como menor qualificação.

O Programa Mais Médicos, criado em 2013, trouxe milhares de médicos cubanos para atuar em áreas periféricas e rurais do Brasil. A resistência a estes profissionais não foi apenas corporativa, mas fundamentalmente racial. Como Castro (2013) argumenta, o corpo negro de jaleco é sempre suspeito, precisa provar sua legitimidade de formas que o corpo branco não precisa. A excelência técnica do médico cubano que me atendeu foi ofuscada pela desconfiança racializada que seu corpo e sotaque provocaram.

INTERSECCIONALIDADE COMO CATEGORIA ANALÍTICA: ARTICULANDO CAPACITISMO, RACISMO E CLASSISMO

A análise da minha trajetória no sistema de saúde evidencia que capacitismo, racismo e classismo não operam isoladamente, mas de forma imbricada e mutuamente constitutiva. Esta compreensão interseccional, fundamental aos estudos críticos contemporâneos, permite identificar como diferentes sistemas de opressão se articulam na produção de desigualdades em saúde.

Guedes de Mello (2019) argumenta que o capacitismo não pode ser compreendido sem considerar raça e classe. A autora propõe a "teoria crip" ou "teoria aleijada" como modelo cultural da deficiência que rejeita tanto o modelo médico (que reduz deficiência a patologia individual) quanto o modelo social clássico (que, ao focar em barreiras sociais, por vezes apaga a materialidade do corpo). A teoria crip reconhece a corporalidade da deficiência sem reduzi-la a déficit, compreendendo-a como diferença que se articula com outros marcadores de diferença.

No meu caso, a negligência no diagnóstico precoce da surdez não pode ser explicada apenas pelo capacitismo estrutural do sistema de saúde. Foi a articulação entre minha condição de classe, minha raça (parda) e minha deficiência (surdez) que produziu a invisibilidade

específica que vivenciei. Uma criança branca de classe média com surdez teria acesso à triagem neonatal, a aparelhos auditivos e a acompanhamento fonoaudiológico adequado. Minha experiência foi radicalmente diferente porque meu corpo ocupava simultaneamente três posições de subalternidade.

Carneiro (2003) desenvolve o conceito de "dispositivo de racialidade" para compreender como a racialização opera construindo "o outro como não-ser". Este dispositivo não funciona apenas através da violência explícita, mas fundamentalmente através da negação de humanidade plena, da desqualificação epistêmica e da naturalização da exclusão. Mills (2023) complementa esta análise com o conceito de "contrato racial", um acordo não escrito, mas operante, que define quem merece proteção, recursos e reconhecimento.

Quando articulo estes conceitos com minha experiência, percebo que meu corpo (pardo, pobre e surdo) foi múltiplas vezes construído como "não-ser" ou "subpessoa". No atendimento médico, minha experiência corporificada da surdez era desconsiderada em favor dos parâmetros biomédicos que tomam o corpo branco ouvinte como norma (Muniz, 2020). Nas interações com o médico cubano, a competência profissional de um homem negro foi questionada de formas que a de médicos brancos jamais seria (Castro, 2013).

Bento (2022) argumenta que o "pacto narcísico da branquitude" opera através de uma solidariedade racial implícita que protege privilégios brancos enquanto naturaliza a exclusão de pessoas racializadas. Este pacto se manifesta na saúde através da distribuição desigual de recursos, na maior credibilidade atribuída a profissionais brancos, no acesso diferenciado a tratamentos e tecnologias, e na própria construção do conhecimento biomédico que universaliza experiências corporais brancas.

A compreensão interseccional aqui proposta dialoga diretamente com o que Ferreira da Silva (2021) denomina "diferença sem separabilidade", a impossibilidade de separar raça, gênero, classe e outras categorias como se fossem variáveis independentes. Minha experiência enquanto mulher parda, surda e pobre não pode ser fragmentada em "primeiro sou surda, depois sou parda, depois sou pobre" ou estes, em qualquer outra ordem, mas constitui uma totalidade indivisível que produz uma forma específica de vulnerabilização, produzindo o "Eu" como um ser complexo e multifacetado que está indivisivelmente ligado a diversos aspectos sociais, raciais e políticos. Esta perspectiva desafia tanto as abordagens que tratam a

deficiência de forma isolada, quanto aquelas que pensam raça e classe sem considerar o capacitismo.

