



Rodrigo Neves Amaral de Souza

Necropolítica bucal: Jesus não tem dentes no país dos Banguelas - um ensaio
autoetnográfico

Rio de Janeiro

2022

Rodrigo Neves Amaral de Souza

Necropolítica bucal: Jesus não tem dentes no país dos Banguelas - um ensaio
autoetnográfico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Determinação dos processos saúde-doença: produção/trabalho, território e direitos humanos.

Orientadora: Prof^a. Dra. Danielle Ribeiro Moraes.

Coorientador: Prof. Dr. Gil Sevalho.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Oral necropolitics: jesus has no teeth in the land of the toothless
- an autoethnographic essay.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal
de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S729n Souza, Rodrigo Neves Amaral de.
Necropolítica Bucal: Jesus não tem dentes no país dos banguelas -
um ensaio autoetnográfico / Rodrigo Neves Amaral de Souza. -- 2022.
114 f. : il. color.

Orientadora: Danielle Ribeiro Moraes.

Coorientador: Gil Sevalho.

Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Odontologia. 2. Saúde Pública. 3. Sistema Único de Saúde.
4. Racismo. 5. Saúde Bucal. 6. Colonialidade. 7. Necropolítica.
8. Autoetnografia. I. Título.

CDD – 23.ed. – 617.601

Rodrigo Neves Amaral de Souza

**Necropolítica bucal: Jesus não tem dentes no país dos banguelas - um ensaio
autoetnográfico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos processos saúde-doença: produção/trabalho, território e direitos humanos.

Aprovada em: 27 de abril de 2022.

Banca Examinadora

Prof^a Dra. Ana Paula Pereira da Gama Alves Ribeiro
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira

Prof^a Dra. Rosely Magalhães de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz -Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Gil Sevalho (Coorientador)
Fundação Oswaldo Cruz -Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^a Dra. Danielle Ribeiro de Moraes (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira

Rio de Janeiro

2022

À minha esposa Camila, te amo;

À minha mãe deixo meu obrigado;

Dedico este estudo aos usuários exclusivos do SUS. Não deve ser fácil.

*Jesus não tem dentes no país dos Banguelas.
Mas não há motivos para sorrir, e, por isso, dentes não lhe fazem falta.*

*Jesus não tem dentes no país dos Banguelas.
Mas não há carne para comer, e, por isso, dentes não lhe fazem falta.*

*Jesus não tem dentes no país da COVID.
Mas dentes não lhe ajudam a respirar, e, por isso, não lhe fazem falta.*

*Jesus é um negro magrela no país dos Banguelas.
Jesus come soja e pasto no país do Agro.
Toma sopa de ossos no país dos Banguelas.
Toma sopa de pedras no país da miséria.
Jesus cospe aço no país do cangaço.
É preciso malícia, no país da milícia.
Jesus fuma Crack no país dos covardes,
Jesus não faz gol no país do Gabigol.
Jesus não bateu a meta no país da descoberta.
Jesus não trabalha no país dos canalhas.
Jesus não tem dentes no país dos Banguelas.*

(R.Neves, 2021)

RESUMO

Este estudo busca desnudar os aspectos das relações coloniais e raciais como dimensões do complexo processo de determinação social da saúde. Mais especificamente, buscaremos analisar relações de poder – marcadamente racistas na sociedade brasileira – no processo de trabalho em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, a partir de um ensaio autoetnográfico. Entendemos que o enfoque da determinação social da saúde, no qual se inserem análises do papel das condições históricas e materiais de existência como classe e processo de trabalho, comporta também uma análise das relações de raça e poder, que podem ser estudadas através dos conceitos fundamentais da decolonialidade e da necropolítica. Para isso utilizaremos na dissertação a autoetnografia como suporte metodológico, com o uso de diários reflexivos do autor escritos durante um período de dois anos como residente multiprofissional em saúde da família, associadas a lembranças e outros escritos de um segundo período de dois anos, como dentista responsável por duas equipes e dando suporte ao consultório na rua (já como trabalhador contratado por Organização Social (OS)). Procuraremos identificar dinâmicas de poder que se desenvolvem no curso do trabalho e/ou de sua organização. O uso dos diários reflexivos permite, a partir do estranhamento causado pelas suas releituras, uma reconexão com o referencial teórico utilizado no trabalho e o surgimento de linhas de pensamento não observadas antes. Desconfio que durante minha estada na CFVV mais do que praticar o deixar morrer, pratiquei o fazer morrer de diversas formas, seja nas mutilações físicas ou nas de outras dimensões como a dos sonhos e desejos. No cenário atual da sociedade brasileira, com seus racismos cada vez mais óbvios e atuantes, é necessário, cada vez mais, que o setor saúde não se furte deste assunto, sendo este o compromisso da presente dissertação.

Palavras-chave: Odontologia e Saúde Pública; SUS; Colonialidade; Necropolítica; Racismo; Autoetnografia; Saúde Bucal Coletiva; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

In this study, I will seek to explore the aspects of race relations as one of the dimensions of a complex process of social determination of health. More specifically, I intend to analyze power relations which are markedly racist in Brazilian society - in the oral health work process in the Family Health Strategy. For doing so, I will perform an autoethnography. We understand that the focus of social determination of health, which includes analyzes of the role of historical and material conditions of existence as a class and work process, also includes an analysis of the relations of race and power, which can be studied through the fundamental concept of necropolitics. For this purpose, we will use autoethnography in the dissertation as methodological support, with the use of reflective diaries of the author written during a period of two years (taking a multidisciplinary residency) associated with memories and other writings from a second period of two years (already as a worker hired by social organization), seeking to identify power dynamics that develop in the course of work and / or its organization, in addition to other observations that we deem relevant. The use of reflective diaries allows, from the strangeness caused by their reinterpretations, a new connection with the theoretical framework used in the work and the appearance of lines of thought not observed before. I suspect that during my stay at the CFVV, more than practicing letting die, I practiced making die in different ways, whether in physical mutilations or in other dimensions such as Dreams and desires. In the current scenario of Brazilian society, with its structural racism increasingly obvious and active, it is increasingly necessary that the health sector does not shy away from talking about certain issues, such as the genocide of the black population that we currently have in the municipality of Rio de Janeiro.

Key-words: Odontology and Public Health; SUS; Coloniality; Necropolitics; Racism; Autoethnography; Collective Oral Health; Collective Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – A loja de barbeiros.....	55
-------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACF	Agência do Correio Federal
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Clínica da Família
CFVV	Clínica da Família Victor Valla
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CnaR	Consultório na Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
EC 95	Emenda Constitucional 95
EqSB	Equipe de Saúde Bucal
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	32
3	FRONTEIRAS DO POSSÍVEL: EM BUSCA DE UM MÉTODO.....	33
3.1	PRÁTICA DIÁRIA DO ESTRANHAMENTO DIÁRIO.....	33
3.2	O ESTRANHAMENTO DA ESCRITA DE SI.....	38
3.3	O ENSAIO.....	39
3.4	A AUTOETNOGRAFIA.....	43
4	MODERNIDADE, COLONIALIDADE E RACISMO.....	47
4.1	COLONIZAÇÃO DO PODER.....	47
4.2	COLONIZAÇÃO DO SABER.....	50
4.3	COLONIZAÇÃO DO SER.....	58
5	NECROPOLÍTICA.....	67
5.1	COTIDIANIDADES DO ABSURDO: O HAITI É AQUI.....	67
5.2	COTIDIANIDADES DO ABSURDO: NECROPOLÍTICA RJ.....	70
5.3	COTIDIANIDADES DO ABSURDO: BRANQUITUDE, CULPA E HIERARQUIZAÇÃO.....	77
5.4	COTIDIANIDADES DO ABSURDO: DOS DIÁRIOS REFLEXIVOS. EU REFLETIDO.....	86
5.5	COTIDIANIDADES DO ABSURDO: A FUGA DO SENTIDO.....	89
6	DETERMINAÇÕES NECROPOLÍTICAS.....	91
7	ATÉ AQUI, TUDO BEM?.....	106
	REFERÊNCIAS.....	110

INTRODUÇÃO

ATÉ AQUI, TUDO BEM

Cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro, 30 de abril do ano de 1983. Nesse dia eu me introduzi na queda, mas até aqui tudo vai bem. 1988 é Copacabana, uma mãe dentista e seus 3 filhos. A rua Sá Ferreira com suas árvores altas e seu final que não tem final, seus botecos lotados e barulhentos, seus constantes tiroteios madrugada adentro, camelôs na esquina com a Av. Nossa Senhora, polícia na subida do morro, seus moradores de rua, sua proximidade com a praia, seu cheiro de esgoto de manhã e de fim de feira no final da tarde. O morro como espaço geográfico não pode ser invisível para quem passa na rua Sá Ferreira, o morro como espaço marginalizado não pode ser invisível para quem mora na rua Sá Ferreira.

Em 1992, eu não entendia muito das coisas, mas achei estranho que na ladeira do morro Pavão-Pavãozinho tinha um tanque de guerra estacionado. Em 1992 um ônibus do colégio não entrou na Sá Ferreira porque duas pessoas haviam sido assassinadas no meio da rua, e seus corpos estavam ainda lá. Em 1992 eu não entendia muito das coisas, mas passei a sentir medo dos barulhos de tiro depois que um vizinho do prédio do lado, ator da Globo, morreu vítima de uma bala perdida. Bala perdida. Em 1992 eu não entendia muito das coisas, mas vi o Flamengo campeão brasileiro, a arquibancada do Maracanã cair e muita gente se machucar. Lembro que pensei naquela hora que nem quando devemos ficar felizes, podemos ficar felizes. Talvez em 1992 eu tenha começado a entender um pouco das coisas. Talvez tenha sido a primeira vez que repeti para mim mesmo tentando me acalmar durante a queda... Até aqui, tudo vai bem.

Em 1998 a cultura do rock, do punk, do skate e da rua. Seus personagens, gírias, causos, esquemas, vivências. Da Lagoa à Rocinha, passando por Botafogo e Maracanã, Mangueira e Arpoador, indo da Urca até a Praça 15, do Flamengo a Santa Teresa, de Niterói ao Jacaré, sempre conhecendo pessoas e lugares que não teria conhecido de outra maneira. Se antes a variedade de meus amigos era de brancos de classe média, com a mesma faixa etária, advindos da escola, depois de 1998 contemplava pessoas de todas as idades, sexos e etnias, moradores de rua, menores de rua, pequenos marginais (queridos bandidos), músicos, motoboys, playboys, poetas, pedreiros, bêbados e todos os tipos de pessoas. É preciso ir para a rua para encontrar essas pessoas. Dentro da bolha em que eu nasci, elas são simplesmente invisíveis.

Em 2003, fotografia se tornou um hábito e cursava comunicação social na faculdade Estácio de Sá no Rio Comprido, terceiro período. O campus era um lugar agradável, bem arborizado e aberto, com muita gente e pequenos comércios. No exterior era cercado de favelas

e botecos que favoreciam as chopadas de turma. PÁ!!!! Me lembro de escutar...PÁ!!! Na sala vieram avisar que uma aluna havia sido atingida por uma bala perdida, de novo ela, perdida dentro da faculdade dessa vez. As balas perdidas cariocas seguem o curioso padrão de se perderem mais nas favelas, mas as vezes, como vimos nesse texto, elas resolvem explorar outros ambientes. A aluna ficou tetraplégica e hoje em dia é deputada. O campus nunca mais foi o mesmo e depois disso parecia uma cidade fantasma. Abandonei o curso no final do semestre e repeti para mim mesmo... até aqui tudo vai bem.

Em 2004, correios, minha função era realizar a busca e entrega de malas diretas com milhares de cartas ou quilos de livros diariamente entre o centro da cidade e Vila Isabel. Apenas cartas de cobrança, mensagens vazias, nada poético: a editora Boi Gordo entregando 12 volumes de enciclopédias que ninguém vai ler, a firma de direito Gastão e Associados notificando que algum Zé Ninguém está sendo processado, uma mala direta de 12 mil pessoas recebendo uma mensagem de feliz natal impressa em uma folha A4 preto e branco. Nem uma mensagem de amor, nenhuma carta pessoal. Gostava do centro do Rio e suas ruas maravilhosamente caóticas: Buenos Aires, México, Uruguaiana, Araújo Porto Alegre, mil rostos, mil gostos, mil cores, mil cores, mil cores, mil cores, mil graus a mil por hora. Ali na rua estava de novo o mundo que não via na faculdade. Ao mesmo tempo, cursei dois semestres do técnico de rede de telecomunicações no período noturno na faculdade Estácio de Sá na Avenida Presidente Vargas, mas o excesso de zeros e uns me fez desistir do curso. Na volta, estação Estácio do metrô Rio 10 horas da noite, toca a música da plataforma: Até aqui, tudo vai bem.

Em 2006, a agência dos correios onde eu trabalhava foi vendida. Em 2007, entrei na faculdade de odontologia, Universidade Veiga de Almeida, e tive meu primeiro colega de classe negro. Com 24 anos. Ele era angolano. Durante a faculdade um professor de prótese falou ao ver uma foto de uma paciente branca sendo atendida por um dentista negro: “O que está errado nessa foto? A cor do dentista” e caiu na gargalhada. Eu devia ter falado alguma coisa, eu pensei em falar..., mas não falei. Que raiva, que tristeza. Ninguém falou. Lembro de ter pensado e repetido mentalmente: até aqui, tudo bem.

Após a sentença que para ser dentista de verdade, já que muitos membros da família eram dentistas, deveria atender em hospitais, parti para a realização de um estágio que durou dois anos no hospital Federal do Andaraí, que se seguiu de outro de mais seis meses no hospital municipal Jardim Esperança em Cabo Frio. O estágio no hospital do Andaraí me foi “arrumado” por uma tia médica que trabalhava lá. Nesses estágios aprendi muita coisa, a mais importante delas: o hospital é onde o filho chora e a mãe não vê. Literalmente. O primeiro procedimento que eu realizei no estágio foi uma extração dentária, o paciente era um nordestino, pedreiro que

trabalhava na região. O primeiro paciente de quem extraí um dente na faculdade era negro. As pessoas que atendi nos estágios, cursos de formação e no setor público são quase todas pretas, ou “quase pretas de tão pobres”¹. No consultório particular são quase todas brancas, com raríssimas exceções. No consultório particular da minha mãe, em Copacabana, não se pega mão². Mas porque o SUS não pode ser assim? As pessoas atendidas lá são menos gente por terem menos dinheiro? Mas até aqui, tudo vai bem.

Trabalhei em um consultório na Praça Saenz Peña, plano de saúde coisa e tal. Um procedimento feito lá não pagava nem a minha viagem de metrô e, também por isso, a melhor parte era chegar e sair passeando pela praça. Sempre utilizava as saídas mais distantes do meu destino para poder aproveitar a praça. E a Saenz Peña ainda tem bancos!! Ou tinha na época. As praças de hoje em dia não têm mais bancos, e nem pessoas, eis um dos problemas delas. As praças não têm mais pessoas. Mas até aqui, tudo vai bem.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) foi um período turbulento, foi o primeiro contato que tive como trabalhador efetivo da saúde pública e posso dizer que não foi a melhor das experiências: carga de trabalho de 60 horas semanais, insegurança de não saber se vai conseguir um emprego ao final, falta de autonomia para tomada de decisões, baixa remuneração, e, muitas vezes, ser utilizado como instrumento para fazer algo que não condiz com o que se espera, ou eu espero, da saúde pública. Mas como tudo, ou quase tudo melhor dizendo, tem uma potência, a dali ficou por conta da possibilidade de encontros em uma turma heterogênea cultural, geográfica, etnicamente e... PÁ!!!! PÁ!!! PÁ!!! É tiro de fuzil, muito tiro de fuzil. Mas veja, as janelas da Escola Nacional de saúde Pública são blindadas. Ufa... até aqui tudo bem.

Durante a greve da Atenção Primária em Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro em 2017, participei por um período do comando de greve do coletivo da saúde bucal, uma interação entre os três trabalhadores da saúde bucal que atuam na APS: técnicas, auxiliares e dentistas. Nessa época já estava trabalhando como contratado na Clínica da Família Victor Valla (CFVV), também conhecida como a casa de contêineres³. Durante esse período, coloquei em questão a participação política da minha categoria profissional enquanto integrante do setor saúde e agente do Estado. A construção do coletivo da saúde bucal tão perto, com o atraso dos salários, e depois tão longe com o pagamento de migalhas. Me demiti no final de 2019, após

¹ Em referência à música de Caetano Veloso e Gilberto Gil “O Haiti é aqui”, lançada no álbum “Tropicália 2” de 1993.

² Termo utilizado para se referir ao aperfeiçoamento da técnica que decorre da prática.

³ Referência a dissertação autoetnográfica de meu colega de residência e amigo Rui Lima Jr., e ao fato de a CFVV ser toda “feita” de contêineres interligados.

quase quatro anos de convivência diária com aquelas pessoas, aquele lugar, aquele momento... PÁ!!! Mais um tiro de fuzil no Brasil e esse acertou a casa de contêineres em cheio! Mas até aqui, tudo vai bem. Tudo legal. Cerveja, samba, e amanhã seu Zé, se acabarem com seu Carnaval?⁴

Mas essa não é a minha história e esse texto não trata da minha queda ou ascensão. Essa é a história da nossa sociedade em queda livre, e enquanto cai ela repete para si mesma tentando se acalmar: até aqui tudo bem, até aqui tudo bem, até aqui, tudo vai bem. Mas o problema não é a queda. É a aterrissagem.⁵

Com isso, situo o pesquisador que propõe o trabalho a seguir.

FRONTEIRAS E DIÁLOGOS: SOBRE ESTE ENSAIO AUTOETNOGRÁFICO

Conheço um cara que desapareceu.

Correr atrás de si mesmo cansa.

Conheço um beco que desapareceu. Correr atrás de si mesmo.

Conheço um lugar que desapareceu.

Correr atrás de si.

Conheço um mundo que desaparece eu.

Correr atrás.

Conheço. Conheço 1 pouco.

Conheço 1 rastro. 1 cheiro. 1 gosto. Conheço 1 afeto. 1 rosto. Que desapareceram.

Seu salário, sua rua, seu trabalho. Seu projeto de cidadão imaginário.

A cidadania é regulada pela cor na cidade maravilhosa.

Olha lá um tiro de traçante voando no céu. Mesmo céu que o Cristo habita.

Conheço um cristo que desapareceu... no meio das nuvens de um dia nublado.

Já falei pra vocês que eu conheço um cara que desapareceu?

(R. Neves, 2021)

Ainda que o método venha a ser detalhado mais adiante, no percurso do texto, vale neste início esclarecer o ponto de vista do autor, ele mesmo o narrador. Na presente dissertação o método é, ele próprio, a forma e o espírito do trabalho, como veremos a seguir. A forma de

⁴ Referência a música “comportamento geral” de Gonzaguinha lançada no álbum “Ensaio” de 1990.

⁵ Esse parágrafo é livremente inspirado nas minhas memórias da cena de abertura do filme “O Ódio”, do diretor Mathieu Kassovitz lançado em 1995.

escrita aqui utilizada será a de um ensaio em parceria com a autoetnografia, baseado em diários reflexivos escritos durante meus dois anos de residência acrescidos de memórias de mais dois anos que trabalhei na APS e do primeiro ano do mestrado. O estranhamento será a ferramenta que utilizarei para desnormalizar: olhar com estranheza as coisas, procurando me aproximar ainda mais delas. Tratarei de todos esses conceitos de forma mais detalhada na seção dedicada propriamente ao método, mas aqui faço uma breve explanação sobre todas as ferramentas em conjunto. Gostaria de mostrar ao leitor como o mecanismo funciona mais do que explicar o que cada pedaço representa em termos acadêmico-filosóficos e, para isso, utilizarei algumas metáforas e discorrerei sobre como pensei a forma deste trabalho.

O ensaio é uma escrita e um pensamento em primeira pessoa ou, melhor dizendo, uma escrita e um pensamento que estabelece uma certa relação com a primeira pessoa: que diz “eu”, mesmo não dizendo “eu”, que diz “nós” mesmo que a forma que esse “nós” adota seja um de seus maiores problemas. Além disso, a primeira pessoa não está presente necessariamente como “tema”, mas como ponto de vista, como olhar, como posição discursiva, como posição pensante. O ensaísta, necessariamente, não põe a si mesmo em sua escrita, em sua linguagem ou em seu pensamento, mas, sem dúvida, tira algo de si e, acima de tudo, faz algo consigo mesmo escrevendo, pensando, ensaiando (LAROSSA 2003, p. 36-7).

É preciso também deixar claro que nos apoiaremos em pensamentos e autores pós-coloniais e principalmente decoloniais, seja em relação à cultura (HALL, 2016), à saúde (FANON, 2008) ou ao sistema mundo, no sentido que o invoca Immanuel Wallerstein (ACCO, 2018; Mignolo, 2017; Maldonado-Torres, 2008). A colonialidade⁶ se faz conceito chave para entendermos o trabalho.

Lugones (2014), feminista argentina e pensadora decolonial, procurando por uma metodologia que pudesse atender as perspectivas políticas e epistemológicas decoloniais, deixa claro que a leitura da sociedade nesses casos deve ser através das cosmologias que a informam e formam. Deve-se evitar uma leitura a partir de cosmologias pré-formadas e externas que normalmente validam uma percepção hegemônica e, eu incluiria, de métodos e representações estabelecidas a partir do Norte. A autora propõe uma mudança de interpretação que não procure ler o gênero dentro do social, mas sim uma leitura dos significados desse social, do que o forma e do que produz. Um exercício complexo, pois o resultado dele pode estar além das capacidades de tradução por nossa linguagem, mentes e corpos: todos em certo grau já colonizados, todos inseridos na modernidade. Na proposição deste trabalho sigo as linhas de Lugones,

⁶ Eixos estruturantes do colonialismo que perduram em nossa sociedade ainda nos dias de hoje, independentemente do término do mesmo como aparato de modo administrativo: racismo, eurocentrismo, machismo, controle dos meios de produção e do trabalho são alguns desses traços de colonialidade que se mantém. Voltaremos ao assunto mais a frente neste ensaio.

extrapolando essas percepções de colonialidade também, e mais especificamente, na raça, nas minhas práticas como cirurgião-dentista no PSF e seus sentidos, e nas representações que essas interseções podem produzir. Novamente apoiado em Lugones, devo trilhar estas fronteiras/caminho com cautela pois essa “tradução” quando feita de maneira equivocada (atores, referencial, contexto) funciona ela mesma como instrumento da colonialidade (colonial?).

Tu... (Telefone chamando)

Tu...

Tu...

- Fala Ruizin

- Fala Tio Neves

- E aí cara como anda?

- Tudo certo, tudo bem. Escuta, e o mestrado, vai tentar?

- Cara, ando desanimado, eu queria contar o que eu fazia, e com quem fazia, mas não queria ficar entrevistando os outros, aquela coisa de sempre, grupo focal, entrevista, o que vocês acham, o que vocês sentem, agora coloquem em um papel. Criar categorias, analisar as respostas segundo essas categorias. Não quero nada disso, sabe.

- Sei sim, Neves, olha, eu to escrevendo minha dissertação usando autoetnografia. Já ouviu falar?

- Muito pouco. Como funciona?

- Vou te mandar uns textos pode?

- Demorou, manda sim. Vou dar uma olhada. Não garanto nada não, mas vou tentar.

- Tenta sim Tio Neves, importante contar essas histórias/estórias aí.

- Falar de racismo sendo branco é complicado.

- Mas você vai falar da perspectiva de quem produzia racismo, através de suas práticas, práticas essas que muitas vezes são inclusive protocoladas e protocolares, não é?

- É sim, muitas vezes.

- Então, falando desse lugar, da sua branquitude, com uma visão crítica do que foi produzido... por que não?

- Vou pensar nisso irmão. Abraço

Abrirei aqui um parágrafo para abordar sobre de que racismo trataremos neste texto. A princípio, é preciso dizer que concordamos com Silvio Almeida (2019) quando o mesmo nos coloca que todos os racismos advêm do estrutural, sendo os outros tipos, como o recreativo, o cultural ou o institucional, tentáculos deste. No entanto, neste texto, trabalharei com o conceito de racismo cotidiano de Grada Kilomba (2021, p. 78), pois é nele que, além de referir-se a “gestos, vocábulo, ações, olhares, discursos, imagens” que colocam o negro como “o outro”, trabalha-se também o conceito de “outridade” ou seja, o negro como tudo aquilo que o sujeito branco não quer ver reconhecido nele. Dessa forma, os negros se transformam em algo sempre diferente, sendo-lhes negado o direito de simplesmente existir como igual em uma sociedade onde os valores e padrões são ainda, em sua esmagadora maioria, brancos.

*Não é preciso apagar a luz
 Eu fecho os olhos e tudo vem
 Num Caleidoscópio sem lógica
 Eu quase posso ouvir a tua voz
 E sinto a tua mão a me guiar
 Pela noite a caminho de casa
 Quem vai pagar as contas desse amor pagão
 Te dar a mão me trazer à tona pra respirar
 Vai chamar meu nome ou te escutar
 Me pedindo pra apagar a luz
 Amanheceu é hora de dormir
 Nesse nosso relógio sem órbita
 Se tudo tem que terminar assim
 Que pelo menos seja até o fim
 Pra gente não ter nunca mais que nunca, nunca, nunca...terminar.*

Caleidoscópio – Paralamas do sucesso

O ensaio, mais que um método, é uma forma crítica por natureza. Menos objetificadora das coisas, menos dura com os conceitos, menos compressiva com seus objetos. Eu diria mesmo que o ensaio parece procurar uma música que permita que os conceitos dançam juntos e formem um baile literal, mas claro, onde nem tudo é harmônico ou perfeito, e obviamente, menos ainda,

estático. Pessoas esbarram umas nas outras, copos transbordam, se quebram e derramam, e é também nessas experiências singulares que o ensaio se apoia e se nutre. O ensaio não investiga as certezas das ciências por meio de metodologias repetidas e testes sucessivos, mas as dúvidas da vida através de suas experiências. Como em um baile, existe um pano de fundo por trás da dança: a música, as roupas, certos comportamentos. O ensaio procura entender seus objetos dessa forma, sabendo que eles carregam, em si próprios e em seu habitat natural da linguagem e das representações, certos sentidos que não podem ser ignorados e nem traduzidos por formatos pré-concebidos e validados, incorporados, naturalizados e legitimados no meio acadêmico. Algumas vezes, para falarmos de coisas diferentes e marginais, precisamos de uma forma diferente, e talvez, um tanto quanto marginalizada. O ensaio como forma necessita de um método como parceiro, não como base de sustentação para o que irá afirmar.

Tu... (Telefone chamando)

Tu...

Tu...

- Alô?

- Bom dia Zezé, fala cara;

-Oi, é Xico?

-Fala Neves, Xico na linha, o que você manda?

-Nada demais, tudo seguindo seu rumo.

- Entendi, e o trabalho?

- To preso em uma parte aqui meio travada.

- A é, que parte?

- A parte do eu mesmo, ou ao menos uma parte de mim. Não consigo escrever.

- Entendi... escreve aí que você é flamengo, careca e comete apenas ilegalidades inofensivas e contradições de ordem filosófica.

- Não dá Xico, é um trabalho acadêmico.

- Ué, e a academia não valida ilegalidades, nem tão inofensivas assim, por meio de seus trabalhos?

- Pegou pesado, Xisto. Ilegalidades?

- Pode ser... imoralidades, então.

- Aí é uma discussão sobre moral, Xisto.

- Entendi... a academia já deve ter inclusive discutido isso tudo, sempre com seus vies de neutralidade, né Neves?

- [Risos] Sim, com certeza, claro. É por aí mesmo, irmão. Não vou me meter nesse ninho de cobras teóricas, visto que não estou com bala na agulha filosófica pro embate.

- Aí é que você se engana, jovem gafanhoto. Você já está metido. Já era. Perdeu.

- E aí, Xico? O que eu faço agora, irmão?

- Uai, não tá claro? O seu melhor.

- Boa, Xicão! Boa.

- Valeu, vou lá ver o Fogueirinha jogar.

- Falou, moleque, forte abraço.

- Valeu, Neves, inté.

A inquietação constante produzida pelo binarismo pesquisador-objeto, no caso específico do meu tema, me levou a procurar outros meios de escrever este trabalho. A autoetnografia surgiu como uma possibilidade por entendermos que, para a melhor compreensão por parte do leitor, essas vivências não podem ser traduzidas através de números, ou de certezas, mas através de fragmentos extraídos de diários do vivido, valorizando as experiências como integrantes do objeto todo, e não o seu desmonte em pequenos pedaços. A autoetnografia, me parece então, tem um papel importante nesse contexto. Além disso, se ela permite, respeitando certos passos, uma maior liberdade no que tange à produção de conhecimento científico, então esse me parece um parceiro viável para apostar.

Essa parceria ensaio-autoetnografia funcionará como uma espécie de caleidoscópio onde cada pequena parte do todo, independente de tamanho ou localização, é integrante da obra total. Em um caleidoscópio, pode-se admirar cada pequeno cristal por sua forma, cor, tamanho, mas não podemos através da análise de cada cristal individualmente, supormos como a obra completa se apresenta. Não pode nos interessar o todo a partir apenas da visão de suas partes, pois se suas partes não interagem esse todo não é nada. No caso do presente trabalho, os pedaços desse todo serão extraídos, baseados na autoetnografia, do meu diário reflexivo produzido enquanto residente, das minhas memórias enquanto trabalhador da saúde em uma unidade de atenção primária e do meu processo do mestrado, utilizando a ferramenta do estranhamento para conferir novos sentidos ao que já foi sentido.

Nessa forma ensaística evitaremos seguir o destino trágico de um Ícaro caído que quanto mais iluminado pelo sol-saber, mais ofuscado por ele fica. Passa assim a ignorar tudo que acontece ao seu redor... a sensação de calor gerando diferentes sentidos e significados, as asas de cera derretendo na chapa quente do asfalto carioca junto com os conceitos duros e suas certezas... e assim quanto mais busca saber voar, tão mais perto da queda está – afinal, não é preciso estar perto do sol para cair. Talvez seja aí onde reside mais um aspecto comum entre a autoetnografia, o ensaio e o estranhamento, nenhum deles pode esquadriñar (nem ser esquadriñado). Mais do que conceituar, se é que pretendem isso, essas formas pretendem sim aproximar-se dos conceitos, e desse modo, do objeto, entendendo-os com os sentidos que carregam pelas experiências pessoais e coletivas em nossa sociedade repletas de elementos da colonialidade.

As representações e valores sociais embutidos em cada um dos elementos que se inserem no trabalho não podem, e não devem, ser entendidas ou discutidas como partes isoladas a serem definidas e colocadas em uma prateleira para o consumo do leitor, mas sim contextualizadas sobre o pano de fundo de uma sociedade colonizada/colonizadora, racista, capitalista e globalizada. A experiência onde esses elementos se inserem, essa sim, nos interessa muito mais que qualquer outra coisa, pois é das experiências da vida que tiramos o sentido das coisas, e não do dicionário.

Novamente então, parece haver uma complementaridade do ensaio e da autoetnografia, visto que para se entusiasmar ou criticar uma experiência é preciso conhecê-la, não de modo frio e distante, mas sim a partir também das emoções e reações geradas por ela. Nesse sentido, através da autoetnografia e de uma leitura baseada no estranhamento “traduzirei” dos diários reflexivos e memórias o que for possível deles extrair com essas propriedades.

Mas se o ensaio é a forma crítica por natureza, é porque devo ter algo para criticar. Qual o objeto dessa pesquisa? Minhas próprias práticas mutiladoras? O papel que operei através do meu lugar como agente de um Estado racista dentro de uma favela? O racismo como uma prática social decisiva na determinação do processo saúde-doença? As representações e valores sociais que permeiam esse lugar e influem nessas práticas? O racismo na odontologia? A descoberta de minha própria branquitude? A produção de corpos mutilados como padrão de saúde? Mais do que objetos inanimados essas são as peças-chave, os cristais coloridos, que interagem para formar esse caleidoscópio ensaístico. Ao acioná-lo, através da reflexão e do estranhamento, os pequenos cristais autoetnográficos deslizam e se conectam entre si de diferentes maneiras, gerando outros resultados tão originais e próprios quanto qualquer um produzido antes ou depois a partir da mesma matriz. Pequenas partes que formam aquele todo,

aquele todo feito de pequenas partes...é assim que me parece funcionar o caleidoscópio ensaístico. A autoetnografia funcionará como a fornecedora dessas partes menores que compõe, não um todo, mas o cenário possível de ser alcançado através da sinergia da experiência vivida e dos métodos.

Acontece que para que se revelem os significados retidos em cada experiência, é necessária, até certo ponto, a subjetividade espontânea, a própria condenada “em nome da disciplina objetiva”. O ensaio assim se aproxima da arte, mas se difere da mesma “por seu meio específico, os conceitos”, e por sua “pretensão a verdade desprovida de aparência estética” (ADORNO, 2003, p. 17,18). Aqui, novamente, a importância do estranhamento na releitura dos diários e memórias e a partir daí, uma ressignificação que não se pretende nem melhor e nem pior que qualquer outra que tenha surgido antes, mas apenas que permita um novo olhar, ainda mais atento e aguçado, sobre uma experiência vivida que será, não lida ou escrita, revivida.

Neste trabalho, pretendo estudar tanto as minhas práticas quanto as suas representações sociais, pois não basta dizer o que fiz ou como fiz. É necessário refletir sobre o porquê fiz, o que aquilo causa, perpetua, a que/quem remete, de onde veio e, se possível, contribuir com um caminho melhor para onde vamos. Não tenho aqui a menor pretensão de tratar minhas práticas como únicas ou diferentes, pois acredito que elas apenas fazem parte de um outro caleidoscópio ainda maior. Mas que práticas são essas?

Depois de 4 anos trabalhando em uma Clínica da Família em Manguinhos, já se fez muita coisa, mas algumas marcam seja pela repetição, pela singularidade, pela emoção causada ou sentida, ou por ser algo que não sai da sua cabeça à noite. Algumas coisas apenas marcam, não é preciso procurar sentido racional nisso.

- Alo Gil (um dos meus orientadores).
- Oi Rodrigo
- Fala, Gil. Tudo bom?
- Tudo bem, como você tá?
- Tudo certo.
- Rodrigo, marquei em verde umas partes do seu texto que você me mandou para a gente conversar. Deu pra ler aí?
- Deu sim Gil. Li aqui.
- Então Rodrigo, mas pra além disso... estava lendo sua metodologia, autoetnografia né?

- Sim, isso Gil.

- Eu gostei bastante da coisa de usar os diários reflexivos. Achei ótimo isso. Mas eu sinto um certo receio quanto a esse método.

- Pode falar Gil, to ouvindo.

- Eu acho Rodrigo, que nesse tipo de trabalho, tem uma certa...assim, existe uma propensão da metodologia naturalmente tender a um certo autocentrismo sabe, corre o risco de o autor virar o objeto da pesquisa. Percebe?

- Entendo sim Gil... E como a gente pode escapar disso?

- Olha, seria bom a gente melhorar o objetivo do trabalho, e o objeto. É deles que vai sair o método que indica quais partes do diário vão ser trabalhadas e quais não. Por que você escolheu certas partes do diário e outras não, entende?

- Por que elas respondem a minha pergunta da pesquisa?

- Isso, por causa do seu objeto e objetivo. Percebe?

- Entendi sim Gil. Vou trabalhar nisso.

- Ô Rodrigo... faz uma coisa, escreve seu objetivo e seu objeto por extenso sem se preocupar com formalismo, não precisa ser sintético não, bota em quantas folhas quiser, depois a gente vai depurando. O objetivo se reconstrói.

- Acho que entendi, Gil. Acho que entendi.

- Antes de você ir, deixa eu te dizer... acho que um processo autoetnográfico, tem algumas coisas importantes.

- Pode falar Gil, to escutando.

- Acho que você precisa fazer um denso processo de autocrítica que precede a crítica, ou seja, já que você está se dispondo de cara a partir de uma visão crítica, se coloque em questão, não se justifique.

- Aham, acho que entendi Gil, vou pensar sobre isso...

- Outra coisa...

- Diga meu amigo.

- Assim... você vai precisar aprender a falar de si mesmo, sem falar de si mesmo.

- Caramba, e como eu faço isso? [Risos]

- Também não sei. [Risos]. Mas seria interessante você perder o protagonismo durante o processo. Percebe?

- Tá bem. Vou procurar pensar nisso tudo e reformular algumas coisas.

- Isso, qualquer coisa se precisar pode me procurar.

- Pode deixar. Vou procurar.

Tu, tu, tu... (telefone desligado)

Pus-me a pensar.

Como fazer uma autoetnografia sem falar de mim, ou sem ter o foco principal na minha pessoa? Adorno (2003) defende que para a ciência convencional purista, qualquer expressão impulsiva que se apresente na obra ameaça a objetividade da mesma. Esta afluência justamente na eliminação do sujeito, o que a meu ver se opõe frontalmente ao método autoetnográfico utilizado neste trabalho. Ora, não desejamos trabalhar com a ciência convencional purista eurocentrada, mas tampouco nos interessa que eu me torne o objeto da pesquisa. Nesse fluxo, é preciso então uma metodologia que percorra a fronteira sujeito/objeto com responsabilidade, mas também como uma possibilidade de enfrentamento a esse legado da colonialidade que, ao exaltar alguns métodos e seus resultados, relega ao ostracismo e aos elogios de “intuitivo” outras tantas possibilidades emancipatórias de produção do conhecimento (VERGUEIRO, 2016).

Para Maldonado-Torres (2008) as questões de espaço e geopolíticas – e eu incluiria suas fronteiras – na produção de conhecimento foram deixadas de lado, pois enfraquecem a ideia de um sujeito criador de conhecimento neutro, o homem científico. Dessa forma, o referencial para essa filosofia é o de afirmar as suas raízes sempre na Europa, andando lado a lado com a falta de reflexão crítica sobre o Norte como local epistêmico privilegiado (MALDONADO-TORRES, 2008). Maldonado-Torres prossegue afirmando que é na crença da imparcialidade, seja por qual mecanismo for, que reside a cegueira e o desrespeito pelos modos não-europeus de pensar, sendo estes mecanismos que produzem a colonialidade. Ao definir territorialmente, por meio de fronteiras, os cenários da modernidade, valida-se determinado tipo de trabalho, modo de produção econômica e intelectual, população, senso comum, modos de vida e definições de mundo: esse é um dos mecanismos mais sutis por onde o nosso racismo opera.

Mas o que entendemos por fronteira? Vergueiro (2016) recorre à Anzaldúa para traduzir esse conceito: fronteiras existem e se formam “onde quer que duas culturas se margeiem, onde pessoas de diferentes raças ocupem o mesmo território, onde subclasses, médias e altas se toquem, onde o espaço entre duas pessoas se encolha em intimidade” (p.19).

Nos atendo a Fátima Lima (2018), defendemos que utilizemos lentes conceituais e metodológicas (o estranhamento pode ser uma dessas lentes?), que possibilitem percebermos

com mais nitidez e vigor os embates raciais que acontecem, o tempo todo, no nosso dia a dia. Nesse sentido podemos pensar no suporte de Rufino quando diz que:

O *cruzo*, perspectiva teórico metodológica da Pedagogia das encruzilhadas, fundamenta-se nos atravessamentos, na localização das zonas fronteiriças, nos inacabamentos, na mobilidade contínua entre saberes, acentuando os conflitos e a diversidade como elementos necessários a todo e qualquer processo de produção do conhecimento (RUFINO, 2019 pág. 66-89).

Em minhas experiências aqui autoetnografadas, as fronteiras e as representações geradas por elas, me parecem permear todos os tempos e espaços. Para percorrê-las com responsabilidade usaremos duas táticas ético-estruturais, seguindo o cenário desenhado por Vergueiro (2016) acrescido de reflexões próprias. A primeira tática será que o foco do trabalho está em entender as formas de colonialidade que atuam sobre determinados grupos, mesmo que a partir de experiências de indivíduos. A individualização e o subsequente apagamento político da crítica não nos interessam neste trabalho. A segunda tática reside no fato de que essa autoetnografia irá trabalhar essas formas de colonialidade reprodutoras de racismo presentes nas práticas mutiladoras da odontologia e moralizantes na saúde em geral. Eu, apenas um entre tantos trabalhadores colonizados produzindo corpos colonizados foi o que eu vi e vivi a partir do meu convívio e afeto no trabalho. É nessa experiência, nesse “copo quebrado”, que reside a subjetividade tantas vezes sacrificada pelo método, e é justamente ela que eu pretendo compartilhar.

A favor deste fluxo, é importante que o ensaio contemple a pluriversalidade ou seja, conviva e valorize as diferentes formas de estar no mundo, sem querer se impor ou hierarquizá-las. Nesse sentido deve dialogar com o outro, para que não seja colonizador, ou ainda a própria forma do trabalho deve ser crítica à experiências permeadas de colonialidade produzidas e/ou vividas pelo autor, como acredito ser o caso. O pensamento decolonial e seus 3 alicerces – a colonialidade do poder (QUIJANO, 2005), do saber e do ser (MIGNOLO, 2017; MALDONADO-TORRES, 2008) – funcionam como arcabouço teórico para nos ajudar a pensar em outra forma de produção de conhecimento.

- Mas não entendi muito bem... o tema do seu trabalho é racismo? Não é as práticas odontológicas no serviço público? – Perguntou o professor do Mestrado.

- Não. É racismo nas práticas odontológicas. – Disse eu.

- Mas você foi racista durante seu trabalho? Você atendia diferente pessoas pretas e brancas? E mesmo que atendesse de forma que não percebesse, como provar isso, como tornar isso concreto? – Insistiu o professor.

- Eu não atendia diferente não, não de modo voluntário pelo menos, mas o serviço é pensado pra uma parte da população, né, que quando não é preta é “quase preta de tão pobre” como diriam Gil e Caetano. Pra quem serve o serviço odontológico do SUS? Pra quem ele é feito? – Respondi perguntando.

- Ah, sim, então você está falando de racismo institucional, não é que você seja racista. – Proseguiu o professor.

- Mas para o racismo institucional agir no cotidiano ele precisa de alguém pra operar ele né. Quem aciona os mecanismos por meio de ações, discursos, representações? Quem opera o racismo cotidiano? É disso que eu quero falar no trabalho e era assim que eu operava meu racismo, meu classismo, meu sexismo lá dentro do serviço.

- Entendi, Rodrigo.

*Posso sair daqui pra me organizar
 Posso sair daqui pra desorganizar
 Posso sair daqui pra me organizar
 Posso sair daqui pra desorganizar
 Da lama ao caos, do caos à lama
 Um homem roubado nunca se engana
 Da lama ao caos, do caos à lama
 Um homem roubado nunca se engana
 [...]
 O sol queimou, queimou, a lama do rio
 Eu vi o xié andando devagar
 Vi um aratú pra lá e pra cá
 Vi um caranguejo andando pro Sul
 Saiu do mangue e virou gabiru
 Que eu me organizando posso desorganizar
 Que eu desorganizando posso me organizar
 Que eu me organizando posso desorganizar*

Chico Science e Nação Zumbi – Da lama ao Caos, do Caos a lama.

ODONTOLOGIA: EU QUERO UMA PRA VIVER

Meus heróis morreram de overdose.

Meus inimigos estão no poder.

Ideologia. Eu quero uma pra viver.

Ideologia. Eu quero uma pra viver.

(CAZUZA – Ideologia)

A odontologia não é resultado de uma sucessão de descobertas ou da evolução natural de uma prática por seus adeptos (BOTAZZO, 1998). Tampouco deve ser enxergada por meio da pretensa neutralidade das ciências. A odontologia é um campo cercado de disputas e interesses em torno de validação que garanta o monopólio de determinados grupos sobre um mercado ou atividade. Na gênese da profissão não se buscava qualquer tipo de resposta a uma demanda social, mas sim exclusividade sobre uma área de atuação do corpo. De lá para cá, a odontologia que temos hoje adapta-se à engrenagem global de neoliberalismo que apenas repete o modo de ação casualístico, atuando sobre fatores e não sobre os processos. Nesse fluxo ocorre a “tradução”⁷ da saúde em uma mercadoria, uma meta alcançável por todos a ser atingida através da aquisição de procedimentos e ações pessoais, e dessa forma, reduz ou centraliza no indivíduo o processo de adoecer ou se manter saudável (BREILH, 2006) deixando de fora uma singela, porém importante parte da equação: o mundo onde o sujeito vive.

A base econômica capitalista globalizada associada ao agir/existir social dos indivíduos e sociedades constroem, e são construídas, por nossas culturas, e refletem, ao mesmo tempo em que são refletidas, vontades e desejos das pessoas que as formam. Ou ao menos de uma parte delas. Admitindo que em um contexto neoliberal de mercado, onde a medicina científica se apresenta como central, boa parte da cultura e práticas odontológicas atuais estão ancoradas em raízes positivistas, cientificistas e pragmáticas modernas (CASTIEL e EMMERICH, 2013). Essas práticas, que obedecem mais a critérios econômicos e estéticos do que éticos em relação

⁷ Para Bhabha, autor pós-colonial indiano, o processo de tradução cultural é próximo, mas não idêntico ao de tradução literária. Funcionaria sim como um tropo, uma mudança de significado do signo que será traduzido. O original não tem fim e nem essência pois está sempre aberto para traduções e retraduções. Assim sendo, a palavra saúde significa apenas o sentido que damos a ela.

à questão saúde, são chamadas por Narvai (1994) de odontologia de mercado e são produto dessa lógica epistemológica que se impõe também sobre o serviço público.

No SUS, a Odontologia vem aumentando a sua participação e importância na saúde pública. A inclusão da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2000 e a Política Nacional de Saúde Bucal (2004) possibilitaram a perspectiva de mudança nos modelos paradigmáticos de cuidado. Conceitos como promoção da saúde e determinantes sociais de saúde deram ao campo a possibilidade de se entender saúde não somente como assistência aos doentes, mas também, e principalmente, boa qualidade de vida e intervenção em fatores de risco. É preciso, no entanto, atentarmos para como esses conceitos vêm sendo usados.

Me debruçarei nesse primeiro momento apenas sobre o conceito de risco para seguirmos com o raciocínio. O risco é uma abordagem probabilística ligada ao formalismo quantitativo, e deve ter o seu lugar no cenário da saúde também questionado, pois como diz Latour (2000, pag.30):

Teremos de aprender a viver com duas vozes contraditórias que falam ao mesmo tempo, uma sobre a ciência em construção, outra sobre a ciência acabada. Esta última produz frases como ‘faça isto ... faça aquilo’; a primeira diz ‘o suficiente nunca é suficiente’.

O risco é encarado hoje como um conceito pronto e acabado, digno de ordenar faça “issos” e “aquilos”, enquanto na minha visão está muito mais para uma suficiência que nunca é o suficiente. Da forma como é usado pela epidemiologia, o conceito de risco hoje é um instrumento sempre atuando sobre determinantes fragmentados e nunca sobre a determinação social do processo saúde-doença.

Como se expressa a odontologia nesse contexto local, mais especificamente no processo de trabalho de um dentista da atenção básica numa favela que possui um dos piores índices de desenvolvimento humano (IDH) do Rio de Janeiro, no caso, Manguinhos? Quais suas práticas e suas consequências? Perguntas que possibilitam a compreensão das singularidades da cultura odontológica, marcada pela autonomização de sua prática, a sua distância do setor saúde, pela hegemonia⁸ que exerce sobre o seu objeto e pelo poder que possui sobre os corpos mais pobres, no Brasil, notadamente os pretos: de “marcar” socialmente um indivíduo. Para exemplificar essa afirmação, podemos citar o caso de uma moradora de Manguinhos que não visitava sua família no Nordeste desde que havia “perdido” os dentes da frente, ou ainda de uma mulher em

⁸ Nesse ensaio uso o conceito de hegemonia como formulado por Antonio Gramsci (1891-1937), jornalista e pensador marxista italiano. Resumidamente pode ser entendido como o processo no qual a burguesia produz e reproduz sua dominação nas sociedades capitalistas modernas, não somente através do uso da força, mas também de uma determinada capacidade de liderança intelectual e moral capaz de conformar o conjunto da sociedade às formas de pensar, sentir e agir da classe dominante (PEREIRA e LIMA, 2008).

situação de rua que, apesar de toda glamourização de uma reportagem produzida pelo jornal O Globo sobre a mesma, afirma ao final da mesma: “Acabei perdendo quase todos meus dentes, então fica complicado quererem me contratar⁹”. Mas afinal por onde terão se perdido os dentes destas mulheres?

Tentarei responder, ao menos parcialmente, as perguntas do parágrafo acima. A expressão dessa odontologia pode ser vislumbrada por duas chaves de análise facilmente distinguíveis. A primeira no processo de trabalho: gerencial, verticalizado, baseada na produção de números, alcance de metas e espetacularização (DEBORD,1997) das ações. A segunda no processo do cuidado: atravessado pelo racismo cotidiano e por isso mesmo culpabilizante e pouco efetivo. Extremamente focalizado e baseado quase que exclusivamente nas linhas de cuidado e de forma geral pouquíssimo integral, especialmente no caso da odontologia.

Nas consultas de pré-natal realizadas não era comum a presença masculina. Em geral vinha apenas a mulher e, se precisava da companhia de alguém, para olhar uma criança por exemplo, o mais habitual era trazerem outras mulheres: suas mães, avós, amigas. Uma das coisas recorrentes quando vinham acompanhadas era essa pessoa também estar precisando de cuidados odontológicos e perguntar se não poderia ser atendida. Como em geral não eram gestantes e não se “enquadravam” em nenhuma das linhas de cuidados prioritárias na odontologia, o acesso lhes era negado.

Na odontologia, especificamente, as práticas são mutiladoras, curativas, individualizantes, pouco efetivas e reducionistas. Como pontos positivos, o programa saúde na escola, as visitas domiciliares e algumas experiências clínico/administrativa como o projeto piloto de próteses na APS do qual participei diretamente. Mas com um dentista para aproximadamente oito mil pessoas¹⁰, número visto como modelo para a cidade do Rio de

⁹ <https://oglobo.globo.com/rio/quando-historia-de-resiliencia-em-meio-dificuldade-24890518>

¹⁰ Este número já se apresentava defasado na época, visto que éramos a única Clínica da Família na cidade do Rio de Janeiro onde havia uma equipe de saúde bucal (EqSB) – composta por 1 dentista e 1 auxiliar ou técnico de saúde bucal – para “apenas” duas equipes “da estratégia”, ou seja, Equipes de Saúde da Família (EqSF). No restante do município já eram 3 ou mais EqSF para cada EqSB e era famoso o caso de uma EqSB que cuidava da população

Janeiro, e com um livro de espera em torno de um ano ou mais para os grupos não prioritários, como produzir um cuidado minimamente cuidadoso?

No período da reforma sanitária, iniciada nos anos de 1970, a odontologia brasileira se organizou e traçou diretrizes para o que viria a ser a nova saúde bucal pública brasileira. Entre essas diretrizes, encontramos a seguinte: “opor-se radicalmente às práticas mutiladoras, denunciando e desmascarando as posições elitistas que as justificam” (NARVAI e FRAZÃO, 2008, p. 105). No entanto o que encontramos ainda hoje, é um padrão de alta dos pacientes no setor de saúde bucal do SUS de corpos mutilados. Aptos aos trabalhos que lhes são designados, porém marcados socialmente, em um mecanismo que relembra os tempos de escravidão. Mas porque isso acontece?

É possível que por conta de uma aliança entre a formação insuficiente e a desvalorização de um corpo teórico-prático capaz de sustentar esse novo modelo de saúde, propagado na reforma sanitária, o que se viu foi a repetição de um modelo de odontologia hegemônico, que utiliza o paradigma biomédico para incentivar ou desestimular comportamentos. A construção de um modelo de vida saudável vendido para todos, como se fosse possível de ser alcançado por todos, nos ajuda a entender o conceito de promoção da saúde como utilizado hoje na Atenção Primária em Saúde (APS). A preocupação do cuidado é sempre focada no produto, na pessoa ou nos “determinantes”, e despida de seu processo social, e da determinação de fatores que atuam diretamente sobre quem vai ter saúde e quem não vai: classe, raça, gênero, idade etc. Nesse sentido, muitas vezes o que se entende por promoção de saúde pode levar a ações punitivas, como quando a atenção primária procura padronizar/colonizar comportamentos e corpos sob o suposto argumento de promover saúde, inclusive oferecendo recompensas para os usuários que melhor se “adequarem” em uma espécie de patética meritocracia da saúde (CASTIEL, 2011).