A interseccionalidade não é, portanto, uma simples "adição" de opressões (racismo + capacitismo + classismo = tripla discriminação), mas uma matriz complexa onde cada sistema de poder se constitui através dos outros, produzindo experiências que não podem ser compreendidas pela análise separada de cada eixo, devendo se enredar para se obter um melhor entendimento da situação de cada paciente/usuário do SUS. No campo da saúde pública, esta compreensão é fundamental: políticas que tratam a população surda como grupo homogêneo invisibilizam as diferenças raciais e de classe; políticas que focam em desigualdades raciais sem considerar deficiência reproduzem exclusões capacitistas; e políticas de classe que ignoram raça e deficiência perpetuam violências epistêmicas e materiais.

A interseccionalidade, portanto, não é apenas uma sobreposição de opressões, mas uma articulação específica que produz experiências qualitativamente distintas. Como mulher parda, surda e de classe, não experimento "racismo + capacitismo + classismo" de forma aditiva, mas uma forma específica de exclusão produzida pela interação destes sistemas. Esta compreensão é fundamental para pensar políticas de saúde verdadeiramente universais e equitativas.

LINGUAGEM, EPISTEMOLOGIA E AUTORIDADE: SABERES CORPORIFICADOS E LEGITIMAÇÃO

Apesar de não ser médica, hoje sou referência em questões de saúde na minha família. Meu acesso ao ensino superior, curso técnico e a pós graduação, somado à minha capacidade de utilizar linguagem acessível e desprovida de jargões médicos, me legitima como figura de autoridade. Esta posição me permite explicar, traduzir diagnósticos e orientar cuidados.

Esta experiência evidencia a dimensão política da linguagem no campo da saúde. Fanon (2008) demonstra como a imposição da língua do colonizador funciona como ferramenta de dominação. Analogamente, a linguagem médica opera como marcador de autoridade que exclui pessoas que não dominam seus códigos, o que dificulta o acesso à saúde. Ser escutado

nas interações de saúde frequentemente depende de "falar corretamente", dominar terminologias, adotar posturas corporais específicas, demonstrar familiaridade com protocolos institucionais.

Minha capacidade de "traduzir" a linguagem médica para minha família me confere autoridade não apenas pelo conhecimento técnico adquirido, mas fundamentalmente pela habilidade de mediar entre dois mundos: o mundo acadêmico-médico e o mundo popular-familiar. Esta mediação é, em si mesma, uma forma de resistência epistêmica. Guedes de Mello (2016) argumenta que pessoas com deficiência desenvolvem epistemologias próprias, transformando jargões e estruturas em formas específicas de conhecer e estar no mundo em que a ciência hegemônica frequentemente desqualifica.

No meu caso, a surdez me ensinou outras formas de "escuta". A leitura labial, desenvolvida como estratégia de comunicação, é também uma epistemologia, uma forma de produzir conhecimento sobre o mundo através da atenção visual aos movimentos faciais, às expressões e aos contextos. Esta não é uma "compensação" pela "falta" de audição, mas uma diferença epistêmica, uma outra forma de acessar informações e interações.

Contudo, esta diferença epistêmica só foi reconhecida por mim mesma após acessar o ensino superior e entrar em contato com teorias críticas da deficiência. Durante toda minha infância e adolescência, aprendi a compreender minha surdez exclusivamente através do modelo médico, como déficit a ser superado através da oralização forçada. Guedes de Mello (2019) critica exatamente esta imposição de "normalidade" capacitista que exige adequação aos padrões corporais hegemônicos em vez de reconhecer e valorizar diferenças corporais.

A insistência dos meus pais para que eu oralizasse "bem" refletia a compreensão realista de que, em uma sociedade capacitista e classista, minha sobrevivência profissional e social dependeria desta adequação. Esta não foi uma escolha entre modelo médico ou modelo social da deficiência, mas uma estratégia de sobrevivência em contexto de exclusão múltipla. A crítica ao capacitismo não pode ignorar que, para pessoas pobres e racializadas, a "escolha" por adequação não é realmente uma escolha, mas uma imposição das condições materiais de existência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: POR UMA SAÚDE INTERSECCIONAL E DECOLONIAL

A análise autoetnográfica apresentada neste artigo evidencia que o sistema público de saúde brasileiro, apesar de seus princípios universalistas, opera sob lógicas profundamente racializadas, capacitistas e classistas. A ciência biomédica não é neutra, e a prática médica não é isenta. O "pacto narcísico da branquitude" (Bento, 2022), o "contrato racial" (Mills, 2023), o capacitismo estrutural (Mello, 2016) e o "dispositivo de racialidade" (Carneiro, 2003) são estruturas reais e operantes que moldam o acesso, o cuidado e a produção de conhecimento em saúde.