- Rodrigo você parou de fumar né? – Perguntou camarada da odontologia que trabalhava comigo.

- Parei sim. Consegui.

- Como você fez?

- Não sei. Entrei no Jiu-jitsu. Comecei a precisar ter mais fôlego. Acabei “parando”.

Mas posso voltar né? Quem sabe? – Respondi rindo.

coberta por 9 EqSF em uma unidade na zona oeste da cidade. Na clínica Victor Valla, após minha saída, reduziram o número de equipes de saúde bucal e hoje cada equipe atende 3 “da estratégia”.

- (Risos) Não, não. Volta não. Eu ia bem te chamar para participar do grupo de tabagismo que eu e a enfermeira da equipe estamos fazendo!! – Camarada me respondeu com entusiasmo .

- Poxa que interessante, legal! E como vocês fazem?

- Fazemos palestras uma vez por semana em formato de grupo, daí anotamos o nome das pessoas que vieram. Elas marcam consulta com o médico porque só ele pode receitar o adesivo de nicotina. Depois, se o paciente consegue mesmo parar de fumar, a gente faz o tratamento dele aqui na odonto. Tipo um incentivo sabe!?

- Vocês não trabalham com a perspectiva de redução de danos? De diminuir a quantidade de cigarros?

- Não. O ideal é que a pessoa pare de fumar.

Absenteísmo ou nada. Aos vencedores o acesso a odontologia. Aos perdedores, os protocolos de acesso usuais.

Durante minha permanência nos serviços públicos de odontologia, o uso de tais abordagens se mostrava deletério para o entendimento do profissional acerca da realidade presente no mundo, o que leva muitas vezes a discursos paternalistas ou punitivos dependendo da situação: para alguns pacientes o discurso repetitivo de higiene oral, para outros o discurso culpabilizante de que não querem colaborar com o tratamento. Ignora-se que, muitas vezes, esse cuidado não se enquadra na realidade que as pessoas vivem: avós, pais, irmãos, vizinhos ... todos sem algum(ns) dente(s), todos mutilados.

Acredito que no lugar de dentista em uma Clínica de Família (CF) localizada em um território tão aviltado pelo Estado é preciso assumir-se como um ser político, que busca entender as semelhanças e diferenças dos contextos sociais onde trabalha, sabendo que esses diferentes contextos são o que move a engrenagem capitalista, que busca explorar/conhecer/intervir sobre um maior número de facetas do mosaico que é o mundo, não o nosso, mas o mundo! Quanto mais faces forem possíveis de serem atingidas, mais próximo estaremos de uma abrangência que aproxime o nosso cuidado de uma integralidade generosa e comprometida¹¹.

¹¹ Para além da integralidade protocolar burocrática, dos níveis de atenção e todo o resto que os usuários desconhecem. Por uma integralidade integrativa, que integre e humanize.

Decerto, a experiência que vivi na CF aportou sobre mim dúvidas acerca de qual meu papel enquanto agente do Estado, e enquanto cirurgião-dentista, dentro daquele lugar. Divagando, pus-me a pensar sobre quais os papéis da odontologia dentro daquela realidade, e como esse papel muda dentro de diferentes realidades. Como as coisas podem ser percebidas de diferentes maneiras dependendo de quem as vê e de onde se apresentam. Como em meu mundo algo pode ter um significado completamente diferente, ou até oposto, do que no mundo de outra pessoa a partir das “traduções” dos sentidos.

Nesse cenário, também as doenças não podem ser integralmente entendidas por meio de medições anátomo-fisiopatológicas, pois o estar doente é resultado não somente destas, mas de como as sentem quem delas padece. Podemos entender então que o valor social dado por determinados grupos da sociedade à saúde, às doenças e aos seus tratamentos, é construído ao longo do tempo a partir de percepções individuais e coletivas que se sobrepõem, se situando em determinado tempo, espaço e lugar social. Forma assim uma espécie de tecido que molda (e é moldado?) as percepções futuras acerca do tema. Se o mesmo tratamento – a extração dentária – é oferecido durante séculos, e se para a parcela mais pobre da população saúde bucal significa não ter dor de dentes, faz sentido que o discurso de promoção de saúde não queira dizer muita coisa para ela.

Seres humanos são produtores de sentido e são também bombardeados por sentidos e signos produzidos, por exemplo, pelo modo de produção capitalista. Essa construção dos sentidos e representações resulta não somente de processos individuais, mas é também produto de uma cultura societária coletiva e da interação de diversos atores e fatores. “Cada sujeito em particular é parte de uma continuidade histórico-social, afetado pela integração num contexto global de carências e de relações com outros indivíduos, vivos e mortos” (SODRÉ, 1998, p.34). Dessa forma, parece ser importante estudar as representações sociais do cuidado à saúde bucal e o valor social dos dentes como forma de compreender a maneira como os sujeitos sociais identificam, explicam, elaboram e produzem sentidos diante dos acontecimentos e necessidades percebidas.

No caso da odontologia não acredito ser possível estabelecer uma fronteira entre o aspecto biológico e social da boca, pois qualquer pequena mudança física pode significar a necessidade da reconstrução de uma imagem pessoal. Não se trata de uma estética vazia mas sim de uma autoimagem integral que ganha ainda mais relevância no caso do negro já que, à priori, ele não pode existir, pois ao mesmo não basta ser, mas é preciso sempre ser negro: uma imagem coletiva, criada a partir de representações sociais, que se sobrepõe sobre quem a pessoa realmente é (HALL, 2016). O impacto que essa alteração irá gerar só pode ser sentida por quem

a sofreu, e dessa forma cabe ao usuário o papel de centralidade no seu cuidado e tratamento, gerando uma nova forma de produzir conhecimento em saúde.

Para contextualizar com a prática, a experiência do projeto piloto de próteses odontológicas na APS do qual participei enquanto o mesmo durou, aproximadamente nove meses. No entanto até o dia que eu me demiti da clínica, mais de dois anos mais tarde, ainda vinham pessoas quase que diariamente, sempre com a mesma pergunta: “Já voltou a fazer dentadura?”, “Quando chega minha vez de fazer a chapa aí da prefeitura?”. Se a proposta da Saúde Coletiva é a de um estreitamento no diálogo entre os aspectos biológicos e determinações sociais do processo saúde-doença, é de suma importância ao campo da Saúde Bucal Coletiva ser generoso, em relação às necessidades percebidas pela população como importantes para a vida social, reconhecendo a dimensão simbólica, e prática, dos dentes para as pessoas. Como falar em saúde integral para uma pessoa que tem o seu modo mais natural de expressar felicidade, o sorriso, constrangido por dor ou vergonha? E os usuários que apresentam demandas pelos mais diversos tipos de tratamento, mas não encontram na saúde pública? Esse parece ser o grande desafio da Odontologia em Saúde Coletiva e uma discussão para a qual esse trabalho pretende contribuir.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral: analisar a manifestação do racismo cotidiano no cuidado odontológico em atenção primária em saúde na perspectiva de uma autoetnografia.

Objetivos específicos:

- 1) Identificar aspectos históricos que possam influenciar a relação entre o campo de práticas da odontologia, e suas representações, e as diversas expressões do racismo.
- 2) Descrever a clínica de saúde bucal, e suas normas, na Estratégia Saúde da Família (ESF) buscando explorar seus mecanismos de fazer morrer – analisando diários reflexivos e lembranças (autoetnografia).
- 3) Identificar marcas da branquitude racista na experiência vivenciada pelo autor no atendimento odontológico na Atenção Primária em Saúde (APS) carioca.

3 FRONTEIRAS DO POSSÍVEL: EM BUSCA DE UM MÉTODO

*“Tem que ser selado, registrado, carimbado
Avaliado, rotulado se quiser voar!
(Se quiser voar)
Pra Lua: A taxa é alta
Pro Sol: Identidade
Mas já pro seu foguete viajar pelo universo
É preciso meu carimbo dando o sim
Sim, sim, sim”.*
(Raul Seixas – Carimbador Maluco)

3.1 PRÁTICA DIÁRIA DO ESTRANHAMENTO DIÁRIO

Neste capítulo partiremos em busca de uma metodologia que nos permita produzir conhecimento com embasamento científico, que nos afaste de dogmatismos ou falsas questões, mas que seja capaz de se distanciar de maneira crítica da forma como a ciência tem sido feita e trabalhada, especialmente no campo da saúde e ainda mais especificamente no campo da odontologia.

Durante a residência multiprofissional em saúde da família que cursei na ENSP-FIOCRUZ entre 2015 e 2017, realizávamos como um dos mecanismos de avaliação a escrita mensal de um diário reflexivo. O dispositivo, apesar disso, era o mais livre possível podendo o conteúdo ficar totalmente a cargo do escrevente desde, é claro, que respeitando as convenções da academia moderna.

No campo da saúde coletiva, os diários vêm sendo comumente utilizados em cursos no modelo de residência e me parecem cumprir um papel um tanto quanto restrito: uma forma de avaliar, acompanhar as ações ou ainda, para fazer cumprir a carga horária. Mas como avaliar algo reflexivo? Como dar nota ou conceito a algo que, teoricamente, deveria refletir as subjetividades que permeiam o serviço em saúde? Reside aí para mim uma das contradições claras acerca deste mecanismo como vem sendo utilizado.

Contrapondo o que realizava nos diários ao que encontrei como sendo o habitual para modelos de escrita de si o que posso dizer é que existiram algumas similitudes, por exemplo no que diz respeito a escrita de si enquanto mecanismo de cuidado de si. Mas não existiu por parte

do curso de residência um cuidado maior na devolutiva desses diários, o que pode influenciar diretamente na capacidade de refletir do aluno, e nem uma orientação no sentido de como escrevê-los, o que interpreto hoje como um lapso na realização dos mesmos. Mas, qual seria o objetivo em produzir uma peça reflexiva, o menos reflexiva possível? Qual tipo de trabalhadores formam-se nessas residências? Para trabalhar sob qual regime? Com quais direitos? Um trabalhador por demais reflexivo, em um contexto como esse, pode ser algo desejável?

Neste trabalho, utilizando fragmentos de meus diários reflexivos acrescidos de análises fundamentadas em conceitos pré-estabelecidos, faremos releituras de trechos do diário e de minha memória. Vejamos por exemplo uma situação que aconteceu durante a confecção do primeiro diário que deveria ser entregue, se não me engano em abril de 2015. Ao ser informado do formato livre dei vazão a toda sorte de ideias possíveis em algumas folhas de papel, era como uma chuva de ideias infinita, algumas relacionadas, outras não. Pensei que aquela original ideia era tão boa que não havia como passar ela por inteiro “a limpo” para o computador restando, a meu ver, a possibilidade de digitalizar o material e entregar ele “bruto”. Assim fiz, e junto das páginas digitalizadas mais duas páginas com explicações do formato escolhido, comentários sobre algumas ideias e uma seleção de músicas que escutei durante o processo. Esse foi meu diário reflexivo mais mal avaliado dentre todos os 20 produzidos. Conforme os diários começaram a ser formatados dentro de um padrão mais acadêmico passaram a ser mais bem avaliados, apesar de não ser discutido conosco, residentes, a forma como isso era feito.

Em outro momento, já com o Word e minha mente formatados para a confecção dos diários em padrão ouro, me detive no assunto das organizações sociais que administram as unidades de atenção básica na cidade do Rio de Janeiro. A avaliação desse diário específico não foi ruim, no entanto o assunto não obteve retorno algum, seja na orientação ou nas aulas do curso.

- Eu acho estranho essa coisa da Fiocruz ter uma organização social... Fiotec. – Disse eu em uma das orientações da residência.

- Mas a Fiotec não é da Fiocruz. – Responderam.

- Entendi... então por que a sede dela fica dentro do campus expansão da Fiocruz? – Insisti.

- Fica dentro? – Perguntaram.

- Fica sim, um prédio todo de vidro, moderno, bonito. Essa semana fiz uma palestra sobre câncer bucal lá. É até difícil de entrar sabe, portaria com roletas biométricas coisa e tal. – Afirmei.

- Não sabia que ficava dentro não. – Argumentaram.

- Pois é, a gente não sabe de um monte de coisas...Até ficar sabendo. – Conclui.

Procurava sempre começar com alguma consideração musical que me conectasse com o mês vivido, por exemplo em julho de 2016 a música escolhida foi 32 dentes dos Titãs. Na sequência procurava realizar considerações teórico e práticas, às vezes separadas, acerca das experiências do período. No caso do diário de julho de 2016 ele inicia fazendo a seguinte crítica: sobre a estratégia de saúde do domicílio. No texto teço deliberações sobre o caráter médico-centrado, gerencialista, excludente e precarizado do que via acontecer no dia a dia. Na sequência falei sobre uma palestra de câncer bucal que apresentei na Fiotec, a organização social da Fiocruz que administrava a CFVV, um caso clínico de um paciente com carcinoma de células escamosas e alguns outros tópicos. Terminava geralmente com escritas, poesias ou pequenas crônicas que produzia mensalmente, apesar de nesse mês específico não ter colocado nenhuma no diário.

- Rodrigo você atendeu um paciente com carcinoma hoje né? – Perguntou-me colega do setor de odontologia.

- Atendi sim, ele está perdendo o paladar por causa da radioterapia na cabeça. – Respondi-lhe orgulhoso do tratamento que dispendi ao paciente.

- A queixa dele era essa né? – Questionou-me.

- Era sim. – Respondi.

- Pô cara, mas você passou um remédio feito em farmácia de manipulação pra ele? – Argui-me.

- Passei, era a melhor escolha no caso dele. Eu estudei o caso, entrei em contato com algumas colegas. – Respondi, ainda incrédulo que aquilo pudesse ter incomodado alguém.

- Sim, mas ele vai ter condição de comprar um remédio de manipulação? – Chegou ao ponto que queria desde o início.

- Aí eu não sei cara, a família dele e ele vieram aqui e perguntaram o que podia ser feito para melhorar a condição clínica dele. O melhor que pode ser feito é aquilo! Não devia ter falado nada então? – Prossegui já sem muita paciência.

- Não, não é isso. Mas é porque aí começa a cobrar dizendo que aqui não tem isso, aqui não tem aquilo. – Defendeu-se.

- Mas colega, aqui não tem dipirona, não tem amoxicilina, não tem escova de dente, não tem dentista pra atender, não tem salário em dia. Não tem nada! As pessoas que usam o serviço já sabem que aqui não tem mesmo. O estranho é quando tem... – Fim de papo.

Procurava encarar a confecção do diário não como uma obrigação, mas sim como uma válvula de escape, apesar da constante cobrança pelos prazos de entrega e de ficar sempre claro e explícito que aquele seria um mecanismo de avaliação de nossas práticas e desenvolvimento teórico/prático. Na esperança de que fosse lido, fazia críticas que abarcavam desde os temas de aula da residência a utilização do trabalho do residente como mão de obra barata pela prefeitura do município do Rio de Janeiro. Um processo conhecido que utiliza a residência médica para assumir equipes ganhando salário mais bolsa (por volta de 12 mil reais) enquanto relega os residentes multiprofissionais a uma equipe de apoio ganhando apenas uma bolsa de 3,600 reais para cumprir uma carga horária de 60 horas semanais.

- Rodrigo vai comigo na reunião da Equipe Tal na quinta feira?- Perguntou-me uma colega da residência.

- Uai, mas vamos perder a reunião da nossa equipe?

- Eles me pediram uma ajuda com um caso que tá parado lá tem um tempo. Precisa de uma assistente social para dar uma força;

- Entendi, aí como esse Nasf não tem assistente social você virou a referência da clínica agora?

- Isso, mais ou menos igual você enquanto a equipe tá sem dentista né.

- É, mas aí são duas equipes né. Você é a clínica toda.

- No fundo dá no mesmo né. É precarização de todo jeito.

- Terceirização usando residente...

- Pois é, tem vários programas de residência hoje na cidade do Rio, talvez no Brasil, com esse perfil.

- Pois é. Com esse perfil e formando o perfil dos futuros trabalhadores da APS.

- Isso só se a gente conseguir um emprego na APS né...

Diário dezembro 2015

Eu e Luanda participamos da reunião de uma das equipes da clínica, no sentido de darmos continuidade a parceria entre nós e eles em relação a um caso específico. Utilizamos também o espaço para realizarmos o repasse de nossa conversa com as preceptoras da Equipe de residentes multiprofissionais. Colocamos para os participantes que o fluxo em relação a notificações do conselho tutelar deve sempre passar pela gerência, o que gerou certa surpresa. Além disso, nos colocamos disponíveis, mas deixando claro que o intuito é criar uma ponte entre a Equipe mínima e a Equipe NASF, estreitando as relações entre eles e ajudando no que for possível, sempre respeitando o fluxo estabelecido.

No sentido de estreitar as relações, deixamos claro que a partir do segundo ano de residência nossa autonomia em relação a casos de outras equipes aumenta um pouco, no entanto, é necessário fortalecer o vínculo entre Equipe mínima e Equipe NASF, que me parece pouco desenvolvido ou, até o momento, atrofiado.

Para mim em confluência com André e Pontin (2010), o diário parecia funcionar como uma espécie de mecanismo de desencadeamento de aprendizagem, onde um tema pesquisado podia gerar diversas outras pesquisas tão heterogêneas quanto o meu pensamento me permitisse ser.

O diário possibilita ao professor acompanhar o desenvolvimento do aluno (ANDRÉ e PONTIN, 2010), o que pude perceber durante a minha releitura dos mesmos, é inegável a melhora na escrita e na concatenação dos assuntos alcançada com a prática da escrita livre, sem as amarras dos temas, grupos e resenhas sobre assuntos pré especificados.

Para realizar a releitura dos diários reflexivos, poesias e outros textos produzidos por mim durante meu período de estadia na CFVV, era necessário um mecanismo técnico que me permitisse, além do aditivo cronológico, rever aqueles eventos com outros olhos. Dessa forma,

após conversa com meus orientadores, procurei me aproximar do conceito de estranhamento advindo da sociologia.

Em um primeiro momento, vamos entender o conceito do vocábulo, onde pode-se definir estranhamento como: “ato ou efeito de estranhar(-se). Surpresa, admiração, espanto face ao que não é comum ou habitual ou, ainda, totalmente inesperado; estranheza. Sentimento de rejeição a algo ou a alguém que é diferente, que não se conhece, que não é familiar; aversão, repulsa” (MICHAELLIS, 2021).

De forma sucinta, o estranhamento é a reação ao oposto do natural, do que se espera. Para a sociologia, esse é um movimento capaz de gerar dúvidas em pensamentos até então consolidados, revelando possíveis contradições e novos cenários, gerando a potência para que um assunto antes tido como esgotado possa encontrar novas perspectivas de debate¹².

No campo das Ciências Sociais, especialmente na área da Antropologia, o “estranho” é algo intrínseco ao familiar, mas que é reprimido quando da objetivação que os elementos do cotidiano em geral ganham em seu processo de utilização. Na organização, mapeamento, hierarquização da realidade (procedimento comum da vida em sociedade) existe um filtro de pontos de vista, mantido pelo senso comum e “útil” ao nosso dia a dia. Gilberto Velho, antropólogo brasileiro, afirma que “o que sempre vemos e encontramos pode ser familiar, mas não necessariamente conhecido” (VELHO, 1978), pois possuímos visões parciais sobre os elementos, ligadas, especialmente, a funcionalização e objetivação a que somos conduzidos a perceber em favor da melhor aplicação e praticidade dos elementos a “nosso dispor (BECKER, 2012, pág. 94).

Dessa forma produzir estranhamentos tem afetado desde minha visão do senso comum, até o modo como eu formulo minhas questões neste trabalho, em um processo de retroalimentação aparentemente inesgotável.

3.2 O ESTRANHAMENTO DA ESCRITA DE SI

A escrita de si pode funcionar de algumas maneiras e depende do que se objetiva com o texto: estratégia narrativa, a escrita de si como uma forma de cuidado de si, uma forma de se enxergar e de ser enxergado no mundo. Escrever em primeira pessoa se torna um hábito depois de 20 meses de rotina. Vícios se criam, desestímulos de outros ordens atravessam o processo, você cria um certo padrão e uma ordem instintiva, certezas são certezas, e no final você tende a ser tornar um tanto quanto mecânico. Isso é natural pois “simplifica” o trabalho de escrever situações que você passou, completamente verídicas ou não, de uma forma menos emotiva e mais racional, no que hoje percebo como um traço de colonialidade do saber. Por isso, ao

¹² <https://escsunicamp.wordpress.com>

retomar o processo de leitura dos diários reflexivos é preciso um exercício de voltar a estranhar a sua própria escrita de si, entendendo que aquela pessoa que escreveu aquelas frases em certa medida, não é mais você.

Esse sujeito é constituído pelas experiências que cada um desenvolve consigo mesmo, como técnicas de constituição de si, um trabalho sobre si mesmo como lugar de uma experiência, um invento, um ensaio, tentados pelos próprios sujeitos que, tomando a si mesmos como prova, inventarão seus próprios caminhos (BERTO, 2015, pág.3).

Para Araújo (2011, p.8), “Foucault já argumentava que a escrita de si constitui o próprio sujeito, constrói a noção de indivíduo”. Para esse trabalho era preciso que eu estranhasse antigos critérios e pudesse seguir um outro caminho para além do realizado durante a escrita dos diários reflexivos, ou ainda melhor, era preciso que eu criasse um caminho para um novo sujeito.

A escrita de si – termo que caracteriza a narrativa em que um narrador em primeira pessoa se identifica explicitamente como o autor biográfico, mas vive situações que podem ser ficcionais – se delinea como um exercício literário típico da modernidade. Nele, as fronteiras entre real e ficção se diluem, e os interstícios desses dois campos engendram um espaço de significação que problematiza a ideia de referência na literatura. Nesse sentido, a ficção se apropria da autobiografia para ressaltar o caráter falho de ambas, que dizer, revela a impossibilidade de uma representação plena da realidade (ARAUJO, 2011 pág.8).

É exatamente na última frase do parágrafo que discordamos do autor, ou ao menos da forma como ele apresenta sua ideia. Para mim é exatamente no reconhecimento da impossibilidade de uma representação plena da realidade que reside a potência da escrita de si, do ensaio e da autoetnografia, pois é a partir do reconhecimento que essa pretensa “totalidade real” na verdade não existe - visto que o mediado atinge tudo, inclusive o imediato - que esses dispositivos podem funcionar como uma renúncia institucional a uma verdade total e que dependa de esquadrinha e mutilação de suas partes para ser entendida. “A ciência que se pretende sólida, neutra, organizada e sem lacunas [...] assim como uma arte puramente intuitiva e sem conceitos, traz nela as ‘marcas de uma ordem repressiva’” (ADORNO, 2003, p.22).

3.3 O ENSAIO

Definido pelo filósofo espanhol José Ortega y Gasset como "a ciência sem prova explícita" (SILVA e SILVA, 2011) o ensaio me parece uma ferramenta capaz de ajudar a traçar planos e estratégias para o estilo de escrita que será utilizado. Entendo que se pretendemos realizar a crítica a algo estabelecido, devemos nos atentar a estranhar não só os conteúdos, mas também os métodos que nos são apresentados, ou seja, será possível a crítica a um formato de

ciência utilizando para isso metodologia aceita e difundida pela mesma? É preciso lembrar rapidamente de que ciência estamos falando.

Produzida por alguns homens para dominar a natureza, as coisas e outros homens, seja pela força de seus produtos seja pela disseminação de suas ideias, a ciência opera em uma lógica que serve ao racismo, ao machismo e ao classismo. Nesse sentido a ciência é um poder e a não ciência também o é. É possível, seguindo essa linha, traçar um paralelo entre essa ideia e o atual momento do Brasil onde o discurso oficial do Estado se traveste de uma não ciência ganhando cada vez mais espaço entre a população impulsionado pelo aparato oficial. A não ciência, assim como a ciência, é produtora de verdades e mentiras, de discursos que guiam pessoas, moldam corpos, matam pessoas, constroem cidades, espaços, povos e sociedades, sempre trazendo à tona algumas perspectivas de vida e apagando outras.

A ciência como parte da história não pode ser vista como pano de fundo das construções societárias das quais participa, é preciso assumir a impossibilidade de neutralidade por parte da ciência, independentemente do método utilizado, e se perguntar que tipo de ciência e com quem desejamos “cientificar”. Isto posto, acredito que a ciência deva ser crítica em relação ao poder instituído, inclusiva e generosa, pois apenas dessa forma serão erguidas pontes dialógicas capazes de permitir que o “outro” participe e crie ciência.

Não se trata de maneira nenhuma de “cientifização” do conhecimento popular, pelo contrário...trata-se do reconhecimento de que conhecimento e ciências não são estanques e não podem ser isoladas entre si, merecendo ambas a mesma representatividade. Uma se insere na outra tanto a nível conceitual quanto de produção sendo impossível dissociá-las. Não deve haver hierarquias ou hegemonias entre elas pois são complementares, ambas produto de vivências, experiências e do ato intrínseco de ser humano.

Mas em um momento crítico como o atual, como criticar a ciência sem desacreditá-la de maneira deletéria? O ensaio como forma de escrita pode ajudar nesse sentido visto que: “O ensaio nasce com a crítica, é o gênero da crítica. No entanto, talvez seja preciso corrigir o que entendemos por crítica. Em primeiro lugar, se o ensaio é o gênero da crítica, é porque é o gênero da crise, da crise de uma certa forma de pensar, de falar, de viver. A experiência do presente faz desse mesmo presente um momento crítico, de transição, de mutação. E é nessa mutação que o ensaísta se quer inserir. O ensaio é a escrita de um tempo inseguro e problemático” (LARROSA, 2003, p.38).

A ciência e o jeito de fazermos ciência estão em crise, as provas que a sociedade brasileira, e quiçá mundial, dá são inegáveis por si só. Seguindo essa linha de raciocínio a saúde coletiva, deve procurar realizar uma autocrítica de sua participação na construção do atual

momento de nossa sociedade. A contínua utilização do conceito de risco, por exemplo, que procura individualizar processos coletivos, invisibiliza as determinações sociais do processo saúde doença que devem anteceder uma leitura crítica no modo de produção capitalista.

O ensaio surge quando se abre a possibilidade de uma nova experiência do presente. Primeiro, quando o passado perdeu toda a autoridade e, portanto, volta a ser lido a partir do presente, mas sem nenhuma reverência, sem nenhuma submissão. Segundo, quando o futuro aparece como algo tão incerto, tão desconhecido, que é impossível se projetar nele (LARROSA 2004, pag.33).

Se há algo de concreto que podemos afirmar sobre o mundo, é que não sabemos onde estaremos amanhã. Por isso, esse ensaio não pode se pretender neutro sob o risco de transformar “criações espirituais” em produto, gerando um aprisionamento de todas as subjetividades ali presentes pela lógica binária da modernidade acadêmico/capitalista: de um lado, o objeto-produto visto, discutido, consumido; do outro, toda subjetividade fluída que o integra sendo ignorada ou fetichizada em forma de arte (ADORNO, 2003, p. 19). No entanto, Adorno deixa claro que, estando totalmente livre da “disciplina da servidão acadêmica”, corre-se o risco de perder a própria liberdade do trabalho, pois ao descartar essa disciplina, atravessando a fronteira sujeito e objeto sem responsabilidade, adere-se a uma “necessidade socialmente pré-formada de clientela” (p. 19). Buscando driblar esse risco me amarro ao método autoetnográfico usando-o como parâmetro e não perdendo de vista que este trabalho pode não agradar mesmo a mim. A responsabilidade do ensaio não está em respeitar as convenções, embora possa abrir exceções para essas, mas sim em “respeitar a própria coisa”, os objetivos do trabalho e as representações que eles possam trazer (ADORNO, 2003, p. 19).

O discurso de promoção da saúde, autonomia e autocuidado também muito presente na saúde coletiva atual, serve bem ao momento neoliberal de redução das atribuições do Estado pois sustenta o senso comum de que a sua saúde depende de você e de uma série de medidas que “qualquer um” pode tomar, ignorando que algumas condições são limitantes por si só. Afinal de contas, quem define o que é saúde? A vida não é só verticalidade, não é só cronologia temporal, é também largura, é o gozar a vida. A vida não é só mastigar, é sorrir. “A gente não quer só comida, a gente quer comida, diversão e arte!”¹³

No entanto, a suplantação do capitalismo não garante nem alteração no modo como a odontologia é praticada, nem uma epidemiologia mais crítica, tampouco alterações no modo da produção da ciência e conhecimento. Todas essas práticas, assim como o Estado, nada mais são que a representação por meio de produções sociais do que somos, ao menos em parte, enquanto

¹³ Em referência a música “Comida” dos Titãs lançada no álbum “Jesus não tem dentes no país dos banguelas” de 1987.

sociedade. Mesma que essa seja uma autocrítica muitas vezes dolorosa é necessária fazê-la: nós, enquanto cientistas ou produtores de cuidado no SUS, somos o Estado encarnado. “Quem é o inimigo, quem é você?”¹⁴

Partindo então desse pressuposto chegamos a seguinte questão: Se o Estado nacional brasileiro foi fundado sobre bases machistas, racistas e eurocêntricas, até onde o SUS está contaminado dessas práticas e qual o local que nós, privilegiados cientistas, ocupamos nessa equação? Para quem a ciência trabalha? Seríamos nós apenas um tijolo no muro?¹⁵

Para responder essas questões é necessário que novas chaves analíticas, produzidas fora da metrópole, sejam postas em foco. A aposta é na potência dos atores e na garantia que a maior quantidade de falas, corpos, desejos, línguas e vivências serão envolvidos no processo. Deleuze diz que maldade é impedir uma potência de se expressar. Diz ainda que não há uma má potência em si. O que há é apenas a maldade exprimindo um poder que gera a não potência, esta sim maléfica (Mil Platôs, capítulo sobre o corpo sem órgão, Espinosa sobre as paixões alegres e as paixões tristes). Nessa linha de raciocínio quantas mais potências se expressarem livremente, mais identidades se encontram, gerando pontes dialógicas que permitirão a formulação de métodos mais contemplativos para o que se pretende uma ciência mais inclusiva e generosa. Acredito que neste trabalho, o ensaio faz parte deste processo.

... no ensaio, não se trata do presente como realidade, mas como experiência (...). Dar forma a uma experiência do presente. O que interessa (...) não é a verdade de nosso passado, mas o passado de nossas verdades. Sempre se trata de desnaturalizar o presente, de estranhar o presente, de converter o presente não em um tema, mas em um problema, de fazer com que se perceba quão artificial, arbitrário e produzido é o que nos parece dado, necessário ou natural, de mostrar a estranheza daquilo que nos é mais familiar, a distância do que nos é mais próximo (LARROSA, 2004, pag.34).

Quando apresenta o ensaio, Adorno (2003) o cita como sendo difamado enquanto um produto bastardo entre a arte e a ciência. Seria ele então, o ensaio, a “pagar a conta desse amor pagão”? Segue afirmando que existe uma pretensão de se resguardar a arte como reserva de irracionalidade enquanto o conhecimento é identificado com a ciência organizada, excluindo como impuro tudo que não se submete a essa dualidade binária tão comum na “modernidade”. Para Adorno, a academia só aceita enquanto filosofia o que se apresenta com a “dignidade do universal, do permanente, e hoje em dia, se possível, com dignidade do ‘originário’”. Ora, o presente trabalho não apresenta “a dignidade do universal”, e nem a pretende, pois lida com um contexto local, específico, cheio de nuances e particularidades. Também não se pretende

¹⁴ Em referência a música “Soldados” do Legião Urbana lançada no álbum “Legião Urbana” de 1985.

¹⁵ Em referência a música “The Wall” da banda Pink Floyd lançada no álbum de mesmo nome de 1979.

permanente, pois sabe que seu objeto é uma constante produção de interações. No ensaio não se procura nem um ponto de chegada científico, nem a criação artística de algo a partir do nada, mas sim a liberdade de se entusiasmar e criticar algo que os outros fizeram, mesmo que, nesse caso, esse outro seja eu (ADORNO, 2003, p. 15 e 16).

3.4 A AUTOETNOGRAFIA

Auto é um prefixo (de origem grega) ou um elemento composicional que permite designar aquilo que é próprio ou que funciona por si mesmo. No dicionário (Michaelis, s/d), Etnografia é um substantivo feminino, podendo ser definido como o estudo descritivo das diversas etnias, de suas características antropológicas, sociais. ou ainda o registro descritivo da cultura material de um determinado povo.

A autoetnografia é, portanto, um mecanismo que possibilita que a partir daquilo que é próprio, realizem-se registros culturais e sociais da sociedade e/ou contexto que aquele indivíduo esteve inserido. Nesse trabalho me propus a analisar minhas ações no serviço enquanto indivíduo branco de classe média, dentista, que atuava prestando serviços a uma população negra e buscar como a relação branco/negro, que preexiste em nossa sociedade e molda nossos costumes e formas de agir, teve influência nessas ações.

Dentre diversas maneiras de vermos a autoetnografia, uma delas é pela perspectiva da produção de conhecimento que sustenta que a vida de uma pessoa se compõe dos contextos que a cercam. Franco Ferraroti, uma figura central para o desenvolvimento do método biográfico – afirma em entrevista concedida em 1986: “La tesis central es que es posible leer una sociedade a través de una biografía” (INIESTA y FEIXA *apud* BLANCO, 2012, p.55).

Assim a autoetnografia pode funcionar como uma reconstrução de vivências passadas, por meio de memórias e afetos (CLIFFORD e MARCUS, 2016), mas com a possibilidade analítica do distanciamento temporal dos fatos. No caso deste trabalho, busquei tratar de experiências vividas entre 2015 e 2019, período no qual trabalhei na CFVV e convivi intensamente em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, mas me permitirei pequenas autoetnografias relacionadas ao período do mestrado.

Reverberando Santos (2017), um fator importante nessa pesquisa é a distância temporal do fato como forma de distanciamento social do objeto. Nesse caso, o tempo serve como um mediador entre a posição que se tinha quando a experiência foi vivida (condição de trabalhador terceirizado em busca de meios para sobreviver) e a que se passou a ter quando o registro sobre tal experiência passou a ser produzido no âmbito deste projeto de mestrado.

Para Santos (2017), a autoetnografia pode se estruturar, como se fora um exercício elaborativo, no qual começamos com a nossa vida pessoal: prestando atenção aos sentimentos físicos, pensamentos e emoções relacionados a esse ou aquele momento, ação ou fato. Usando um exercício chamado de introspecção sociológica sistemática e recordação emocional tentamos entender uma experiência que vivemos. De toda essa recordação emocional escrevemos uma história no intuito de ao explorar uma vida particular compreendermos um modo de vida.

Para melhor entendimento do processo, o modelo de Chang (SANTOS, 2017) é baseado em três orientações. A primeira orientação seria através de uma abordagem metodológica – cuja base é etnográfica e analítica; a segunda, seria por meio de uma abordagem cultural – cuja base é a interpretação: a) dos fatores vividos (a partir da memória), b) do aspecto relacional entre o pesquisador e os sujeitos (e objetos) da pesquisa e c) dos fenômenos sociais investigados; e por último, a orientação em relação ao conteúdo – cuja base é a autobiografia aliada a um caráter reflexivo.

Isto posto, temos que a reflexividade desponta como importante processo no modelo de investigação autoetnográfico, haja vista que a mesma impõe a constante conscientização, avaliação e reavaliação feita pelo pesquisador da sua própria contribuição/influência/forma da pesquisa intersubjetiva e os resultados consequentes da sua investigação (SANTOS, 2017, p.218).

Como mencionado anteriormente, em relação ao processo reflexivo, fiz uso do mesmo durante os dois anos de RMSF na Ensp/Fiocruz – entre 2015 e 2017 – no qual usávamos uma ferramenta produzida mensalmente chamada de “diário reflexivo”, numa espécie de autoetnografia rudimentar. Esse diário reflexivo guarda uma memória escrita que nos parece profícua como um dos elementos a serem usados neste trabalho. A respeito da matéria escrita, Clifford e Marcus salientam que:

A escrita não é mais uma dimensão marginal, ou oculta, mas vem surgindo como tema central no que os antropólogos fazem tanto no campo, quanto no que a ele se segue. O fato de que até recentemente a escrita não tenha sido retratada ou seriamente discutida reflete a persistência de uma ideologia que reivindica a transparência da representação e o imediatismo da experiência. A escrita reduzida a um método: boas anotações de campo, elaboração de mapas precisos, redação minuciosa de resultados (2016, p.32).

Dessa forma me parecia que no processo desse trabalho era importante o abandono das metanarrativas, passando a considerar a experiência cotidiana como peça central dos acontecimentos históricos – onde se dá a cultura da sobrevivência, as táticas de luta, resistências

e opressões, no grande caleidoscópio macro da vida. Se neste ensaio buscamos trabalhar com a ideia ético-político-teórica do pensamento decolonial e reconhecemos a hegemonia do Norte global dentro da geopolítica do conhecimento, representando importante aspecto da colonialidade do saber (MALDONADO-TORRES, 2008), a autoetnografia foi a estratégia de decolonização central no trabalho. Foi através da parceria metodológica entre ela e o ensaio que buscamos situar as representações sociais e a “compreensão da atividade humana, atrelada aos processos identitários, territorialidades, modos de diferenciação e violências, no âmbito do cotidiano (...)”, produzindo novas representações sobre si e seu entorno, ao “invés de reproduzir narrativas externas” (VERGUEIRO, 2016).

Revisitei esses diários, que funcionaram como memórias escritas de 2015 a 2017 em busca de matéria prima para um processo investigativo/analítico a partir de conceitos norteadores encontrados em meu aporte teórico, à priori relacionados ao racismo. A partir desse recorte buscarei nos diários momentos que tenham me feito refletir, ou mesmo experimentar sobre esse tema e, isto feito, realizarei minha análise. De 2015 a 2017, trabalhei na CFVV na qualidade de residente; de 2017 a 2019 trabalhei na mesma Clínica da Família na qualidade de dentista contratado da eSB. Me permiti também confeccionar aportes reflexivos sobre memórias do período entre 2017 e 2020 – inclusive a partir de 2019 quando iniciei o curso de mestrado - sendo relatos relacionados ao período de mestrado referem-se mais ao meu processo de aprendizagem das questões teórico-metodológicas vivenciadas em âmbito acadêmico. São de outra ordem temática, mas escritas no mesmo formato que as experiências relacionadas à prática como dentista na CFVV.

Em relação a questões éticas é importante ressaltar que todos os cuidados foram tomados para que os nomes que foram utilizados, exceto os que fazem parte do meu ciclo de relação pessoal, durante este ensaio fossem alterados. Dessa forma, por uma questão de ética profissional, certas informações foram suprimidas ou modificadas, e é aí, de novo, onde a autoetnografia pode trabalhar em parceria com o ensaio, visto que o mesmo não procura utilizar esses “enganos” de forma descuidada, mas sim para “trazer à tona pra respirar” o que a crítica por uma “distinção de significados” e a procura de uma unidade por meio de “afinidades linguísticas” não conseguem alcançar (ADORNO, 2003, p. 33). “É por isso que a lei formal mais profunda do ensaio é a heresia. Apenas a infração à ortodoxia do pensamento torna visível, na coisa, aquilo que a finalidade objetiva da ortodoxia procurava, secretamente, manter invisível” (ADORNO, p. 45).

4 MODERNIDADE, COLONIALIDADE E RACISMO

A colonialidade, para Mignolo (2017), é a parte obscura da modernidade, pilares que estruturavam e foram estruturados pelo/para o colonialismo, mas que perduram em nossa sociedade mesmo após a transição para o capitalismo moderno e o modo administrativo dos Estados atuais. O racismo, o eurocentrismo, o machismo, o controle dos meios de produção e do trabalho são alguns desses traços de colonialidade que se mantêm ainda vivos e atuantes em nossa sociedade sendo mais, ou menos, sentidos por determinadas parcelas da população. É sabido que populações marcadas como “de menor valor”, desde que se iniciou esse processo, são ainda hoje afetadas por essa lógica de dominação/administração mundial que se tornou hegemônica.

Essa estrutura de poder que se mantém e molda pensamentos, corpos, padrões, pesquisas científicas, trabalhos, guerras, muitas vezes de forma subliminar ou obscura como diz Mignolo (2017), é o que chamamos de colonialidade. É a partir deste pensamento que surgem autores que se declaram decoloniais, ou seja, autores que pretendem confrontar este pensamento hegemônico e as estruturas sociais que os compõe nos mais diversos campos como a economia, a literatura, a política e a saúde.

4.1 COLONIZAÇÃO DO PODER

A produção do conceito de modernidade, iniciado com a colonização das Américas e o capitalismo mundial, gerou um modo específico de criação de conhecimento que tem como padrão o homem, branco, europeu. Todo conhecimento que não advém deste “ser” moderno deve ser lido e validado através de suas lentes do mundo. A esse processo chamamos eurocentrismo e dele advém o que hoje chamamos de capitalismo globalizado na perspectiva do colonialismo (QUIJANO, 2005).

Esse processo se estabilizou em dois eixos de padrão de poder, segundo Quijano (2005): um deles seria o da classificação da população pela raça, padrão exportado para o mundo após a experiência colonial nas Américas. O segundo seria o controle do trabalho, seus recursos e produtos em torno do capital que se situava na Europa, e do mercado mundial.

O conceito de raça como um constructo mental que expressa a experiência da dominação colonial está então embutido na fundação do que entendemos hoje como eurocentrismo e seu modo específico de enxergar e pensar o mundo. Passa a ser o primeiro critério de classificação social a nível mundial e, associado ao segundo eixo, determina também os locais, tipos e papéis

na nova ordem de trabalho capitalista mundial. Nesse cenário, o trabalho do branco era valorizado e tratado como merecedor de salário enquanto o trabalho do negro e do índio eram tidos como menores, de pior qualidade e não merecedores de remuneração.

Esses dois eixos perduraram mesmo após o período colonial em seu formato mais clássico, ou seja, são mais estáveis e duradouros que o próprio aparato administrativo colonial, se tornando elementos de colonialidade em nossa sociedade, a própria colonialidade do poder. A formação da América então funciona como nascedouro de certos padrões de poder mundial, certos sistemas de representação, os quais chamaremos de modernidade.

Sistemas de representação para Stuart Hall (2016) são mecanismos que compartilhamos em nossa sociedade que aproximam e estreitam nossa capacidade de interpretar as coisas a partir de um mapa conceitual similar, como por exemplo, a linguagem de um país ou localidade. Sob esses eixos do capitalismo começa a se elaborar e constituir o arcabouço do que hoje tratamos chamar de iniquidade, visto que desde o início da construção da racionalidade eurocêntrica, e do que viria a ser o novo modo de produção global (capitalismo mundial), o branco está associado ao trabalho remunerado, ao salário, enquanto negros e índios estão associados a escravidão, servidão, desvalorização e trabalho forçado.

Se é sabido então que a emergência da odontologia, como a conhecemos, é consequência da explosão do mercado açucareiro global, nos parece óbvio que a odontologia surgida através desse tempo histórico específico irá carregar diversos aspectos de colonialidade e da pretensa modernidade, sendo ao final produto destes. Não nos interessa neste trabalho discutir a odontologia dos Faraós e nem a arte dental praticada há 9.500 anos, interessa-nos estudar a odontologia enquanto uma prática/teoria que possui seu potencial normativo, produz e é produzida pelo seu meio e pelo que entendemos hoje como o moderno.

O papel e a importância da teoria repousam não somente na sua capacidade explicativa, mas também no seu potencial normativo. Se toda teoria serve para algo ou para alguém, é razoável partir do princípio de que ela reproduz relações de colonialidade do próprio poder (BALLESTRIN, 2013, p. 21).

A colonialidade do poder opera por meio de mecanismos administrativos globais como FMI, Banco Mundial, OTAN, ONU, fazendo com que os países periféricos continuem em uma situação colonial em relação aos países europeus e do Norte Global. Essas constatações podem ser feitas quando utilizamos chaves de análise econômicas (FMI, Banco Mundial), de autoridade (OTAN), da natureza e de recursos naturais (ONU), do gênero, da sexualidade, da subjetividade e do conhecimento (faculdades, publicações, revistas científicas) formando uma tríade de colonialidades: do poder, do saber e do ser. As populações hierarquizadas e

classificadas étnico-racialmente por esses instrumentos do capitalismo global, ocupam também no sistema de trabalho mundial condições periféricas e desvalorizadas (BALLESTRIN, 2013).

O fundamento da modernidade/colonialidade para Dussel, Mignolo, Quijano e Wallerstein está no descobrimento/fundação/invenção das Américas, sendo esta uma origem tão origem quanto a Grécia para a civilização Ocidental (MIGNOLO, 2003 p. 57). Para Dussel, a América não somente foi a primeira periferia do sistema-mundo como também a primeira oportunidade de acumulação primitiva do capital¹⁶ (CASTRO-GÓMEZ, 2005a).

Na modernidade, a raça funciona como um constructo mental. Raça, gênero e trabalho fornecem sistemas de representação que são as linhas principais do que formou e mantém o que entendemos hoje como modernidade capitalista. A modernidade e a colonialidade não podem abrir mão dessas linhas, apesar de adequações no percurso, para continuar existindo. Para Dussel (2000) a práxis da modernidade é então, baseada nesses conceitos, irracional e violenta.

O mito da modernidade se trata então da civilização europeia moderna se julgando e declarando superior a todas as outras (mesmo que inconscientemente). Dessa forma se exige moralmente que contribua com o desenvolvimento dos mais primitivos, sendo para tal necessário seguir o processo educativo desenvolvido e aceito pelo europeu. Se o bárbaro se opõe ao processo civilizador deve-se exercer a práxis moderna da violência para eliminar os obstáculos à modernização. Essa violência dominadora irá produzir vítimas de todo tipo e em todos os lados, mas será interpretada como um ato inevitável de sacrifício heroico e salvador. Por opor-se ao processo de colonização o bárbaro carrega, para o colonizador, uma espécie de culpa a qual legitima que a “modernidade” funcione como processo emancipatório para o não civilizado (BALLESTRIN, 2013). Esse mecanismo é visto e vivido diariamente nas unidades de saúde Brasil afora. Todos os sacrifícios e sofrimentos são assim válidos quando a modernidade precisa se impor sobre outros povos, raças, gêneros etc. (DUSSEL, 2000).

Para Maldonado-Torres (2008) e Santos (2005) existe uma clara diferença dentro da geopolítica global quando se trata de produção e validação de conhecimento, tendo o Norte global utilizado de violência epistêmica, conceito de Foucault, para cometer epistemicídios e apagamentos causado pelo racismo epistêmico. O conhecimento deve reproduzir o padrão mundial de poder sendo produzido e pensado de forma eurocentrada, se isso não for possível deve então ser validado pela lente do Europeu para só então passar a ter credibilidade. A perspectiva de conhecimento aceita será a iniciada na Europa no sec. XVII ficando todas as outras formas de produção de conhecimento relegadas à subalternidade. “La Modernidad se

¹⁶ Conceito cunhado por Karl Marx no qual explica a gênese do capitalismo atual a partir do processo de acumulação ocorrido na Europa a partir do século 16, que permitiu a revolução industrial que viria a seguir.

definió como ‘emancipación’ con respecto al ‘nosotros’, pero no advirtió su carácter mítico-sacrificial con respecto a ‘los otros’” (DUSSEL, 2000, p.30).

Mignolo (2017) propõe uma “pluriversalidade” como projeto. Desobediência, vigilância, desprendimento e suspeições epistêmicas devem ser utilizadas a fim de uma decolonização epistemológica. As teorias e pensamentos políticos foram criados em sua maioria no Norte (e para o Norte) global e deslocadas para o Sul, servindo, elas também como uma espécie de arquitetura da exploração, dominação e colonização. No entanto, de dentro dessa colonialidade surgiram gritos, rupturas, riscas que possibilitam ao menos o vislumbre de mudanças a partir de outras teorias e críticas que não as hegemônicas pensadas em outro tempo espaço que não é, nem pode ser, similar ao nosso. Para Ballestrin (2013), decolonizar a teoria, em especial a teoria política, é um dos passos para decolonização do próprio poder.

A formação de novas relações e controle sociais serão então influenciados por uma suposta hierarquia na qual europeu não designa mais um local geográfico, mas se não uma hierarquia racial superior. Para exemplificar podemos apresentar este trecho do livro Quarto de despejo de Carolina Maria de Jesus, migrante rural mineira, negra, que viveu na periferia de São Paulo:

Eu estava pagando o sapateiro e conversando com um preto que estava lendo um jornal. Ele estava revoltado com um guarda civil que espancou um preto e amarrou numa árvore. O guarda civil é branco. E há certos brancos que transforma preto em bode expiatório. Quem sabe se a guarda civil ignora que já foi extinta a escravidão e ainda estamos no regime da chibata? (JESUS, 2014, p.108).

Epistemologicamente falando, todas as nossas bases são “importadas” do Norte, inclusive as políticas. Novamente Carolina Maria de Jesus diz algo que considero muito importante em uma passagem pequena em tamanho mas enorme em potência, podendo nos servir como alerta:

A democracia está perdendo adeptos. No nosso país tudo está enfraquecendo. O dinheiro é fraco. A democracia é fraca e os políticos fraquíssimos. E tudo que está fraco, morre um dia (JESUS, 2014, p. 39).

4.2 COLONIZAÇÃO DO SABER

“O vento, que por sobre as ondas voa, soprou em seu rosto o cheiro da maresia e da vingança. A maresia tem cheiro de leme, tem cheiro de mastro, tem cheiro de casco. A areia branca tem cheiro de sangue e vitória. O oceano atlântico tem cheiro de aventura.”

Sarmiento, 2015 pág. 114

No presente subcapítulo pretendo, através de pistas deixadas na história e rastros de outros autores, traçar os caminhos que levaram a odontologia, o dentista e o dente, a seus atuais

status sociais. No caso da odontologia, uma ciência da saúde que não é saúde. No caso do dentista, uma espécie de ermitão, sempre sozinho em seu consultório com seu saber exclusivo sobre dentes e bocas. Do outro lado o dente, com seu valor como órgão reduzido ao termo “canjica” e ao fetiche social sobre sua estética e extração.

Ao estudar a odontologia no contexto brasileiro, é importante levar em conta os sentidos produzidos a partir das relações entre uma área de conhecimento/campo de saber e a sociedade onde ela se desenvolve. Farei uma breve incursão nos processos sócio-históricos que impulsionaram a emergência da odontologia no Brasil e as influências desses processos na constituição de uma cultura odontológica nacional (EMMERICH, 2000).

Começo procurando pistas pré-coloniais, mesmo que difíceis de achar e pouco consideradas no meio científico, que me interessam pois para cada conhecimento criado e elevado à hegemonia, tantos outros foram ocultados, perdidos ou apagados. Dessa forma, me parece justo que façamos menção a estas outras racionalidades.

Nessa investigação desde o período pré-colonização, Cunha (1952) relata que o primitivo grau de civilização dos habitantes desta terra inviabilizaria qualquer dito sobre a odontologia praticada aqui quando da chegada de Pedro Álvares Cabral. Porém, contrariando Cunha, Pero Vaz de Caminha relatou em sua carta ao rei de Portugal o que pode ser uma possível lavagem da boca por dois índios que foram levados a bordo da nau Capitânia:

...deram-lhe aly de comer pam e pescado cosido, confeitos, fartees, mel e figos passados; nom quizeram; nom quizeram comer d'aquillo casy nada, e alguma cossa, se a provavam, lançavam-na logo fora. Trouveram-lhes vinho por huã taça, pozeram-lhe asy a boca tammalavês e nom gostaram d'elle nada, nem o quizeram mais; trouveram-lhes agoa per humã albarada; tomaram d'ela senhos bocados e nom beberam; somente lavaram as bocas e lançaram fóra (CARTA DE PERO VAZ DE CAMINHHA, 2003).

Um segundo relato interessante que irá contrariar o afirmado por Cunha é o de Furtado apud Pereira (2012) de que Hans Staden, capturado pelos Tupinambás em 1549, em algum momento sofreu de uma dor de dente terrível durante o cárcere, o que lhe deixou muito abatido. De pronto, um nativo apareceu com o que parecia um rudimentar instrumento de madeira com o qual pretendia sacar-lhe o dente em questão. Hans recusou respeitosamente o tratamento, preferindo seguir então com as dores que seu próprio corpo lhe infringia.