Minha trajetória não se baseia na negligência pela falta de diagnóstico no nascimento/infância, mas em outros diversos fatores como acesso, acessibilidade, acolhimento, etc. Esta realidade não é excepcional, mas exemplar das experiências de milhões de pessoas cujos corpos são construídos como desviantes, inferiores ou invisíveis pelas estruturas de poder que organizam o campo da saúde. A interseccionalidade entre raça, classe e deficiência produz formas específicas de exclusão que não podem ser compreendidas através da análise isolada de cada marcador.

Este trabalho argumenta pela necessidade de uma saúde verdadeiramente interseccional e decolonial. Uma saúde que reconheça saberes populares e corporificações como epistemologias legítimas, que valorize a escuta atenta às narrativas dos pacientes, que compreenda a linguagem médica não como um marcador neutro de expertise mas como potencial barreira epistêmica.

A consulta médica precisa deixar de ser um ritual de dominação, onde corpos racializados e deficientes são objetificados, onde saberes não-hegemônicos são desqualificados, onde a linguagem opera como exclusão para transformar-se em um encontro genuíno entre sujeitos. Um encontro onde a justiça não seja restrita a "apenas nós" (Mills, 2023), mas verdadeiramente universal, incluindo corpos historicamente construídos como "não-ser" (Carneiro, 2003).

As contribuições de Anahi Guedes de Mello à teoria crítica da deficiência no Brasil são fundamentais para este projeto. A proposta de uma "antropologia mediada pela deficiência" desafia a ideia de que a deficiência torna a produção de conhecimento "menos completa",

reafirmando que diferentes corporalidades produzem diferentes, e igualmente legítimas formas de conhecer. Esta perspectiva, articulada com os estudos críticos sobre raça e classe, permite imaginar uma saúde onde a diferença não seja patologizada, mas reconhecida como dimensão constitutiva da experiência humana.

Este artigo se posiciona, portanto, como contribuição para a construção de uma saúde mais plural, mais real e, acima de tudo, mais humana. Uma saúde onde corpos negros, pardos, deficientes e pobres sejam não apenas "incluídos" em sistemas pensados para corpos brancos, mas onde suas experiências e epistemologias fundamentem a própria reorganização do cuidado. Somente assim o SUS poderá cumprir sua promessa de universalidade, não como imposição de uma norma única, mas como reconhecimento da multiplicidade de formas de existir e de necessitar cuidado para com pacientes, familiares, cuidadores e para com a própria sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENTO, Maria Aparecida Silva. O pacto narcísico da branquitude no Brasil. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

CARNEIRO, Sueli. Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. In: A mulher negra na sociedade brasileira. São Paulo: Selo Negro, 2003.

CASTRO, Rosana da Silva. Pele negra, jalecos brancos: racismo, cor(po) e (est)ética no trabalho de campo antropológico. Revista de Antropologia, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 261–292, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ra/a/DjyLbPnGcT7LqkXbCvvT7NM/>. Acesso em: 22 mai. 2025.

ELLIS, Carolyn; ADAMS, Tony E.; BOCHNER, Arthur P. Autoethnography: An Overview. Forum: Qualitative Social Research, v. 12, n. 1, 2011.

FANON, Frantz. Medicina e colonialismo. In: O papel da medicina na colonização. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

FERREIRA DA SILVA, Denise. Homo Modernus. São Paulo: n-1 edições, 2021.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. Cadernos Pagu, n. 5, p. 7-41, 1995.

MELLO, Anahi Guedes de. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 10, p. 3265-3276, 2016.

MELLO, Anahí Guedes de. Olhar, (não) ouvir, escrever: uma autoetnografia ciborgue. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/215355>. Acesso em: 22 maio 2025.

MILLS, Charles. O contrato racial. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

MUNIZ, Tatiane. De corpos universais a corpos refratários: branquitude e efeitos raciais das tecnologias biomédicas. In: Anais da Reunião da ABA, 2020. Disponível em: <https://www.abant.org.br/files/CAP-163482366.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2025.

¹ Trabalho apresentado na 35ª Reunião Brasileira de Antropologia (Ano: 2026).