Fala-se também no meio da odontologia, que a tribo Kuikuro do norte do Mato Grosso, preenchia cavidades dentárias com resina de jatobá aquecida para cauterizar a polpa¹⁷, funcionando também como obturação depois de endurecida.

Crânios encontrados em Lagoa Santa (MG), em regiões litorâneas de São Paulo e do Paraná, e observações dos primeiros colonizadores, indicam que os índios tinham dentes bem implantados e com pouquíssimas cáries, mas acentuada abrasão, causada pela mastigação de alimentos duros. Em outras tribos, que se alimentavam mais de mingau de tapioca e mel, a cárie já era um problema concreto¹⁸.

Penso que hoje, em 2021, as afirmações de Cunha já não cabem mais, ficando claro que a população que aqui vivia sabia tanto de odontologia, seja lá qual nome davam a esta prática, quanto lhes convinha. Sabia o que era de uso prático no dia a dia deles, como o uso de folhas, fibras e espinhos em substituição a escovas e fios, não por um primitivo grau de civilização e sim por diferentes construções do conhecimento. É interessante notar, no entanto, como certos saberes e práticas podem ser apagados pela nossa pretensa “modernidade”; que é uma narrativa complexa de ocultação da colonialidade (MIGNOLO, 2017).

Feitas essas considerações agora trataremos de como, e talvez porque, a odontologia se apresenta como uma profissão da saúde que não é da saúde. Desde o Brasil colônia e assim como nos demais países do Ocidente, a prática da odontologia era indiferenciada da medicina. Para Emmerich e Castiel (2013) é importante considerarmos, que já em seus primórdios, a formação do que seria a odontologia moderna se apresentava politicamente isolada, e durante o escolasticismo¹⁹ medieval, que consolidou a criação das primeiras universidades, já se inclui as escolas médicas sem a assimilação da prática odontológica existente (LE GOFF *apud* EMMERICH e CASTIEL, 2013). Para entendermos melhor essa querela, precisamos situar o leitor sobre como aconteceu, no decorrer do séc. XVIII, a hierarquização do trabalho médico.

Segundo Freitas (1995), se colocou de tal forma o exercício da clínica: o “clínico”, também chamado de físico, ocupa o primeiro nível, o “cirurgião” o segundo nível e o “barbeiro” o terceiro nível. Este último, conhecido como “tiradentes”, executava funções auxiliares: corte de cabelo e barba, extração de dentes e sangrias, disputando diretamente com as outras

¹⁷ A polpa dental é um tecido conjuntivo frouxo circundado por estruturas mineralizadas como dentina, esmalte e cimento. Composto por nervos e vasos sanguíneos, além de células do conjuntivo, fibras. A polpa dentária é a responsável pela vitalidade dos dentes, é a parte viva do dente.

¹⁸ <https://www.terra.com.br/vida-e-estilo/saude/saude-bucal/problemas-comuns/por-que-os-indios-praticamente-nao-tinham-carie,19580ab29e58f6c4923f7aac86334cacotl0y5ll.html>

¹⁹ Escolástica, escolasticismo (do latim *scholasticus*, "pertence à escola", "instruído", "sábio") ou Filosofia Escolástica, é um método ocidental de pensamento crítico e de aprendizagem, com origem nas escolas monásticas cristãs, que concilia a fé cristã com um sistema de pensamento racional.

categorias pela atuação nessa parte específica do corpo humano, a boca. Mais à frente na história, uma nova pista, desta vez advinda de Botazzo (2000), reforça essa cisão pela “falta de definição e inclusão clara da arte dentária entre as profissões de saúde” pela Lei de 19 de Ventoso de 1803, na França, arcabouço legal que garantiu aos “doutores (clínicos e cirurgiões) e aos oficiais de saúde o direito exclusivo ao exercício da arte”. Assim a odontologia, como um campo diferenciado da medicina, não alcançava o seu lugar na saúde.

Assim, nos aproximamos de como o dentista se tornou esse ermitão da saúde e de como se objetificou seu trabalho. Tomo a liberdade de neste parágrafo cunhar e usar um vocábulo, a “ermetificação”, explicando a seguir ao que me refiro.

O local de isolamento que o dentista ocupa na área da saúde é construído e idealizado para a profissão desde a sua formação quando, por exemplo, os estudantes de odontologia realizam atendimentos nas faculdades sempre sendo auxiliados por outros dentistas ou estudantes de odontologia (EMMERICH e CASTIEL, 2013), ou ainda quando a sala da saúde bucal nos setores públicos quase sempre é isolada e sem contato com as demais profissões. Mas como acontece essa transformação, como se dá esse processo de enclausuramento do dentista em si mesmo como uma forma de tornar-se hermético, guardando a sete chaves os “segredos” de seu objeto e trabalho, dos dentes e da boca? A “ermetificação” a que me refiro é então justamente esse processo que gera o que se entende hoje como o lugar do dentista somando os significados de ermitão/eremita (sozinho, isolado) e de hermético (selado, secreto, difícil de se compreender e ser compreendido).

Pistas históricas podem novamente nos ajudar como quando Emmerich e Castiel (2013) explicitam que a igreja católica via com profundo desprezo o trabalho manual das corporações de barbeiros e cirurgiões chegando a impor a eles proibições sob o interdito “*ecclesia abborret a sanguine*” (aborrecimento da igreja com o sangue). Os autores prosseguem afirmando que esse fato histórico possivelmente contribuiu com o processo de individuação²⁰, e eu incluiria a individualização, do saber e a objetificação do trabalho odontológico, além de ter estimulado sua prática afastada da medicina (e seu lugar subalterno em relação a mesma?). Dessa forma a individuação da prática e a objetificação de seu alvo são indissociáveis na odontologia moderna, pois remetem a sua própria gênese estrutural.

²⁰ Individuação: processo pelo qual uma parte do todo se torna progressivamente mais distinta e independente; diferenciação do todo em partes cada vez mais independentes.
Individualização: processo pelo qual um organismo, um indivíduo, se torna diferente de todos os outros, ou, processo pelo qual um observador percebe a pessoa como um indivíduo.

No Brasil, temos que para se exercer o ofício de “tiradentes” de forma legal, passava-se por um processo custoso, burocratizado e lento (FREITAS, 1995). Com renda e status social baixos associados à “facilidade” de se “aprender” com outro prático da profissão, nem mesmo o decreto de 1856 que exigia que todos que praticavam a arte dentária realizassem uma prova sumária, a grande maioria dos praticantes não era legalizada no Brasil. Calvielli (1993) descreve que como não vinham novos cirurgiões de Portugal ou porque a demanda tivesse aumentado, a “arte de tirar dentes” foi sendo assumida pelos escravos e pelos negros alforriados, sendo considerada uma atividade menos importante, como podemos ver na figura de Jean-Baptiste Debret “Loja de Barbeiros”, de 1821, onde pode-se ler “Barbeiro, Cabelereiro, Sangrador, Dentista e Tirão de Bixas”²¹, representando uma loja na região central do Rio de Janeiro. Rosenthal (2001) ressalta que essa presença do negro na prática odontológica não era bem-vista pelos portugueses, mas que o Reino fazia excepcionalmente essa concessão, a fim de que pudessem atender outros escravos e pessoas carentes. A população abastada era atendida por dentista de curso superior, franceses ou nativos com formação no exterior que recebiam o título de “dentistas da casa real” (CARVALHO, 2006).

²¹ Modo como era chamada a prática de se remover parasitas intestinais por métodos mecânicos, como se sentar em uma tigela de leite quente por exemplo.

Figura 1 – Loja de Barbeiros



Fonte: Wikimedia

Impulsionada exclusivamente pela preocupação estética da elite da época, a profissão teve um primeiro potencial de crescimento de suas atividades no séc. XVIII. Dessa forma houve um acréscimo de técnicas e produtos odontológicos voltados para a produção e a reposição de dentes artificiais (CARVALHO, 2006). O objeto do trabalho misturava arte e ciência voltada para a extração e reposição de dentes através de trabalhos manuais, e se configurava como um trabalho de “baixa estima social”, “artesanal” e comercial, bem distante de um conhecimento científico biomédico. Somente no século XIX a odontologia cresce como profissão autônoma a ponto de emergir ao status equivalente aos médicos e advogados (CARVALHO, 2006).

Dentre algumas razões históricas que garantiram a emergência desse novo campo, destacam-se a expansão do mercado de açúcar, responsável por uma “pandemia da cárie dentária” (NARVAI, 2000), e a subsequente expansão do mercado de consumo de serviços odontológicos. A profissão experimenta então um verdadeiro giro epistemológico, transformando-se em uma atividade de “utilidade pública” onde:

A ocorrência de dor de dente e infecção dentária, em proporções crescentes, ameaçando o cotidiano dos indivíduos, estabeleceu o potencial para os praticantes dedicados à atividade odontológica explorarem mecanismos tradicionais de credibilidade e autoridade sobre os problemas dentários. (...) a manifestação de

problemas básicos e urgentes deu outra dimensão à prática de saúde bucal, uma dimensão que poderia ser estrategicamente explorada (como, de fato o foi) como utilidade pública, componente essencial para o processo de profissionalização (CARVALHO, 2006 pág. 67).

A procura por “especialistas” na área aumentou de forma exponencial, e o interesse do público em relação à profissão aumentou. Nesse rastro, e diante do fato de que aquele campo de saber e sua prática se tornava cada vez mais uma mercadoria, todos os tipos de “aventureiros” e “charlatães” tentaram a sorte no mesmo (CARVALHO, 2006). Diante desse potente mercado de consumo, grupos organizados que praticavam a odontologia, qualificados ou não, começam a se organizar para a legitimação profissional e a exclusividade da mesma. Era necessário então que se construísse na sociedade a ideia de que a profissão já não era mais uma prática mecânica, mas sim um saber científico e de utilidade pública. Sua prática, se mal realizada, oferecia riscos reais, inclusive de morte, à população. O critério científico então passa a definir quem deveria produzir e como deveriam ser produzidos os serviços odontológicos, ou seja, normatizar através da escolarização significava dar “credibilidade e autoridade profissional” ao repaginado campo de saber.

Para Botazzo (1998), essa repaginação não pretendia negar a existência histórica do ator social que “cuida de bocas e dentes”, mas pretendia um apagamento do artesão prático da prótese dentária, aquele que montava certos aparelhos dentários. A ausência dos profissionais que se “ocupavam da parte mecânica do trabalho” é que fundamentará o discurso odontológico do século XIX (BOTAZZO, p. 13, 1998).

Para Emmerich (2000) é por volta de 1849 que a odontologia brasileira irá realizar a transição entre barbearia e consultório dentário, devido à influência da odontologia francesa e norte americana que apesar de mais sistematizadas em seu nível técnico/científico, produziam esse conhecimento em outro contexto socioeconômico e cultural da odontologia produzida no Brasil. Dessa forma foram se assumindo significados sociais, econômicos e culturais “importados” de outras realidades que não a nossa, que foram e continuam a ser traduzidos através dos nossos sistemas de representação e para a nossa realidade social. Nesse cenário, uma nova cultura odontológica começa a se formar, onde o dentista e a própria odontologia são valorizadas não pelo fato de prestarem relevante serviço público, mas sim por serem acessíveis apenas para quem pode pagar por eles. Um valor não sociocultural, mas mercadológico. Além disso, novamente baseado em Emmerich (2000), os cirurgiões-dentistas diplomados e os proprietários da nascente indústria odontológica, apropriaram-se desse novo aparato técnico-científico criando uma “dependência político-econômico-cultural” em termos de ciência

odontológica, ao mesmo tempo que excluiu os setores mais populares que praticavam a odontologia, dos quais, como já vimos, grande parte eram negros.

Essa formação científica e tecnológica mais completa foi absorvida pelas elites odontológicas, ao mesmo tempo em que era marcante o desinteresse das mesmas em promover uma ciência que tivesse uma verdadeira significação para toda a população, daí resultando o modelo autônomo da profissão (EMMERICH, 2000). Essa pode ser a ruptura epistemológica onde a ciência se impõe sobre o conhecimento no caso da odontologia. Esse rio navegado ainda hoje por nossa odontologia desemboca com força em nosso tecido social banguela.

Para Bottazo (1998):

Não que a emergência da odontologia não seja um fato público, isto ela é. Há nisso, todavia, uma contradição: a emergência privada da odontologia ocorreu como política de Estado, foi uma determinada maneira de afirmar que não há função pública neste lugar, ele pode sem risco ser entregue aos produtores privados, que a ele dedicarão autonomamente seus misteres (p.48)

Esses fragmentos de texto me levam a pensar que apesar do apagamento da arte mecânica da história da odontologia, claramente no sentido de cientificação do saber, é a presença social de um trabalhador prático de prótese dentária²² que irá distinguir certa parte da população, a mais abastada, da camada reservada ao tratamento único da extração de dentes. Dessa forma me parece que a falta de dentes é uma questão que funciona como um tipo (dispositivo, mecanismo) de marcador social desde os tempos coloniais, funcionando ainda hoje como um traço claro de colonialidade que perdura, e possui função, em nossa sociedade.

A inauguração do primeiro curso de odontologia em 1884, como anexo da faculdade de medicina, consolida o processo autossuficiente da profissão. Operando em uma área nebulosa que se apresenta margeada pela medicina mas não está dentro da mesma, com um processo de trabalho e ensino fortemente calcado nas atividades práticas da profissão, posição que ocupa comodamente ainda hoje, a odontologia e suas autarquias e associações científicas não visaram a criação de “um corpo teórico e prático de medidas e ações com impacto direto junto aos costumes da população”, diferente da medicina que organizou-se para “influir decidida e decisoriamente na sociedade” (FREITAS, 1995).

Dessa forma, atuando muito mais como um “ofício do que com uma ciência”, e resumindo sua prática ao procedimento executado (FREITAS, 1995), a construção social e histórica do campo é o processo de autonomização e individualização do trabalho odontológico. Essa autonomia, defende Emmerich (2000), não se trata de criação a partir da

²² Divisão e hierarquização entre trabalho técnico “braçal” ou “manual” do protético em comparação ao trabalho científico “intelectual” do dentista. Como acontece ainda hoje em nossa educação e sociedade.

institucionalização da odontologia, mas sim do modo de produção social fundamentado desde o “barbeiro”.

Em 1911 a odontologia se separa da medicina se tornando um curso de três anos. Calvielli (1993) relata que em dezembro de 1933 foi expedido decreto fixando a data de 30 de junho de 1934 como limite para a concessão de licença aos práticos em exercício, denotando as primeiras medidas efetivas para a monopolização do exercício da odontologia pelos portadores de diploma de curso superior.

Em 1951 inicia-se repressão aos “práticos” da odontologia, profissão que meu avô paterno exerceu durante a maior parte de sua vida, dando lugar a figuras como meu pai e minha mãe, ambos dentistas produzidos dentro desta nova tradição odontológica que encontrou seu lugar “científico”.

O dentista, e sua representação social, se construíram de tal forma que são percebidos pela sociedade como tendo pouca relação com suas necessidades de saúde, assumindo suas produções uma posição única e estrita de mercadoria. A apresentação desse cenário criou um conjunto de violências sociais e contradições que funcionou como gênese de uma ética e uma cidadania, que a odontologia criou para si, muito particulares no campo da classe odontológica, representados na produção cultural do odontocentrismo e da extração-mutilação dentária (EMMERICH, 2000).

4.3 COLONIZAÇÃO DO SER

Para Emmerich (2000), de maneira estranha, o ser humano passou a descartar do seu corpo os seus dentes desde a Antiguidade. Com o passar do tempo e diante das demandas coletivas advindas do modo de produção societário, o “cuidado” odontológico encontrou na exodontia²³ a sua matriz simbólica primordial. Assumido como o ato odontológico original, funciona como dinamizador do imaginário social, a extração de um dente está carregada de símbolos e representações. Para Ferreira e colaboradores (2006) a extração dentária como terapêutica predispõe um estado de doença, pois configura mudanças físicas, biológicas e emocionais para a pessoa.

²³ A exodontia é o ato cirúrgico que corresponde a uma extração de dente, também conhecida e chamada por exo, remover, extrair, “tirar” ou “arrancar” um dente. A extração dentária é uma pequena cirurgia ou operação, tida como um dos procedimentos mais antigos do “cuidado”. Exerce por si só uma representação de dor, sofrimento e penúria desde tempos imemoriais. Estes sentimentos são capitalizados pelo dentista quando precisa manipular algum comportamento de seu paciente, exemplo: “Se você não escovar os dentes vamos precisar arrancar alguns, depois não adianta chorar”, ou ainda de familiares para com crianças: “Se não escovar os dentes vou te trazer aqui pro dentista arrancar tudo”.

Mais uma vez de forma estranha, o ser humano passou na modernidade a descartar de seu corpo sua forma original. Mais uma vez com o passar do tempo e diante das demandas coletivas advindas do modo de produção capitalista global, o “cuidado” odontológico encontrou na “harmonização oro facial” uma nova espécie de matriz simbólica. Primeiro porque expande a sua área de atuação, antiga reivindicação da categoria, segundo, e mais importante, porque escancara a verve estética que vem se destacando há décadas, em detrimento de qualquer outra que a odontologia possa ter. Sem mais critérios e travas morais do setor saúde: a pura e simples estética. Mas de qual estética estamos falando? Qual o padrão de beleza em nossa sociedade? Estética para quem?

De um lado, temos uma odontologia do privado onde a dimensão estética pode subtrair a consideração das funcionalidades e da integridade bucal: com as possibilidades atreladas apenas ao fator financeiro de quem as paga, a trinca “extração-implante-prótese”²⁴ é realizada sem qualquer crivo de metas e indicadores. Aqui, podemos ter a estética descolada de uma visão ampliada e prudente da saúde. De outro lado, a saúde bucal pública impele a agonia de uma dor de dente sem extração em nome de metas e protocolos absurdos, e no fim encontra na extração o critério de alta odontológica. Seja na atenção básica, seja no referenciamento para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dificilmente o usuário conseguirá uma prótese. Aqui, a reposição dentária não acontece nem por critério estético, nem curativo, nem promotor de saúde: a mutilação gerencialista é que fala mais alto.

Nas nossas relações sociais a perda dentária, assim como a reposição de um dente, é um fator que pode estigmatizar ou valorar, marginalizar ou incluir e reforçar ou reduzir desigualdades. Há uma dimensão simbólica dos dentes, naturais ou comprados, um valor desses nas interações sociais, que foge às funções puramente biológicas da boca. Lembro de no consultório particular ouvir “Tem o valor de um carro na minha boca”, lembro de no serviço público escutar “O doutor que eu fui me cobrou um carro pelo tratamento”. Por isso é importante lançar um olhar sobre as necessidades percebidas pela população e tomar o usuário como efetivo regulador das necessidades em Saúde Bucal, incluindo na pauta da Saúde Coletiva a importância da dimensão estética/simbólica da boca, assegurando-a como um direito social.

Em certos lugares, as periferias, e com certos corpos, negros e nativos, pobres em geral, essa realidade se repete há muito tempo, das caravelas aos caveirões: quando extraímos um

²⁴Muito comum na odontologia particular, refere-se ao fato de extrairmos o dente e já realizarmos a colocação do implante e planejarmos a futura prótese em um único tempo, muitas vezes com a colocação de um provisório imediato, ou seja, o paciente não fica em nenhum momento sem o seu dente, desde que tenha condições de arcar com o tratamento.

dente de uma pessoa sem que haja real necessidade²⁵ e não oferecemos tratamento reabilitador em todos os sentidos, estético, fonoaudiológico, biológico, funcional e social, estamos reduzindo aquele corpo apenas ao seu corpo biológico, desprovendo o mesmo de seus direitos guardados na constituição, de saúde garantida em sua integralidade. Quantas e quantas vezes fui eu, no papel de dentista da APS, o juiz condenando o dente, e o carrasco mutilando o outro? Quantas vezes fui eu a negar o direito de uma pessoa?

Essa dita saúde bucal coletiva, que a meu ver não conseguiu se distinguir do que é a odontologia hegemônica de um modo geral, está em crise desde seu surgimento pois faz ser intrínseco ao ato odontológico causar sofrimento e mutilação, assumindo assim o papel de marcador de corpos mutilados sendo ela própria uma das responsáveis pela determinação social da doença naquele indivíduo. Esse “não ser”²⁶ desprovido de direitos e dentes é sempre excluído de participar do processo de formulação de políticas que lhe sirvam, perpetuando-se no setor público a imagem de que como os dados epidemiológicos/estatísticos apontam para uma melhora do quadro bucal da sociedade brasileira, como a queda no índice de cáries e dentes perdidos aferida desde o início do século, a política de saúde bucal no Brasil caminha no sentido certo (NARVAI, 2000).

Nesse contexto, a odontologia ainda precisa enfrentar diversos desafios inerentes às suas próprias raízes epistemológicas para descolonizar-se, tanto teoricamente quanto em sua prática, e assim inserir os paradigmas trazidos pela Saúde Bucal Coletiva. É no corpo do “não ser” que se pratica ainda uma odontologia mais arcaica onde, em que pese o quase fetiche da classe na extração dentária, é no serviço público e nos corpos mais pobres que se realizam as extrações dentárias mais desnecessárias, seja pela falta de especialistas, protocolos clínicos não condizentes com a realidade ou falta de soluções protéticas.

- Vou precisar de mais tempo com essa paciente. Vou precisar levantar uma parede de resina aqui para ver se passa lá no protocolo da endo.

- Molar?

- Sim. Dente 36. Ela tem só 12 anos. Não pode perder esse dente né.

²⁵ Quando poderia ser realizado tratamento endodôntico por exemplo.

²⁶ Conceito cunhado por Frantz Fanon, psiquiatra martinicano, que defende que ao elevar-se ao padrão de universalidade, com o colonialismo, o homem branco deixou de fora dessa equação todas as suas falhas, transferindo-as para as populações que não se encaixavam neste novo padrão mundial do Ser, especialmente os negros: o não Ser. Mais à frente no trabalho retornaremos a ele com maior distinção.

- Putz...

Imagine um dente como uma casa de um cômodo. Ela tem fundações, que se aproximam do papel das raízes, ela tem 4 paredes e um teto certo? O protocolo da SMS carioca preconiza que, para poder ser encaminhado ao setor de tratamento de canal (endodontia), o dente precisa ter pelo menos quatro paredes íntegras. Ora, pensemos juntos, se a cárie afetou o teto, já estamos no limite do protocolo da prefeitura, que se diga de passagem, reduz uma pessoa a um dente cariado, mas, no entanto, sigamos. Como em geral os dentes que necessitam de tratamento de canal já possuem cáries em estágio avançado, dificilmente um dente nesse estado terá as tais quatro paredes íntegras exigidas pelo protocolo. Muitas das vezes só descobrimos isso durante o ato cirúrgico que é efetuado sem raio-x independentemente do tamanho da cárie ou quaisquer outros fatores.

Para “driblarmos” a regra e garantirmos o direito constitucional daquela pessoa, muitas vezes eu e outros colegas, após a remoção da cárie, construíamos outra parede no dente utilizando para isso resina composta. Esta não é a melhor técnica possível nestes casos, até porque trabalhamos sem os instrumentos necessários para fazer um isolamento adequado da cavidade bucal, o que significa expor o usuário a uma cirurgia com maior risco de infecção. Esses casos de reconstrução de parede dentária seriam mais bem resolvidos, de forma mais segura, com próteses indiretas feitas em laboratório. Ainda assim, a parede de resina muitas das vezes garante uma sobrevivência de muitos anos àquele dente em questão

- Tá formando fila aí fora Rodrigo... Já tem gente reclamando. Dois pacientes marcados chegaram e tem duas emergências da equipe. Uma dor de dente e uma criança que o dente parece que não quer nascer. A mãe queria que você desse uma olhada.

- Beleza. Mas esse dente aqui que eu comecei tenho que terminar. Pede um pouquinho de paciência. Depois senta aqui pra me ajudar com o sugador, ele tá parando toda hora. Negócio tá bom hoje.

Na verdade o sugador nunca melhorava, ele era permanentemente quase inútil, assim como o foco de luz da cadeira, o que me forçava a trocar os rolos de algodão da boca da paciente com frequência muito acima do normal além de lidar com enorme quantidade de saliva, principalmente em restaurações realizadas em dentes posteriores da arcada inferior.

- Pronto. Acabei. Ficou muito bom. Fio dental passando perfeito. A anatomia do dente tá legal. Show. Vou te encaminhar para tratar o canal.

Encaminhei. Três meses para marcar o canal. Os pacientes quase sempre retornam com um papel de contrarreferência dos encaminhamentos, ou deveriam, e nesse caso quem voltou foi a mãe, a criança estava na escola.

- Poxa Dr. Rodrigo eu fui até lá no centro à toa.
- Por quê? Não quiseram fazer o canal? Trouxe o papel que te deram lá?
- Trouxe sim. Não quiseram fazer não Doutor Rodrigo... o caso das paredes lá que o senhor tinha explicado.
- Não acredito...

Na contrarreferência, carimbada e assinada, uma radiografia anexada a um papel protocolar mostrava o dente com sua restauração bem-feita. Em caneta azul veio escrito: “Elemento 36 fora do protocolo clínico para tratamento endodôntico da SMS, extração indicada”.

O paradigma mutilador da odontologia não foi alterado, apesar da melhora nos dados estatísticos. Ele pode, é verdade, ter sofrido uma deformação elástica na tentativa de se moldar aos conceitos mais atuais de saúde coletiva e promoção de saúde, porém seu papel de marcador de corpos do “não ser” continua lá, como um bastião inexpugnável da profissão no âmbito do setor público.

Estamos continuamente sendo colonizados pelo capital que produz, junto das necropolíticas do Estado, desigualdade e determinações sociais que favorecem a ausência de saúde, e particularmente de dentes, em determinadas populações pré-determinadas. Precisamos em um primeiro momento visibilizar o que acontece garantindo que a fala dessas pessoas não seja apagada. Em um segundo momento é preciso garantir a potência do outro e a horizontalidade na formulação de políticas públicas, ou seja, não se trata somente de ouvir o outro, mas de garantir que ele esteja na posição de também contribuir diretamente nas construções, baseado em suas experiências e conhecimentos. Encontros que geram pontes dialógicas que permitirão a formulação de políticas mais completas para a população.

Ações interdisciplinares e intersetoriais visam não apenas melhora na qualidade da saúde da população, mas melhora na qualidade de vida das pessoas por meio de uma possibilidade concreta de autonomia/emancipação levada a cabo por políticas que permitam uma real participação popular. A participação popular a que me refiro aqui é a construída junto e não a regulada por - a que tem poder nas decisões e maior autonomia coletiva sobre seus próprios processos e não a liberal de autonomia individualista e ausência de políticas públicas que dialoguem com quem as usa. Cabe ao Estado garantir um arcabouço de bem-estar e segurança propiciando que sua população possa aproveitar a maravilhosa experiência de se estar vivo e não a penosa sensação de ter que sobreviver. As políticas de saúde devem trabalhar com

uma representação do processo saúde doença que apresente uma representação da vida, entendendo que a saúde e a doença das pessoas estão contidas na explicação das suas diferentes realidades, não o contrário.

Encontrei Deusisdeine chorando as dez horas da manhã na porta da clínica em um dia de reunião de equipe no período da tarde. Os atendimentos são um tanto reduzidos nesses dias e eu me encaminhava para realizar visitas domiciliares com um ACS de uma das minhas equipes de atuação. Em sua mão, percebi um envelope típico de radiografias panorâmicas dos maxilares e o nome do local onde o exame foi realizado estampado, “odontoqualquercoisa”, no mesmo não deixava mentir do que se tratava:

- Bom dia Deusisdeine, o que houve? Por que está chorando?

- A Doutor Rodrigo... estou com um dente que está me matando, fiz a radiografia que pediram mas a doutora daqui disse que não tem como arrancar esse dente aqui não.

- Entendi. Deixa-me ver a radiografia? Quem sabe não tem algum jeito. – Disse eu tentando evitar o continuo derramamento de lágrimas que acontecia.

Ao olhar a radiografia realizada em clínica particular algumas coisas me chamam atenção: primeiro a quantidade de clínicas particulares que se proliferam em volta das CF's cariocas realizando o que a saúde bucal pública não consegue, ou seja a maior parte das coisas, segundo o dente em questão realmente não estava com muita cara de quem “queria sair” da boca não. Certamente a cirurgia de extração, sim, uma extração dentária é uma cirurgia, precisaria de no mínimo uso de brocas e secção do dente²⁷ em questão, muito possivelmente com algum grau de osteotomia²⁸ e posterior osteoplastia²⁹.

Conversei com a dentista responsável pela equipe da paciente e a mesma alegou que além da paciente ser de difícil trato, já havia processado a clínica por alegada omissão em relação aos cuidados devidos ao seu filho de nove anos, portador de deficiência mental. Perguntei para ela se era esse o motivo da não realização da cirurgia e a mesma disse que não, disse que a cirurgia era complexa para realizarmos ali: e era mesmo, já que a clínica não contava

²⁷ Procedimento onde, por meio do uso de brocas, se fragmenta o elemento dentário em diversas partes, facilitando sua remoção.

²⁸ Procedimento onde, por meio do uso de limas ou brocas, se remove uma quantidade de osso alveolar de sustentação de algum dente, facilitando sua remoção.

²⁹ Semelhante a osteotomia, mas com a finalidade de devolver ao osso alveolar o formato mais perto do original possível, garantindo, por exemplo, saúde periodontal naquela região cirúrgica.

nem com um sistema de sucção que prestasse, e que não se sentiria a vontade de realizar o procedimento pelo simples fato de não saber se iria conseguir terminá-lo. Foi sincera.

Me ofereci para realizar a cirurgia por ser meu trabalho e por estar realizando um curso de cirurgia oral menor³⁰ que me capacitava para aquilo. Além disso, serei sincero, queria me testar e como sabemos, não há melhor lugar que o SUS para treinarmos nossas mãos em procedimentos caros que depois realizaremos em nossos consultórios particulares.

Cirurgia realizada, dente extraído, a paciente volta a chorar:

- Que foi? Acabou! Tá chorando por quê?

Deusisdeine diz que, se não tivéssemos “arrancado” o dente ali, ela teria ido ao Jacarezinho realizar o procedimento em uma clínica particular de lá, mas que tem medo e que não tem certeza se as pessoas que lá atendem são realmente dentistas:

- A anestesia nunca pega lá Doutor, é impressionante. Nunca pega. É tudo com dor.

O consultório dentário é um dos locais onde mais vemos pacientes chorando em locais que prestam cuidados. Lembro que o psicólogo residente que trabalhou comigo, Rui, uma vez me disse isso:

- Neves to impressionado com a quantidade de choro com a qual vocês convivem cara. É o dia inteiro gente chorando cara. De dor, tristeza, mas também alegria!!!

E é mesmo. Bem-vindo ao meu mundo.

Fica claro para este trabalho, corroborando o que dizem Emmerich e Castiel (2013), que a prática odontológica atual é uma continuidade das construções representativas histórico societárias que a formaram. Dessa forma, nós da saúde bucal coletiva tentamos emular um novo comportamento/prática através de um discurso, políticas ou teorias a partir da qual o objeto de que trata a odontologia seria algo “coletivo, sistêmico, biopsicossocial, individual ou paradigmático” (pág. 71), mesmo entendendo que estamos inseridos dentro de uma realidade cada vez mais mercadológica, esteticamente espetaculosa e onde ainda se mantém a visão hegemonicamente biológica no que tange fatores associados a doenças, especialmente no âmbito odontológico. Chama a atenção dos autores, e corrobora minha experiência de trabalho, ainda o fato de querermos construir algo coletivo a partir de uma realidade extremamente individualizante, individualizada e individualista, e na qual as relações/processos de trabalho

³⁰ No âmbito particular, sem auxílio ou incentivo da SMS ou OS.

são fortemente hierarquizadas e extremamente verticais como é o caso da realidade do cirurgião dentista.

Para Emmerich e Castiel (2013), a saúde bucal coletiva e a mitologia grega de Sísifo possuem muitos aspectos parecidos. Quanto mais carregamos o peso para cima, quanto mais andamos para o topo da montanha, quanto mais subimos o caminho difícil que é garantir saúde bucal a uma população de tantas maneiras aviltada, mas alta é a queda subsequente, e todos os esforços para subir devem ser refeitos, o esforço repensado, o trabalho realizado sendo “re-realizado”. O enxugamento de gelo com todo uma nova roupagem humanizada. O caso dessa paciente demonstra bem isso. Quantos dentes poderiam ser salvos com um tratamento de canal mas por estarem fora do protocolo são extraídos? Quantos dentes que deveriam ser extraídos são ignorados por incapacidade técnica ou de estrutura³¹ dos consultórios dentários nas CF's? As clínicas da família devem ser capazes de resolver pequenas emergências, mas, e as nem tão pequenas que não se enquadram em grandes. E o que fica no meio do caminho? E o que não cabe no protocolo? Problemas, e pessoas, deixadas de lado. Não devemos negar acesso, devemos ser mais resolutivos, ou devemos seguir os protocolos e não devemos extrapolar a “carteira” de serviços da atenção primária? No caso da odontologia esse pensamento duro é especialmente cruel visto que o acesso aos níveis especializados de atendimento é limitado por demais. Ou seja, ao negarmos o cuidado no nível primário de atenção, que muitas vezes realmente não “caberia” a ele, só resta aquela pessoa recorrer ao atendimento particular. No meio de tudo isso que venho escrevendo neste trabalho, a saúde bucal coletiva me parece uma construção ainda distante de ser alcançada seja pela estrutura física, seja pelos profissionais que, teoricamente, a compõe.

Por exemplo, uma vez que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem se expandindo no Brasil como política da Atenção Básica à Saúde, há uma corrida desenfreada pelo coletivo de cirurgiões-dentistas a cursos de aperfeiçoamento e especialização nessa área para conseguir um emprego. Perguntamos: esse é o profissional de saúde ideal para o SUS? (EMMERICH, 2009, p. 340).

As políticas de saúde pública no Brasil não atendem frontalmente as demandas de quem as usa, mas sim desejos corporativos e seus representantes. Descolonizar a história da

³¹ Lembro de uma vez enquanto residente em que um dos consultórios dentários da clínica ficou parado por 5 meses devido à falta de manutenção do equipo odontológico que estava parado. Em outro momento, já como dentista contratado, ficamos mais de 1 mês sem consultório por falta de foco de luz, aquela luz da cadeira do dentista. Em outro momento atendemos por mais de 1 mês sem sugador funcionando, ou seja, sem nenhum tipo de sucção de saliva. Sugadores cirúrgicos, capazes de sucção de sangue para auxiliar em cirurgias, nunca foram colocados nos consultórios, um dos dentistas possuía um particular que deixava na clínica para casos de extrema necessidade ou quando o mesmo resolvia realizar uma cirurgia quebra galho em algum parente ou funcionário.

odontologia no Brasil significa entender e estranhar seus próprios e importantes momentos de definição acerca de pôr quem, como, e para quem seriam prestados esses serviços.

5 NECROPOLÍTICA

5.1 COTIDIANIDADES DO ABSURDO: O HAITI É AQUI

De ladrões mulatos
E outros quase brancos
Tratados como pretos
Só pra mostrar aos outros quase pretos
E são quase todos pretos
Como é que pretos, pobres e mulatos
E quase brancos, quase pretos de tão pobres são tratados...
O Haiti é aqui.
 (Haiti - Caetano Veloso e Gilberto Gil)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma construção brasileira que reflete valores e necessidades históricas de nossa sociedade, em que pese os princípios e diretrizes do mesmo buscando assegurar uma política pública solidária. Dessa forma é possível supormos que no amálgama de ideias que fizeram parte de sua origem estrutural, mesmo que não de forma consciente, estivessem presentes os mesmos interesses racistas e classistas que marcam nossa sociedade em geral. Desde sua criação, o processo de implementação e expansão do SUS não foge à realidade na qual se insere.

Nos próximos um ou dois parágrafos tomo a liberdade de fazer breve explanação sobre a saúde coletiva, ou mais especificamente sobre a saúde bucal coletiva dentro do movimento da saúde coletiva e da reforma sanitária. Para Narvai e Frazão (2008) a saúde bucal coletiva é um marco teórico novo, diferente da odontologia e quaisquer outras modalidades que tenham surgido da mesma até então. Apresentam-na ainda como sendo parte indissociável do movimento de saúde coletiva que se constrói no Brasil a partir do processo da Reforma Sanitária. Para esses autores, a saúde bucal coletiva possui como objetivo primordial e destacado o de assegurar acesso a saúde bucal para todos os brasileiros em seus mais complexos e variados níveis de atenção, consoando os princípios da universalidade e integralidade do SUS. Atuar socialmente, biologicamente e psicologicamente no intuito de criar determinadas condições de saúde bucal que possam favorecer nossa população a um completo bem-estar a partir de ações coletivas e individuais.

A própria discussão de uma saúde bucal coletiva já me pareceu, em algum momento de minha caminhada, algo deveras teórico e acadêmico, sem muita associação com o mundo prático. No entanto, novamente apoiado em Emmerich e Castiel (2013), podemos encontrar pistas de que essa é na verdade uma discussão política visto que, é a partir da criação de algo novo que se balizara a luta a partir de então, contra aqueles que sabidamente desejam uma odontologia de mercado capaz apenas de suprir as demandas de uma sociedade consumista dentro de um mundo capitalista. A saúde bucal coletiva se coloca então como algo realmente novo, diferente e se deseja capaz de gerar, ao menos, uma “crise de identidade” em sua irmã mais velha.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2015, a população negra respondia por 80% da população exclusivamente usuária do SUS. A PNS 2015 foi a primeira com detalhamento por raça e cor, e revelou que a discriminação no SUS é mais sentida por negros do que brancos: 9,5% dos brancos atendidos revelam essa sensação, enquanto entre negros (11,9%) e pardos (11,4%) esse percentual cresce (MS, 2019). Os negros apresentaram também desvantagem em todos os quesitos pesquisados: menos consultas com médicos e dentistas, menos acesso a remédios prescritos na consulta, maior prevalência de dengue, mais problemas de saúde que impedem a alimentação, menos acesso a planos de saúde, e pasmem, menor frequência no uso de escova de dente, pasta e fio dental. Em suma, os números indicam que a população negra é a que mais precisa do SUS, porém é a que tem menos acesso.

Seguindo na investigação da PNS 2015 encontramos que em 2004, 62.659 mulheres morreram em decorrência do parto, das quais 47% eram brancas e 43%, negras (a soma de pretas e pardas). Dez anos depois, em 2014, 63.408 mortes foram registradas. Destas, 42% eram brancas, e 53%, negras. Em um período de dez anos, houve um aumento nesta causa de mortalidade, mas com um impacto desigual: enquanto a condição da parcela negra piorou, a da branca melhorou.

Percebe-se então que a posição do negro enquanto usuário do SUS é uma posição no mínimo frágil. Se por um lado é quem mais precisa, por outro tem mais dificuldade em acessar o serviço e realizar um tratamento de maneira adequada. As políticas públicas voltadas para essa parcela da sociedade são ainda incipientes para apagar-se a dívida histórica que existe.

Durante o movimento da reforma sanitária, a odontologia brasileira se organizou e traçou diretrizes para o que viria a ser a nova saúde bucal pública brasileira. Entre essas diretrizes, encontramos a seguinte: “opor-se radicalmente às práticas mutiladoras, denunciando e desmascarando as posições elitistas que as justificam” (NARVAI e FRAZÃO, 2008, p. 105).

Essa resolução nunca foi seguida no SUS. As mutilações ³²foram e são ainda tratamento corriqueiro, sendo essas muitas vezes a única solução viável devido à falta de profissionais especialistas e de protocolos executáveis. Para piorar, os usuários não recebem nenhum tipo de tratamento protético reabilitador após a extração dentária. O padrão de alta dos pacientes que passam pela saúde bucal do SUS é o de corpos mutilados e aptos ao trabalho, em um mecanismo que relembra os tempos de escravidão.

Os centros de referência de especialidade odontológica surgem com a ampliação de políticas públicas de saúde a partir de março de 2004 com o início do governo do Partido dos Trabalhadores. A partir desse marco podemos dizer que, em parte, a população mais pobre do Brasil passou a ter acesso a tratamentos odontológicos mais especializados e complexos incluindo aí a prótese³³ e a endodontia³⁴ (Emmerich e Castiel 2013). Essa política surge como resposta aos dados epidemiológicos publicados pelo projeto SB Brasil em 2003 que indicavam que 20% da população brasileira já havia perdido todos os seus dentes. Dados de 2010 divulgados pela Pesquisa Nacional de saúde bucal – SB Brasil 2010 indicaram melhora no acesso da população aos serviços odontológicos, especialmente tratamento de cárie, o que gerou redução no número de dentes perdidos entre os brasileiros. Ainda segundo a mesma pesquisa, mais de 3 milhões de idosos necessitam de próteses totais superiores e inferiores e outros quatro milhões de próteses totais parciais em uma das arcadas (Emmerich e Castiel 2013).

Em relação à denúncia e ao desmascaramento de posições elitistas, a odontologia brasileira parece estar engatinhando morosamente ainda hoje, 30 anos após a reforma sanitária tomar forma em nosso país. O clássico paradoxo odontológico – quanto mais se vai ao dentista, mais dentes se perde – ocorre tanto no âmbito particular quanto no público, porém, é no SUS que faltam as soluções do ponto de vista da reabilitação protética, o que pereniza um lugar comum no Brasil: dente é para quem pode!

5.2 COTIDIANIDADES DO ABSURDO: NECROPOLÍTICA RJ

Oferenda

³² Amputação, remoção de alguma parte do corpo, nesse caso um órgão: o dente. Pode ser necessária em caso de necessidade absoluta, quando uma cárie já atingiu a raiz em seu nível ósseo, por exemplo, o que não é uma realidade na maior parte dos casos na odontologia. Por exigirem um certo grau de habilidade e equipamentos, essas cirurgias são muitas vezes sistematicamente adiadas pelos dentistas da APS, que não encontram respaldo nas regulações para resolverem esse tipo de casos.

³³ Confecção de dentaduras.

³⁴ Tratamento de canal.

Farofas e Manjares
Dádivas alheias
A força do falado
Grãos de areia, grãos de areia
E flores, as flores
De plástico biodegradável
Garrafas boiando no mar.
É a força do que seja
É a busca da extinção
 (R. Neves, 2022)

Joseph Achille Mbembe é um filósofo, historiador e teórico político. Camaronês de nascimento, obteve seu Ph.D. em história na Sorbonne de Paris, França. Seus principais pontos de investigação são a história da África, o pós-colonialismo e as ciências sociais. Para cunhar o conceito de necropolítica dialogou diretamente com o conceito de biopolítica de Foucault como se verá adiante. O autor cita Agamben quando diz que os campos de concentração da Segunda Guerra foram “o lugar no qual se realizou a mais absoluta *condicio inhumana* que já se deu sobre a terra” (MBEMBE, 2019, p.8). Isso se devia ao fato de que nesses locais seus ocupantes eram desprovidos de direitos políticos e reduzidos a seus corpos biológicos. Perdiam o sentido de ser. Assim, o Estado de Exceção deixava de ser uma suspensão temporal do Estado de Direito e tornava-se a regra para aquela população.

Consoando os pensamentos de Mbembe (2019), buscamos traçar um paralelo entre os campos de concentração da Segunda Guerra e a realidade passada e atual das favelas da cidade do Rio de Janeiro, onde foram revogadas as condições humanas e aberta a temporada de caça pelo Estado de forma permanente e já há bastante tempo. Apesar de pequenas mudanças institucionais que ocorrem de tempos em tempos, ao sabor dos ventos partidários, o projeto nacional de desenvolvimento que permanece reservado para esses territórios é bem conhecido de sua população desde as caravelas até os caveirões.

Ao pretender nos debruçarmos sobre a realidade socioespacial do território de Manguinhos, é preciso breve contextualização do mesmo e da sua população. Assim, no processo de observação da comunidade, ou de qualquer favela carioca, estão inerentes os fatores

condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral, sendo a negligência dos mesmos uma forma de apagamento do que não se deseja mostrar.

O adensamento populacional do Rio de Janeiro pós chegada da corte portuguesa, se deu por ordem com o fim da guerra do Paraguai, a abolição da escravidão e o retorno dos soldados da campanha de Canudos. A cidade, no entanto, não se mostrava preparada para receber um grande aporte populacional, sofrendo com profundos surtos de peste e febre amarela, dengue e todo tipo de doença associada a falta de saneamento básico. Grandes obras nas áreas do centro da cidade em associação às questões econômicas e do pensamento médico-higienista culminaram com destruição das casas populares, os cortiços, no final do séc. XIX, e nos primeiros anos do século XX, ocasionando deslocamento populacional e ocupação de morros e encostas e de outras áreas, como os manguezais, por uma grande parcela da população, sendo importante percebermos que alguns desses locais já contavam com ocupações, no que podemos chamar de quilombos periurbanos (CAMPOS, 2012).

A história do Rio de Janeiro é *sui generis*, no que tange à configuração das favelas em um projeto secular de Estado que englobou diferentes momentos sempre, no entanto, marcados pelo impedimento em relação às populações de baixo poder aquisitivo, especificamente aos negros, de terem acesso ao solo urbano ou rural. Novamente, o Estado brasileiro, na ausência de políticas públicas que garantissem emprego, moradia e estrutura urbana para essa população que vinha chegando a cidade, atuou como um dos fatores que contribuíram para que ocorressem processos de ocupação “desordenados” nas terras “sem dono”, denominados em um primeiro momento como quilombos ou mocambos e mais atualmente rebatizados como favelas (Campos, 2012). São espaços demarcados, colocados à margem da cidade como zonas de exclusão, manchados pela desigualdade socio/racial, mesmo que intrínsecos e posteriormente territorializados, englobados, engolidos e as vezes cuspidos pelo espaço físico da cidade que não para, só cresce.

Particularmente em relação à ocupação da região de Manguinhos, que se localiza na zona norte do Rio de Janeiro às margens da Baía de Guanabara, ela se aprofunda entre as décadas de 1920 e 1940, atrelada a vários determinantes político/sociais, além da abertura de eixos viários (Avenidas Leopoldo Bulhões e Brasil, Rodovia Rio-Bahia) e aterramento das áreas marginais à Avenida Leopoldo Bulhões e aos rios que cortam a região. Manguinhos foi estratégica no capitalismo industrial que se desenhava para o Brasil devido a sua proximidade do centro da cidade e da região portuária, fato que contribuiria para a instalação de diversas fábricas e serviços no local como a GE Eletrônica, a CCPL Laticínios, uma sede dos Correios Brasileiros e a própria Fiocruz. A política econômica e a industrialização implementada na

década de 1950 promoveram uma profunda migração de população nordestina também excluída do direito a terra (Campos, 2012), gerando um adensamento populacional nas favelas que tentavam ao seu próprio modo “acomodar” a todos, tendo sido relatado a colegas da equipe no período da Residência, por exemplo, o fato de no Jacarezinho haver casas comunitárias para receber os imigrantes nordestinos recém-chegados.

Dessa forma, Mangueiros foi ocupada e se apresenta hoje como um mosaico de moradias populares que se instalaram devido a ações individuais e em grupos, ou por meio de políticas públicas habitacionais, desenhando uma tela que contrapõe o abandono e uso do seu espaço pelo Estado e a constante luta por melhorias nas condições de vida de uma população historicamente aviltada de seus direitos. Seu nome, Mangueiros, aponta para uma área de manguezal, característica pouco vista hoje em dia em função do intenso aterramento sofrido pela região, tendo sido o primeiro este de que trata o trecho a seguir:

...urbanização da orla da Baía de Guanabara que atingiu o estuário de Mangueiros, com seus 12 quilômetros de superfície, a partir da segunda década do século XX. Esse empreendimento, executado pela Empresa de Melhoramentos da Baixada Fluminense, ocorreu entre 1821 e 1831, aterrando 1.800.000 metros quadrados e destruindo cerca de dois quilômetros de manguezais (CAMPOS, 2012, p. 105).

O complexo de Mangueiros ocupa a 122^a posição³⁵ no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade do Rio de Janeiro, fato que o coloca entre os cinco piores da cidade. O índice avalia as condições de vida de uma população a partir das dimensões de educação, renda e saúde. Situações de vulnerabilidade são usualmente vistas e confrontadas pelas equipes de saúde da família como por exemplo: famílias que vivem em áreas com risco de desabamento, alagamento ou próximas a linhas de alta tensão; famílias que vivem em barracos de madeira, sem janela e/ou coleta de lixo; esgoto a céu aberto; lixo acumulado em lotes vagos; animais soltos, incluindo porcos, cães, gatos, cabras, bodes, galinhas, etc.; falta de urbanização das ruas do bairro, intensa proliferação de ratos, moscas, mosquitos e baratas ou a rápida degradação das obras do P.A.C.. Um dos principais problemas identificados no território é o alto índice de evasão escolar. Segundo perfil traçado pelo Programa Aluno Presente, da secretaria municipal de educação do município do Rio de Janeiro, 136 crianças e adolescentes estão fora da escola. Deste grupo, 31% têm idade entre 12 e 13 anos de e 40% deste total são negros (pretos e pardos) sendo que 1/3 das famílias destes, recebem entre 1 e 2 salário-mínimo como renda total familiar ainda segundo a mesma pesquisa.

³⁵ Fonte: <http://www.conhecendomangueiros.fiocruz.br/?q=node/94>

Almoçava sozinho sentado em um banco de madeira localizado na frente da biblioteca parque de Manguinhos. Gostava de comer lá fora, menos gente me olhando, sem ar-condicionado pra me dar sinusite e com a possibilidade de um revigorante cigarro ao final do almoço. Era um dia agradável de outono e o sol estava encoberto por nuvens, o que possibilitava minha permanência naquele quase deserto de concreto que atende pela alcunha de Praça do PAC ou ainda antigo DESUP (localidade de Manguinhos³⁶). Enquanto comia, dois meninos que deviam ter lá seus entre 9 e 12 anos se aproximaram de mim, aparentemente curiosos com a minha figura, que claramente não pertencia àquele local. Cumprimentei-os com boa tarde e fui automaticamente respondido por ambos. Perguntaram o que eu fazia ali e disse que trabalhava na clínica da família. Perguntei se conheciam. Disseram que sabiam sim onde ficava a UPA da família. Ri pra dentro. Ganharam intimidade e se seguiu o diálogo:

- Tio você não faz um favor pra gente não?

- Dependendo do que for, faço sim... Diga lá.

- Tio o que está escrito aí nesse cartaz. – Apontou para o letreiro que anunciava os filmes em cartaz no Cine Manguinhos, mais uma obra do PAC que não está mais em funcionamento.

- Tá escrito Mad Max. 16:30 e 19 e 30. Sacou?

- Tio, tio, o que quer dizer 16 e 30 e 19 e 30 ?

- São as horas da apresentação. 16 e 30 é 4 e meia da tarde. 19 e 30 é sete e meia da noite.

- Ah.. entendi Tio. E esse filme Mad Max é legal?

- Não sei. Não vi ainda. O ingresso aqui é barato. Acho que vou ver aqui... Vocês não estão no colégio não? Não ensinaram vocês a ver hora no relógio?

- Eu to no colégio Tio! – Disse o mais baixo com orgulho.

- Eu não to não... Não tem quem me levar e buscar. – Completou o mais alto.

Fim da hora de almoço.

Esse modo de funcionamento do Estado guarda coerência com um processo de desumanização enraizado:

³⁶ Por se tratar o terreno em questão de um antigo depósito de suprimentos do exército, cedido pelo mesmo para o governo do Estado e Prefeitura do Rio durante o PAC.

A imagem mais difundida da representação das populações negras e de suas formas de produção social se dá a partir de parâmetros coloniais, racistas e ocidentais. Esses parâmetros elegeram e elegem o modelo branco, eurocentrado como referencial de normalidade. Sobre a questão do ser negro a partir de uma lógica hierarquizada em que os referenciais brancos ocidentais ocupam o status superior, Fanon torna a nos dizer: ‘Há, na ‘Weltanschauung’ (cosmovisão) de um povo colonizado, uma impureza, uma tara que proíbe qualquer explicação ontológica. Pode-se contestar, argumentando que o mesmo pode acontecer a qualquer indivíduo, mas, na verdade, está se mascarando um problema fundamental. A ontologia, quando se admitir que uma vez por todas ela deixa de lado a existência, não nos permite compreender o ser do negro. Pois o negro não tem mais de ser negro, mas sê-lo diante do branco. Alguns meterão na cabeça que devem nos lembrar que a situação tem um duplo sentido. Respondemos que não é verdade. Aos olhos do branco o negro não tem resistência ontológica. De um dia para o outro, os pretos tiveram de se situar diante de dois sistemas de referência. Sua metafísica ou, menos pretensiosamente, seus costumes e instâncias de referência foram abolidos porque estavam em contradição com uma civilização que não conheciam e que lhes foi imposta’ (RUFINO, 2014, p.99).

Desde o período colonial, a redução do diferente a uma condição sub-humana foi traço corriqueiro expresso nos grandes massacres das populações nativas, que eram aceitos em nome de uma suposta guerra civilizatória. Mbembe (2019) prossegue afirmando que esse traço permanece se distinguindo seja no imaginário político europeu ou no pensamento filosófico moderno: “a colônia representa o lugar onde a soberania consiste fundamentalmente no exercício de um poder à margem da lei (*ab legibus solutus*) e no qual a paz tende a assumir o rosto de uma ‘guerra sem fim’” (p.32). No cenário carioca, o rosto é pintado de guerra às drogas, sendo aceita e executada por nossa sociedade, materializando o fim do direito à vida e a colonização dos territórios pobres.

Nesses territórios, o Estado responde a ações ilegais com ações que não cumprem as leis (*ab legibus solutus*), reforçando uma espécie de Estado paralelo e cultura política segundo a qual o cumprimento da lei não é dever de todos. Em geral, tendemos a pensar que apenas a Polícia Militar cumpre essa lógica, mas isso não é uma verdade absoluta. O próprio funcionamento da CF utiliza como parâmetro um protocolo de nome “acesso seguro” no qual são designadas cores que sinalizam se haverá paralisação do expediente da clínica em decorrência de alguma ação violenta que aconteça no território. Em teoria, os funcionários que moram no local seriam os primeiros a serem ouvidos e teriam participação atuante na decisão final sobre a abertura e/ou fechamento ou não da clínica. Na prática, hierarquização da decisão pela gestão e histórias que deixariam qualquer trabalhador de cabelo em pé, como tiros entrando na clínica sem paralisação do funcionamento da mesma. Definições protocoladas de que o expediente só seria interrompido se rajadas de tiros vindo de helicópteros, granadas, ou barricadas com veículos pegando fogo estivessem acontecendo no “território”, eram expostas no corredor comum da clínica como uma espécie de “orientação” aos funcionários.

Sob o *jus publicum* (ordem jurídica), é do Estado a prerrogativa de declarar guerras (MBEMBE, 2019). Dialogando com o conceito de biopolítica de Foucault, Mbembe discorre sobre o Estado como detentor do poder de vida e de morte sobre seus cidadãos. Em uma guerra, reside sob o Estado a centralidade enquanto unidade política, princípio de organização racional e símbolo de moralidade. Dessa forma, os territórios onde não existe a presença do Estado e onde a guerra irá se desenrolar, são semelhantes a “colônias” no sentido de que seus habitantes são selvagens que não vivem de acordo com os códigos e leis da nossa sociedade. Nesse cenário, mais do que disciplinar corpos por meios de seus dispositivos para torná-los docilizados como defendia Foucault, o Estado agora exerce a sua soberania através da criação dessas zonas disciplinares de morte onde o exercício de resistência pode ser um jogo de vida, ou morte, para aquelas populações.

Assim como os territórios coloniais descritos por Mbembe (2019), as favelas cariocas também “não criaram um mundo humano” (p. 34). Parece-nos que as favelas cariocas poderiam ser descritas como territórios neocoloniais. Seus exércitos e guerras não são regulares. Nessas guerras que estamos chamando de neocoloniais, não se respeita o outro como humano, pois não nos identificamos com esse outro. Não estabelecemos distinção entre inimigos e criminosos. Sendo assim, é impossível firmar a paz com eles. Trata-se de zonas em que a violência do Estado de Exceção opera supostamente a serviço da “civilização” (MBEMBE, 2019), e que no Rio de Janeiro temos visto funcionar como o apêndice de uma cidade partida. Nesses territórios, onde predomina uma população preta e pobre, o Estado faz mais gestão da morte do que gestão da vida – estas ficam relegadas a pequenas ações e políticas pontuais como as Clínicas de Saúde da Família.

Analisando a construção desse Estado de Exceção permanente, a escravidão não pode e não deve ser ignorada visto que o simbolismo do pertencimento dos corpos negros por senhores brancos ainda não se desfez por completo em nossa sociedade. No Rio de Janeiro o conglomerado Estado, mídia e sociedade civil continuamente se refere e apela à Exceção, à emergência e a uma noção ficcional do inimigo (LUCAS, 2018). Buscamos uma aproximação com nossa questão de pesquisa, indagamos: como isso se materializa no cenário do SUS carioca? De que forma essa construção objetiva e subjetiva – de que determinados corpos e vidas valem menos – se incute em nossas práticas? De que forma se naturaliza, em um atendimento odontológico público, o fato de que ali só se “arrancam” dentes, mas não se “colocam” dentes? De que modo e por que aceitamos o fato de que para aquela população aquele “cuidado” já basta?

- Tá aqui a chapa que você pediu pra eu fazer Rodrigo.

- Valeu! Deixa eu dar uma olhada.

Cinco minutos olhando uma película de “radiografia panorâmica” onde não se podia ver nada além de vultos.

- Cara, mas a radiografia tá ruim demais, como os caras te liberaram isso?

- Não sei. Só sei que tiver que ir lá na Ilha do Governador pra fazer. Será que vai ter que repetir?

A resposta era óbvia, mas não a dei.

- Poxa, aí quebra. E agora “Doutor”?

- Rapaz, vou ver o que dá pra fazer aqui com isso.

Não dava para fazer nada. Entrei em contato com a prefeitura.

- Bom dia, me chamo Rodrigo, o caso foi esse [explico o caso], tem como o paciente refazer o exame sem precisar esperar na fila do SISREG (sistema de regulação) novamente, porque foi um erro liberarem o exame pra ele com essa qualidade aqui.

Mando foto no zap mostrando o “exame” do paciente para comprovar a falha.

- Oi Rodrigo tem sim, pede para ele ir ao hospital, fica ali em Botafogo. Lá é digitalizado o exame, não tem como dar errado.

- Está ótimo, muito obrigado. Fico muito grato. Vou mandá-lo amanhã no horário combinado. Bom dia.

O que poderia dar errado em um exame digitalizado, pensei eu em minha vã inocência. No dia seguinte o paciente retorna no final da tarde trazendo um disco compacto (cd) nas mãos. Tudo bem, vai ver não tinha papel para imprimir o exame lá.

Pego o CD, coloco no computador. O computador lê, pensa um pouco, para. Nada. Nada. Nada. Chamo uma colega na sala ao lado. Posso estar ficando maluco. Nada. Nada. Nada. Ligo para meu contato na prefeitura.

- Rodrigo desculpa, mil perdões. Está tendo um problema lá que não estava copiando mesmo os exames para os cd's. Pode pedir para o paciente voltar lá amanhã para buscar?

Eu pedi. O paciente não voltou.

O caso é que dava para ver, de forma muito precária na imagem, um cisto residual já bem grande na maxila. Não havia tempo a perder. Encaminhei o paciente ao CEO com o exame físico mesmo. Retornou sem realizar o procedimento e na contrarreferência dizia: a radiografia está muito ruim, favor mandar repetir.

Dona Francisca tem 54 anos. Mora ali nos predinhos do DESUP, na praça do PAC de frente para a clínica. Seu pai morou durante toda sua vida na Av. Dom Helder Câmara no conjunto dos ex-combatentes, tendo sido um pracinha do exército brasileiro na segunda guerra mundial.

- Mas quando volta a fazer as chapas³⁷ aqui na clínica “doutor” Rodrigo?

- Acho que não volta mais não Dona Francisca.

-Não, mas não é possível! Eu cheguei a fazer o molde e tudo Rodrigo.

-Isso já tem uns bons 10 meses Dona Francisca. Acho que não vai voltar mais. Era um projeto piloto que acabou.

-É acabou, mas a nossa falta de dente não acaba não né. E acabou porque Doutor?

-Disseram que acabou o dinheiro. Mandava fazer as dentaduras lá em Minas Gerais porque “era mais barato”.

Dona Francisca coloca a mão na frente do rosto para rir, hábito espontâneo que carrega devido à falta de incisivos centrais superiores desde seus 19 anos.

5.3 COTIDIANIDADES DO ABSURDO: BRANQUITUDE, CULPA E HIERARQUIZAÇÃO

Na saúde aparecem com muita força os impactos da falta de outras dimensões materiais como moradia, saneamento básico, emprego, renda, alimentação adequada, estrutura familiar etc. Problemas esses que, sabemos por dados e vivências, afetam mais a população negra. É a partir daí que se operou, a meu ver, uma naturalização no setor saúde, e mesmo no campo de saber da saúde, da resiliência/resistência de trabalhadores e usuários em um mecanismo cruel e que opera claramente dentro de um viés culpabilizante, hierárquico e de branquitude.

Neste capítulo tratarei de inverter a lógica que guiou o trabalho até aqui. Ao invés de utilizarmos histórias, casos e memórias para exemplificarmos conceitos e questões mais teóricas, faremos o inverso. Será a partir das histórias que buscaremos analisar conceitos e estratégias da branquitude que podem surgir ali, nos meandros e vísceras do mundo real.

³⁷ Os pacientes chamam tanto as radiografias quanto alguns tipos de dentaduras de chapas.

Neste processo traremos à tona elementos, figuras, personagens, locais que tantas vezes são deixados de lado, ou tratados de forma romantizada.

Tomou impulso com os pés e cravou os pequeninos dedos pretos das mãos em um estreito buraco de um tijolo do muro no instituto de abrigamento de menores. O último de quatro meninos a conseguir fazer o caminho. Era alto para alguém de seis anos e não lhe faltava forças nos braços compridos e magricelos. Subiu com a agilidade de uma aranha pelo muro e, ao chegar ao topo, apenas pendeu o corpo para o outro lado e deixou-se ir livre. Qualquer coisa poderia acontecer, menos permanecer ali.

Ao ganharem a liberdade, já do outro lado do muro, um pequeno machucado, e cada um correu pra um lado. Tentou junto com um colega um pouco mais velho, também de Manguinhos, pensar em um jeito de chegar em casa. Mas para qual casa iria? Já morou em tanta casa que nem se lembra mais e nunca morou com os pais.

Resolveram se afastar do local da fuga e parar em algum ponto de ônibus “grande” e movimentado; fizeram isso. Pediram informação; receberam. Sentiram fome; sentiram. Já estavam a algumas horas sem comer e suas barrigas doíam e roncavam. Estavam acostumados.

Fizeram sinal. Um ônibus parou. Subiram já explicando que queriam ir “para o Manguinhos”. O motorista, um tipo estiloso com bigode fino aparado na navalha, perguntou os seus nomes e não obteve resposta, não por falta de educação mas senão por timidez do mais velho e ignorância em relação ao seu próprio nome do mais novo:

- Fala seu nome aí po... Vou dar carona pra vocês até o Manguinho mas qual o nome de vocês? – Insistiu o piloto cobrador.

- Tio eu me chamo Aílton, esse aí é o Yuri. – Respondeu o menino mais velho vencendo a timidez por pura necessidade.

- Tio eu não lembro como eu me chamo, não é nada desse nome estranho aí não. Yuli!! Não é. – Completou o mais novo com problemas na dicção.

- Yuri!! – Corrigiu o trabalhador, rindo na sequência. O menor se incomodou e fechou a cara.

- Nunca me chamaram assim. Esse não é meu nome.

- E como te chamavam moleque?

- Chamava de... Chamava de filho!!

- Filho não é nome!!! – Corrigiu Aílton rindo as gargalhadas.

Yuri, utilizando a sagacidade que lhe era quase uma condição de sobrevivência, riu junto adaptando-se e transformando uma situação desconfortável em algo que poderia render-lhe algumas risadas e momentos divertidos.

- Então qual seu nome moleque? – Perguntou o piloto.

- Sou Sem Nome!!! – Respondeu com firmeza e abrindo um sorriso.

- A família de vocês sabe onde vocês estão Sem Nome? – Insistiu o condutor.

- Não sabem, mas a gente tá indo pra casa Tio. – Disse Sem Nome.

- Entendi, então tá beleza, demorou! – O piloto sentiu-se aliviado e preocupado ao mesmo tempo.

Saltaram no ponto da Avenida Dom Helder Câmara esquina com a rua do PAC em frente aos predinhos chamados de Ex-combatentes, conjunto habitacional construído para abrigar militares que voltaram da segunda guerra mundial. Aílton, pouco antes do coletivo parar, havia reconhecido o colégio do DESUP (localidade de Manguinhos) aonde seu irmão mais velho estudava: o Compositor Luiz Carlos da Vila, conhecido entre os moradores de Manguinhos pelos policiais armados de fuzil que circulam por seus corredores.

Andaram a esmo naquela direção durante algum tempo. Passaram pela UPA, pela CF, pelo Centro de referência da Juventude, Casa do Trabalhador, Casa da mulher, Centro de Atenção Psicossocial, Academia Carioca e Biblioteca Parque ocupando-se de qualquer coisa e distraíndo-se com nada diversas vezes. Pararam na pista de skate em frente a biblioteca e ali ficaram durante algumas horas até serem reconhecidos por uma vizinha da avó de Aílton, que alertou a mesma aonde seu neto, pretensamente abrigado, se encontrava naquele momento.

Foi decidido pelo conselho tutelar que Ailton ficaria na casa de sua avó, que se mostrou disposta a responsabilizar-se por ele. Quanto ao Sem Nome, ninguém se responsabilizou. A clínica da família acionou novamente o Conselho Tutelar que encontrou alguns de seus parentes, mas eles não se mostraram dispostos a cuidar do garoto. Resolvido: abrigado novamente.

Despediu-se de sua irmã, única pessoa que parecia se importar com ele, e entrou no carro do conselho choroso, acompanhado de perto pela equipe técnica que cuidava da área aonde o menino Sem Nome residiu um dia. Dois médicos, enfermeira, assistente social, psicólogo, conselheira tutelar... todos participando da despedida entre o menino e o que entendera enquanto vida até ali. O Estado, ausente desde antes de seu nascimento, apresenta-se em peso para, em nome de uma pretensa proteção, acabar de abandonar essa criança. A própria Clínica da Família, por meio de seus funcionários, não se ausentou no momento de destruição de uma família.

As ações estatais voltadas para o povo preto são, quase sempre, violentas, abusivas e apresentam pouco, ou nenhum, resultado positivo. Sem Nome sentiu-se sozinho e, dessa vez, pensou ele, se fugisse não voltaria a Manguinhos pois ali não havia nada mais para ele.

Dez meses depois retornou após nova fuga, não queria ir para lá mas não conhecia o nome de nenhum outro lugar. Sua mãe depois de se prostituir por alguns meses na linha do trem, estava sumida e não era vista há algum tempo. Seu pai biológico se casara novamente, com uma mulher branca, tendo uma nova filha da qual cuidava com esmero nunca visto. Sua irmã também se tornara prostituta e não respondia mais por seu antigo nome, estava profundamente mudada e não mais se importava com Sem Nome. Senhor Pedro, a quem considerou durante um tempo como pai, havia morrido de cirrose 3 meses antes.

A Sem Nome sobrou o não querer, o não desejo, o não poder, o não estar, o não sentir, mas seguiu sendo algo que não sabia explicar bem por mais algum tempo. Havia aprendido uma lição dura para um homem negro de seis anos: Sem Nomes não podem querer.

A branquitude que opera através da coletividade racial branca dentro de um serviço público produtor de cuidados é geradora de distinções internas no próprio “ser branco”, ocasionando hierarquizações próprias segundo classe social, fenótipo, origem e regionalidades (KILOMBA, 2021; SCHUCMAN, 2014). Esse tipo de fenômeno é facilmente perceptível no funcionamento de um equipamento como CF dentro de um contexto como o do Rio de Janeiro: a ESF daqui é altamente hierarquizada em uma lógica colonial que evidentemente favorece os corpos mais brancos. É desse mesmo barro primordial que surgem os baianos, paraíbas, mulatinhos, os quase brancos, os galegos, as gringuinhas, os negões e as negonas, os doutores, os senhores e os Sem Nomes.

O racismo sentido pelos usuários e pelos profissionais negros das CF's cariocas é reiterado e cotidiano, podendo ser explicado pela branquitude ou seja, a construção do ser branco enquanto raça no Brasil. É baseado nessa experiência, e desse lugar, que ano após ano casos e mais casos de racismo acontecem onde o branco, ou quem se sente branco, fica muito à vontade para reencenar práticas coloniais racistas, como pude testemunhar diversas vezes.

Nesse fluxo, uma das possibilidades de gerarmos fissuras no que entendemos por branquitude seria um convívio não hierárquico não só entre profissionais e usuários, mas entre as diferentes classes profissionais dentro daquele local produzindo nos brancos, que ocupam os postos mais altos dentro deste cenário, uma espécie de necessidade em se ver/haver com suas

responsabilidades enquanto ocupante do “lugar do branco” físico, material e subjetivo, ou seja, a posição social que o branco ocupa apenas e tão somente por esse fato.

Passou a lâmina no rosto como fazia diariamente há 18 anos, desde que começou a trabalhar como técnico de enfermagem. Barba e bigode sempre feitos, cabelo sempre aparado. Um rosto são e sóbrio. Sem joias, correntes, óculos ou outros penduricalhos. A roupa na beca: camisa social, jaleco, gravata, calça de linho e sapato de couro. Olhou-se no espelho, um homem negro retinto, 46 anos, empregado, pai de família. Um homem de bem, cidadão respeitável. Em Manguinhos não passa de um alvo. Ele sabia disso, e evitava isso utilizando-se de sua sagacidade.

Pisou em uma poça de lama na entrada do conjunto habitacional conhecido como CCPL com seu sapato de couro preto recém engraxado. Suspirou fundo e seguiu, sabia que precisava coletar dois exames de sangue e realizar outras quatro visitas domiciliares. Ajeitou o nó da gravata na gola da camisa social que usava, eram 9 e 32 da manhã e o termômetro marcava 34 graus em Manguinhos. Suava abundantemente, entrou na casa do Sr. Rogério e conduziu as duas coletas. Recusou o café e pôs-se de volta na rua. Uma leve brisa bateu e ele se permitiu afrouxar um pouco o nó da gravata. Respirou. Faltam apenas mais quatro.

De repente, enquanto soltava o ar quente recém inspirado, foi abordado por 5 indivíduos armados que lhe pararam já afirmando:

- Bora Doutor, bora Doutor. É tu mesmo, é tu mesmo. – Afirmou um dos varejistas de entorpecentes.

- Amigos, bom dia. Não sou Doutor. Sou o Hélivio, técnico de enfermagem da clínica da família. Me visto assim justamente para evitar problema com a polícia – Tentou explicar.

- Irmão você não tá entendendo, você vem com a gente, agora. Com essa beca toda aí vai ter que resolver a parada! – Disse um rapaz apontando uma pistola para sua cabeça.

- Vamos. Qual o problema? – Disse Hélivio já mudando o tom de voz.

- Você vai ver quando chegarmos lá. – Respondeu outro rapaz já virando de costas e indicando o caminho a seguir.

Chegando ao destino, um apartamento localizado em um conjunto de prédios, um rapaz deitado em uma cama suja de sangue gemia alto e mostrava-se em péssimas condições a um primeiro olhar. Um grande buraco em seu ombro, ainda sangrando, não deixava negar que o

rapaz precisaria de cuidados de saúde muito mais especializados do que os que poderiam ser ofertados ali.

- Gente olha só, eu não sei quem vocês acham que eu sou ou o que vocês acham que esse rapaz tem mas é o seguinte, ou vocês levam ele pro hospital agora ou ele vai morrer. Simples assim. – Disse Hércio.

- Seguente meu irmão, ele é filho do dono. Vai deixar o cara cair assim?

- Amigo você não está entendendo o que eu falei? Isso aqui não é um filme. Não é seriado do Netflix não. Ele vai morrer. Entendeu?

O silêncio que se fez e durou por volta de 20 segundos foi ensurdecedor. Um dos rapazes, aparentemente mais calmo, concordou com Hércio e mandou que ele fizesse um curativo a fim de parar o sangramento para que eles o levassem até a UPA. Assim foi feito.

No fim de tudo, sua roupa de doutor serviu para acabar sequestrado como pretensão salvador pelo tráfico local. Na clínica da família, como sempre, Hércio foi chamado a atenção pois não compareceu à reunião de equipe e não realizou as quatro coletas que faltavam quando tudo aconteceu.

Passou gel no cabelo e ajeitou sua corrente de Nossa Senhora no pescoço. Preparou-se como alguém que vai à missa. Orou. Olhou-se no espelho: sua cor e suas feições nordestinas eram evidentes. Sentiu orgulho delas. Calçou seu melhor tênis pois sabia que iria, como sempre, andar bastante. Saiu pela porta e alcançou a rua, onde o sol escaldante já formava ondulações no horizonte as 7 e 15 da manhã. Levou sua filha ao colégio, beijou-lhe a testa e saiu em direção do trabalho de agente comunitário de saúde na clínica da família de Manguinhos.

Não longe de chegar a seu destino, aproximadamente a 500 metros da clínica, ao passar por debaixo do viaduto de Benfica, foi abordado por uma viatura da polícia militar. Pararam-no já apontado suas armas. Revistaram-no e pediram que tirasse sua mochila e a esvaziasse no chão. Relutou, tentou argumentar, tinha papéis e documentos relacionados a pacientes na mochila. Não adiantou.

Viraram a mochila de cabeça para baixo fazendo com que todo o seu conteúdo caísse de maneira desorganizada e esdruxula pelo chão sujo. Os policiais reviraram o conteúdo com os pés envoltos por seus coturnos pretos. Nada daquilo lhes interessava, era tudo por demasiado humano para que lhes apetecesse. Nessa hora lembra de ter pensado que o crachá de funcionário, a camisa do SUS, os 9 anos de experiência e trabalho naquele local de nada

valeram. Foi humilhado como qualquer outro usuário de crack seria naquele local, ou, talvez, não.

Durante a reunião de Equipe, sentava-se sempre com a sua postura ereta. Falava baixo e firme. Apenas respostas diretas. Não costumava faltar e conhecia com clareza a maior parte dos casos. Não respondia a provocações pois sabia que não valia a pena. Sabia que seu salário não pagava o que fazia e muito menos valeria se “levasse para o coração” todos os sapos que precisava engolir diariamente.

Lembrava-se de um dia no qual fizera sugestão acerca de um caso durante a reunião de equipe. Não lhe deram ouvidos. Percebeu que o dentista da equipe prestara atenção. Olhou-o nos olhos. Observou enquanto ele, o dentista, levantou o tom de voz cortando a fala da colega enfermeira que o havia cortado antes. Falou a mesma coisa que ele dissera. Foi ouvido. A sugestão acatada. Vida que segue.

Dentro desse contexto de hierarquias, encontros e desencontros, é comum vermos na odontologia pedidos de favor de funcionários pretos/pobres sendo negados ou postergados *ad aeternum* enquanto um pedido de atendimento por parte de um médico branco é visto como uma obrigação que deve ser realizada o mais rápido possível, de preferência de forma imediata. Mesmo quando esse atendimento não é para o próprio profissional, mas para um amigo ou parente, dá-se maior prioridade do que para usuários ou outros funcionários.

É daí, dessas hierarquias, que acredito vir em parte a motivação para fenômenos que acontecem em todos os aspectos de nossa vida e atingem também o setor saúde: um processo de mercantilização, uma lógica da hierarquização que assume uma face cruel onde a própria vida é um produto a ser numerado, utilizado, testado e descartado. Afinal, quais corpos podem ser sentenciados à morte, à mutilação ou ao abandono?

A forma como chegamos em determinados lugares, por exemplo com uma equipe de saúde da família de nome Sabedoria, induz os assuntos e as possibilidades de cuidado que serão alcançadas. A população já tem uma resposta para as nossas perguntas, se feitas da forma que sempre são feitas, e já tem uma representação do cuidado pronta se ele é sempre feito da mesma forma. É preciso uma mudança do lugar consolidado do profissional de saúde e dos modos gerencialistas que se apossaram do processo de trabalho na APS, gerando uma resistência ao que se tem como saber consolidado:

Essa luta tem como finalidade produzir a vida, derrubar as hierarquias instituídas por aqueles que se acostumaram a vencer sem ter razão, tendo a “violência absoluta”, nesse labor, uma função desintoxicadora e instituinte. Essa luta tem uma dimensão tripla. Visa antes de mais destruir o que destrói, amputa, desmembra, cega e provoca medo e cólera – o tornar-se-coisa. Depois, tem por função acolher o lamento e o grito do homem mutilado, daqueles e daquelas que, destituídos, foram condenados à abjecção; cuidar, e eventualmente, curar aqueles e aquelas que o poder feriu, violou ou torturou ou, simplesmente, enlouqueceu (MBEMBE, 2011, p. 2).

Mbembe (2020 pág. 18) atribuindo uma atitude política descolonizadora a Fanon em seu “gesto medicinal” defende que o mesmo, em uma sociedade colonizada, não teria como função primordial a erradicação da doença ou a “supressão da morte e o advento da imortalidade”. A pessoa humana, e não o doente, é o que irá interessar nesta possibilidade de encontro genuíno até então negado ao “outro” pela falta de sentidos e representações compartilhadas. Nesse fluxo podem-se apresentar problemas, ora vejam só, humanos durante as consultas tais como: problemas de família, de amor ou da comunidade. Mbembe prossegue afirmando que esse *mundo de pessoas sem laços* ainda “perdura entre nós” mesmo que admita mudanças pontuais de configuração, e, acrescentaria eu, conveniências da modernidade capitalista onde o setor saúde pode ser um grande mercado com uma “roupagem” humanizada³⁸.

Existe uma dissonância, quase mesmo que as vezes uma contradição, entre o que eu aprendi dentro de minha branquitude enquanto boa odontologia ou bons autocuidados de saúde bucal que pode, algumas vezes, diferir frontalmente do que parte da população aprendeu. A cultura do uso do fio dental é um bom exemplo para este caso, na minha casa pude aprender pelo exemplo diário que o uso de fio dental é importante, entretanto esta não é uma realidade entre todas as pessoas.

Partir do preceito de que a sua realidade é a realidade universal é um fenômeno normal entre nós brancos de classe média e pode te colocar em situações de difícil solução, como por exemplo: pacientes que não conseguem evoluir em seu tratamento pois não “adquirem bons hábitos de higiene” mesmo após a escovação guiada e insistência dos profissionais envolvidos. Mas isso não acontece sempre porque “não querem” ou “são desleixados” como falas de alguns profissionais em um primeiro momento podem indicar, mas se não porque esses hábitos não

³⁸ Nesse contexto, e pensando na relação paciente-profissional, a experiência do mais médicos, especialmente dos médicos que vieram de Cuba, pode funcionar como uma chave de análise diferente da que estamos acostumados. Não é o objetivo deste texto se aprofundar na questão de formação médica em Cuba ou na própria formação cultural do povo cubano, mas é interessante pensar o quanto a formação na área de saúde dentro de outro contexto de modo de produção e de valorização racial pode aproximar esses profissionais de quem irão cuidar. Pode-se então pensar em um outro tipo de cuidado produzido a partir dessas experiências, para longe do não cuidado produzido, muitas vezes, por mim e pelos nossos profissionais?

fazem parte do “arsenal” de cuidados que aprenderam a dispender com seus corpos, como por exemplo pode ser mastigar uma folha de malva ou hortelã.

Uma senhora loura bem baixinha, devia ter um metro e meio, usando um jaleco branco saiu de dentro de uma sala onde se lia “Saúde Bucal”. Chamou seu nome junto com o de mais outras três pessoas. Apenas duas delas estavam lá. Fora avisado para estar ali, neste dia e horário, por ligação telefônica realizada na semana anterior, depois de esperar por 2 anos e meio em um fila de atendimentos.

A senhora direcionou-os para uma pequena sala cinza dentro de um container após se apresentar rapidamente como auxiliar do dentista. O ambiente era quente, o único do local sem ar-condicionado funcionando, e hostil: afinal as pessoas se entreolhavam desconfiadas, pensando se precisariam abrir suas bocas umas em frente as outras.

Recebeu da senhora uma escova de dentes, uma pasta e um fio dental, e depois vieram as explicações: que aquela aula era parte importante do tratamento, que o tratamento só “andaria” se fizéssemos a “nossa parte” e mantivéssemos os dentes bem limpos! O dentista veio nos ver rapidamente e reforçou tudo que a auxiliar dissera. Depois vieram os ensinamentos mais práticos: movimentos, quantidades, tempos. Tudo bem explicadinho.

Tentou segurar o fio com suas mãos grossas e calosas, normal entre os homens que labutaram anos em mecânicas de automóveis. Não conseguiu. Aquele pequeno e estreito objeto teimava em fugir-lhe entre os dedos. Até mesmo enxergá-lo era difícil e custava-lhe alguns segundos para conseguir focar o “danado”. Esforçou-se. Laçou o fio no dedo como se dependesse disso sua vida. Esticou-o. Analisou a situação, afinal de contas nunca fizera aquilo em 54 anos de vida, e procurou aparentar a tranquilidade de quem pratica um hábito diário durante aquela “aula coletiva de escovação”. Pensou com ele mesmo que preferia o bom e velho palito de dente. Deu um sorriso de canto de rosto.

Olhar no espelho e realizar as manobras ensinadas pela auxiliar de saúde bucal e o dentista, pareciam simplesmente impossível para ele. Pensou que preferia consertar dez mil motores do que fazer aquilo. Poderia melhorar, é claro, sabia disso, mas sabia também que isso lhe custaria tempo e assiduidade de hábitos, duas coisas que não possuía muito bem. Dividia seu banheiro com outras 6 pessoas que moravam em seu apartamento de 35 metros quadrados. Muitas vezes escovava os dentes na pia da cozinha para não perder a hora do trabalho, e nela

não havia espelho. Como fazer aquilo sem olhar no espelho? Desistiu antes que fosse tarde para começar.

5.4 COTIDIANIDADES DO ABSURDO: DOS DIÁRIOS REFLEXIVOS. EU REFLETIDO.

*Na linha do trem tem
 Na linha do trem tem
 Tem bode, tem gente, tem crack
 Tem água, papel, charuto, cigarro
 Copinho de guaravita e papel laminado
 Tem fumo, galinha, pintinho, dama e trabalho
 Sol, sombra, calor, suor, trilho e cascalho
 Tem PM, tem arma, barriga de grávida e o céu
 Tem gente passando por engano
 Engano passando por gente
 E gente enganando pra passar
 Na linha do trem tem
 Um latifúndio de histórias, vidas e pedra.
 (R.Neves, 2015)*

Durante uma consulta coletiva realizada em Vila Providencia conhecemos bastante gente, muitos idosos, conversamos e nos aproximamos um pouco da população dessa área que está descoberta desde que a ACS da equipe responsável por lá foi demitida.

Uma senhora me chamou a atenção, 83 anos e muita disposição para falar... Contou que era técnica de enfermagem e trabalhou como instrumentadora cirúrgica no Souza Aguiar além de outros hospitais. A voz serena não se alterou nem ao contar que a filha única morrera de câncer, e o marido de “alguma doença do coração”. Contou que criava sozinho o neto, um rapaz de 17 anos e skate na mão, que apareceu indo comprar alguns pães de queijo e pedindo a benção da vó. Apesar de conceder a benção, a senhora fez questão de lembrar que com o skate ele poderia se “arrebentar todo” e o que fazer com a aposentadoria que recebe nesse caso? Lembrou da clínica da família e ela sorri.

Afiro a pressão dela, 160X110, ela diz que está boa, que chega a ficar ainda mais alta. Passa pela sua consulta médica, renova sua receita para os remédios e volta a conversar. Falamos sobre sua família e ela conta que sua mãe, negra, foi deserdada após se casar com um jovem pelo qual se apaixonara apenas por ser ele negro também. Apesar disso e numa espécie de reprodução do mal, obrigou-a a casar com um alemão. E assim foi feito, tendo realmente seu

neto um tom de pele bem mais claro que o da senhora. Tenho ouvido muitas histórias sobre esse branqueamento da população, triste.

Falamos sobre religião, e pela sua roupa já havia percebido que provavelmente ela era do candomblé, o que se confirmou em nosso papo. Ela explicou que desde criança era adepta e que andava triste com as demonstrações de intolerância que tem acontecido: “Na minha época se dava boa noite pra quem era de boa noite, e bom dia pra quem era de bom dia.” no que entendi sendo uma espécie de cada um na sua e ninguém se preocupava com a vida dos outros. Expliquei a ela que apesar de não ser praticante admiro muito as religiões africanas e afro-brasileiras e ela explicou mais algumas coisas menores ligadas à religião. Agradei e me despedi ao que ela respondeu: “Oké Aro³⁹. Arolé!!!”. Senhorinha esperta, gostei.

O branqueamento é uma ferramenta estratégica utilizada ainda hoje em nossa sociedade, vendida pela elite branca como se fosse um problema do negro, que a partir de uma leitura de preconceito contra sua própria cor procuraria se miscigenar, diluindo suas características raciais pouco valorizadas em nossa sociedade (BENTO, 2014).

Procurando uma compreensão mais profunda do tema no entanto, temos que o branqueamento da população começa a partir do momento em que o branco some da equação, funcionando apenas como modelo universal de padrão da humanidade. Esse processo se inicia e continua com o apoio da elite branca brasileira, inclusive a intelectual, e simbolicamente vai fortalecendo a autoestima e o valor da branquitude em detrimento de todas as outras cores presentes no território brasileiro (BENTO, 2014).

O silêncio do brancos funciona como um esteio por onde corre o racismo. O não reconhecimento do branco, pelo próprio branco, enquanto uma parte estrutural das desigualdades raciais evita focalizar as diferentes dimensões do privilégio que está sempre presente. “ Mesmo em situação de pobreza, o branco tem o privilégio simbólico da brancura, o que não é pouca coisa” (BENTO, 2014 pág. 26). Quantas e quantas vezes eu me utilizei desse privilégio? Inúmeras, incontáveis. Nas ruas do Rio de Janeiro, sendo branco, você está no mínimo muito mais seguro pois as balas perdidas, lembram delas? Costumam acertar muito mais os negros⁴⁰ provando que o seu trajeto é, no mínimo, guiado por um senso de cor.

³⁹ Saudação a Oxóssi.

⁴⁰ <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/06/10/kathlen-romeu-negros-sao-3-vezes-mais-vitimados-por-homicidios-do-que-brancos.ghml>

Para trazermos números, na saúde temos que a proporção de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa realizada em 2016 era maior entre as pessoas brancas (74,8%) do que entre pretas (69,5%) e pardas (67,8%). Assim, as pessoas negras (pretos e pardos) ficam abaixo da média nacional, que é 71,2% (142,8 milhões), de pessoas que haviam consultado um médico. Já a proporção de pretos (38,2%) e pardos (39,2%) que haviam se consultado com um dentista nos mesmos últimos 12 meses é menor do que a de pessoas brancas (50,4%) e inferior à média nacional que foi de 44,4% (89,1 milhões)⁴¹.

Dessa forma temos que tanto de forma subjetiva por meio de nossos sistemas de representação, como advoga Stuart Hall (2016), quanto de forma objetiva por meio da necropolítica de Estado contra a população negra brasileira, operam instrumentos de embranquecimento da população. Vejamos dados de segurança agora para entendermos até onde vai o privilégio de sermos brancos no Brasil: segundo dados do Atlas da Violência 2020, divulgados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) e o Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) os homicídios de pessoas negras cresceram 11,5% na década entre 2008 e 2018, caminhando em sentido contrário ao de brancos, amarelos e indígenas, que caíram 12,9%. Outro levantamento confirma essa tendência quando mostra que entre 2003 e 2014 houve queda de 27% nas taxas de mortalidade de brancos e aumento de 9,9% nas de negros⁴².

A necropolítica racial praticada no Brasil fica clara quando o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, também do FBSP, indica que 74,4% das vítimas de homicídio em 2019 eram negras, ou que quase 80% das mortes que advém de operações policiais são de pessoas negras. Na matéria jornalística de onde tirei esses dados, a reportagem chama a atenção para o fato de que é possível que haja subnotificação.

Se uma parcela da população é historicamente excluída de uma série de direitos e, partindo do pressuposto que para obtermos sucesso na vida, seja lá o que isso quer dizer, é necessário estarmos...vivos, temos que o racismo brasileiro é tão cotidianamente homicida e estrutural quanto lhe é possível ser, como já nos denunciava Abdias Nascimento em seu “O Genocídio do negro brasileiro”.

5.5 COTIDIANIDADES DO ABSURDO: A FUGA DO SENTIDO.

⁴¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Temático Saúde da População Negra. Brasília, 2016. (Painel de Indicadores do SUS, v. 7, n. 10)

⁴² <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-08/negros-morrem-26-vezes-mais-que-brancos-por-armas-de-fogo>

Nossa imersão naturalizada nesse modo de vida (e de morte) gera no processo de trabalho do qual participei, falas como a famosa “isso está dado” ou “vai levando”, que geram atos de descuido da saúde e mutilação da população preta e pobre, em um mecanismo racista/classista que parece funcionar como uma forma de “fuga do sentido”.

Cheguei para trabalhar as 8 horas, ruas vazias, bati o ponto, tomei um copo de água e como sempre e me dirigi ao consultório 2. Já sabia pelo grupo de WhatsApp do acesso seguro que a chapa estava quente no “território” como se referiam ao nosso local de trabalho. Chegando as oito não é necessário pegar a chave na recepção pois Soraya, minha auxiliar, já vai estar lá olhando ofertas do supermercado Guanabara no computador ou conversando com algum paciente da fila de espera sobre a vida. Abri a porta e me deparei com Soraya chorosa, com um copo do que eu viria a saber ser água com açúcar nas mãos trêmulas. Soraya, apesar de certa idade, tem boa saúde o que me levou a pensar o que a teria afligido.

- Soraya, o que houve mulher?

- Mataram o homem Doutor Rodrigo, mataram o homem bem na minha frente. Em frente a ginástica.

- Que isso Soraya? Do que você está falando?

Jandira, técnica de saúde bucal se adiantou e respondeu:

- Mataram um senhorzinho na frente de todo mundo aí na fila da clínica doutor Rodrigo. Deram um tiro e acertou a barriga dele. Na frente da academia carioca quando a polícia vinha entrando.

- Que isso gente, ninguém falou nada. Que horas foi isso? – Argui.

- Era 6 e 50 da manhã Doutor Rodrigo... O homem caiu sangrando muito. Meu deus. Mataram ele na minha frente. – Disse Soraya.

- Jandira, leva a Soraya pro corredor para tomar essa água. Deixa eu começar a atender para esvaziar essa fila. Depois passa com ela em algum médico, na Gerência, ela não tem a menor condição de estar aqui trabalhando. – Completei eu já me organizando para iniciar os atendimentos.

Depois de muito explicar o que aconteceu, um médico muito ocupado com seus diversos afazeres diários concordou em dar aquele dia de dispensa para Soraya pelo abalo psicológico, desde que com a anuência da gerência da clínica. Disseram-me que ela foi embora repetindo frases desconexas: ora falando sobre marcação de pacientes e afazeres da clínica, ora sobre o

acontecido mais cedo e, em alguns momentos sobre as compras que precisava fazer mais tarde aproveitando a promoção do alho a 6,99 o quilo no Guanabara, por exemplo.

Não a vi mais esse dia e continuei atendendo: um total de 28 pacientes ao longo das horas. Queria terminar para ir embora. Na verdade não queria estar ali. Da janela lateral do meu consultório dava pra ver o exato local onde o senhor caiu baleado, a poça de sangue não deixava mentir. Fechei a janela. No dia seguinte já estava lá de novo Soraya para bater o ponto, mas, depois desse episódio, passou a apresentar episódios de hiperglicemia e sua pressão arterial nunca mais foi normal.

Retiro a noção de “fuga do sentido” de Guattari (2011). Para este autor o sentido pode ser visto como uma redução da realidade a uma concatenação enunciativa finita. A capacidade de captar signos intencionais ao redor de organismos sensíveis de forma lenta o suficiente para serem, esses signos, esquadrinhados e classificados pela mente, ganhando um ritmo comum, uma espécie de harmonia que permite encontrar e extrair sentidos – a isso, Guattari chamava de ritornelo. Mas quando o fluxo de signos é demasiadamente rápido, dificultando o processamento da informação de forma racional, nossa mente é afetada e não permite a formação e o compartilhamento de sentidos.

Prosseguindo, Guattari (2011) afirma ainda que a sobre produção manifesta no capitalismo é especificamente semiótica: um excesso infinito de signos circula ao nosso redor saturando a atenção coletiva e individual de modo a impedir a formação de sentidos e, por conseguinte, afetos. O sentido nos escapa, já que não pode ser compreendido enquanto explicação finita e ferramenta útil para a interação social e o entendimento. É a partir desta fuga do sentido que os novos mecanismos de controle são construídos: no dia posterior ao trauma, Soraya estava trabalhando como de costume, preocupada com o andamento do livro de espera da odontologia, com a janta e a marmita do dia seguinte, com o neto deficiente, com a frequência com que eu bebia água durante o dia, com o curso de técnico em saúde bucal etc.

Sabemos, porém, que o poder não opera através de uma única estratégia e por isso, além de nublar sentidos, ele é obviamente um produtor de sentidos como visto até aqui neste trabalho. Debates certas artimanhas que o poder opera na formação de discursos e representações que moldam e outorgam autoridade a certos tipos, saberes e corpos sociais, em detrimento de outros.

6 DETERMINAÇÕES NECROPOLÍTICAS

Neste capítulo procurarei desenvolver mais alguns conceitos em torno da branquitude, e aprofundar as imbrincadas relações de poder, mais especificamente as raciais, que permeiam o espaço de uma clínica de APS carioca. Gostaria de evocar Fatima Lima, autora negra brasileira, para deixar claro qual o nosso ponto de partida. A mesma diz no texto “Trauma, colonialidade e sociogenia em Frantz Fanon”, que:

as reflexões que aqui se assentam encontram-se sobre/sob um mundo em ruínas, o mundo, como conhecemos, como já acabado. Aquém e além do simples atestado de uma crise, tomar esse mundo como findo significa, antes de tudo, interpelar a própria noção de humano como elemento organizador político, social, cultural, subjetivo e intersubjetivo. Assim, as ideias de ordem, certeza, clareza, igualdade, universalidade, entre outras que sustentaram e sustentam a violência e a brutalidade do pensamento moderno, mostram, mais do que sua fragilidade, um mundo marcado pela separabilidade não apenas entre os ditos humanos, mas entre humanos e outras/ os viventes (LIMA, 2020, p.81).

A partir desta afirmação buscamos traçar um paralelo entre esse mundo em ruínas que nos traz Lima (2020), e o pensamento de Achille Mbembe (2019), que defende que na visão do colonizador as colônias são habitadas por selvagens, não criando um mundo humano. Aos olhos do conquistador essa “vida selvagem” é apenas outra forma de “vida animal”, ou ainda, quase um recurso natural para ser utilizado ao bel prazer do “ser civilizado”. Dessa maneira esses territórios, e seus habitantes, ficam em uma espécie de Estado de Exceção permanente onde o Estado age fora da lei, supostamente operando a favor da “civilização”, sendo possível traçar um paralelo entre essa afirmação e a guerra as drogas genocida praticada no Rio de Janeiro. Dialogando com Foucault e seu conceito de biopolítica, Mbembe cunha o conceito de necropolítica, onde mais que disciplinar a partir dos corpos como defendia Foucault, caberá ao Estado também o direito de “fazer morrer” determinados corpos. Mbembe prossegue fazendo uma analogia desses lugares, e seus habitantes, com a “zona do não ser” e o “não ser”, conceitos que Fanon nos traz (MBEMBE, 2019). Agora, pensemos...Quais são esses territórios e quem é essa população no contexto da cidade do Rio de Janeiro e do Brasil?

Antes de trazermos este cenário para a realidade da APS carioca, proponho uma aproximação deste pensamento ao de sociogênese, também trazido por Fanon: uma construção coletiva cultural ou aprendida, própria de certos grupos e condições sociais e que faz parte das determinações do processo saúde-doença. Este foi um dos motivos, senão o cerne, pelo qual Fanon se viu impotente enquanto psiquiatra enfrentando questões relacionadas a opressão colonial na Argélia (SEVALHO e DIAS, 2022). A violência imperialista francesa afetou Fanon

profundamente frente a “desumanização sistematizada” levada a cabo pela opressão colonial. Para Fanon, existia em grande quantidade na Argélia uma espécie de patologia integrante, entrelaçada e difundida por todo o tecido social, a qual chamava por “patologia de atmosfera”.

Especialmente nos períodos em que a colonização parecia (ou parece?) não ter contrapontos, como acontece em nosso contexto neoliberal atual, existe uma contínua e considerável “patologia mental produzida pela opressão”, o que levava (ou leva?) as pessoas em grandes números aos hospitais psiquiátricos (SEVALHO e DIAS, 2022), e, na minha realidade, as clínicas da família. O branco, mesmo admitindo essa força opressora produzida por ele, se vê impotente pois advém daí toda a base que sustenta o que ele chama de moderno e dessa forma “o branco, incapaz de enfrentar todas as reivindicações, se livra das responsabilidades. Eu denomino este processo de repartição racial da culpa” (FANON, 2008, p. 98)

Agora tragamos esta realidade para o Brasil/Rio de Janeiro, país que mais recebeu negros escravizados durante a diáspora africana, cidade por onde chegavam essas pessoas, e mais especificamente para o contexto da APS carioca, onde eu trabalhei durante quatro anos. O que vemos o tempo todo no serviço é isso: pacientes negras periféricas com muitas queixas, certamente não causadas apenas pela “maior propensão a hipertensão” ou “maior risco a doença cardiovascular”, nem tampouco pelo estilo de vida “escolhido” por elas, mas senão por uma “patologia de atmosfera” que cerca e oprime a vida dessas pessoas e os territórios onde habitam, a saber: os negros e as favelas. Funcionando assim como processo de determinação social, não de simples determinante, o racismo cotidiano e a necropolítica se enredam como cenário/desafio do dia a dia de um trabalhador branco de classe média da APS carioca como eu. Diante da impotência sentida e do conceito de “repartição racial da culpa” que o mesmo Fanon nos traz, botamo-nos, trabalhadores da APS, a agir de maneira racista inventando novos adjetivos e termos técnicos para explicar a condição do outro, desvalorizando as suas falas, e, em alguns casos, abandonando-o a própria sorte/morte;

Pacto narcísico entre a equipe. Quem são os brancos? Quem são os negros?

- Esse paciente é poli queixoso... difícil. Toda hora está aí.

- A mulher dele não quer ajudar, ele não quer se ajudar sabe? Chega uma hora que não dá pra ficar mandando ACS lá todo dia conferir se tomou remédio. – Esse paciente morreu pouco depois.

- É uma senhorinha escurinha que precisa de atenção. Todo dia vem.

- É caso complexo, caso complexo... Pega a pasta de casos complexos aí na segunda gaveta Jeanderson... – Essa paciente morreu pouco depois.

- Aquele usuário moreno, sabe? Tem dificuldade de compreensão da própria doença, acho que tem um probleminha cognitivo...

- Ela precisa de atenção, ela é muito humilde... muito humilde. Precisa de atenção.

- Aí não... Zeferino, não!! Não aguento mais ouvir falar de Zeferino! Próxima pauta por favor!!! - Esse paciente morreu pouco depois.

Fátima Lima tece uma crítica sobre a modernidade/colonialidade e a ideia desse grande delírio fóbico que é a invenção das raças, em particular a negra, que funcionaria como cerne da Bio-necropolítica em contextos brasileiros (LIMA, 2018). Para Lucas (2018) ao estudar pela luz do pensamento de Fanon as matérias jornalísticas produzidas sobre o consumo de drogas ilícitas no Rio de Janeiro, utilizando como pano de fundo a determinação social do processo saúde doença, é possível concluir que Estado, mídia e sociedade civil continuamente se referem

e apelam à Exceção, à emergência e a uma noção ficcional do inimigo e, estes fatos, produzem culpabilização e naturalização da violência sofrida pelo jovem negro.

Diário reflexivo setembro 2015

O homem que vendeu o mundo

Todo dia

O dia todo

Tic tac

Tic tac

Todo dia,

Todo dia

Barulho de trem e passarinho cantando.

Quase todo dia

Morcego de aço e a chapa esquentando.

Todo dia o homem vende seu mundo.

Todo dia os homens vendem seus mundos.

Nós todos vendemos nosso mundo, um pouco todo dia.

O homem que vendeu o mundo somos todos nós.

Vendemos nosso mundo

Vendemos nossa alma

Sufrimento seletivo

Guerra seletiva

Topa tudo por dinheiro

Vendemos vidas todo dia

Vendemos nossas vidas todo dia

O dia todo

Todo dia

Tic tac,

Tic tac

O tempo passa

A vida escorrendo em uma nota de dinheiro

Parcelamos nossa humanidade em prestações tão suaves que seguimos anestesiados.

Morremos sozinhos todo dia
Enquanto você se preocupa se ele tinha passagem
Eu me preocupo com a nossa passagem
Do alto da janela blindada só dá pra ouvir os tiros
Lá embaixo a chapa esquenta todo dia ao vivo
Tic Tac
O doutorado no ar-condicionado não pode parar
Tic Tac
O ser humano escolhe por quem vai chorar.

R.Neves, 2015

Para realizar essa leitura é preciso compreender a sociedade brasileira através de outro eixo analítico que tem no violento processo da escravatura e suas complexidades um dos elementos centrais para compreensão das relações de poder. Assim, no cerne da violência do pensamento moderno, a racialidade habita como elemento estruturante, transpassando desde as macro instituições até as relações mais ínfimas e moleculares (LIMA, 2020).

O branco inventou que o negro
Quando não suja na entrada
Vai sujar na saída, é
Imagina só
Vai sujar na saída, é
Imagina só
Que mentira danada, é
Iô, iô, iô
Iê, iê, iê
Iô, iô, iô
Na verdade, a mão escrava
Passava a vida limpando
O que o branco sujava, é
Imagina só
O que o branco sujava, é
Imagina só
O que o negro penava, é
Iô, iô, iô
Mesmo depois de abolida a escravidão
Negra é a mão de quem faz a limpeza
Lavando a roupa encardida, esfregando o chão
Negra é a mão, é a mão da pureza
Negra é a vida consumida ao pé do fogão
Negra é a mão nos preparando a mesa
Limpando as manchas do mundo com água e sabão
Negra é a mão de imaculada nobreza

*Na verdade, a mão escrava
 Passava a vida limpando
 O que o branco sujava, é
 Imagina só
 O que o branco sujava, é
 Imagina só
 Eta, branco sujão
 Iê, iê, iê
 Iô, iô, iô*
 A mão da limpeza – Gilberto Gil

Essa leitura diferenciada da formação da sociedade brasileira me parece funcionar como um balizador, um aporte teórico que vocaliza meus sentimentos e me obriga a um esforço permanente. Como nos coloca Kilomba no texto de Lima (2020), o cubo branco ou a branquitude, é o lugar da violência que, operando através da linguagem e das práticas sociais, e, completo eu, odontológicas, reencenam atos coloniais, ferindo e mutilando os modos de vidas e os corpos negros. Ainda em Lima (2020) consoando Kilomba temos uma outra análise que pode nos ajudar na investigação entre a branquitude e as práticas na APS carioca, com as quais vivi intensamente. Dizem as autoras que no cubo branco, a representação do negro acontece a partir de uma cisão tanto de imagem quanto política, e que esse fato dificulta que o negro exponha, trate, verbalize sua própria “patologia de atmosfera”. Nesse fluxo seria importante então que esse assunto fosse tratado corriqueiramente por quem cuida da população, no entanto o que eu vivi é que esse tema raramente é discutido dentro do contexto de formação ou educação continuada/permanente dos profissionais que atuam na APS.

Essa ausência deixa claro a força que o mito da democracia racial ainda tem em nossa sociedade e o quanto produz consequências psicológicas e físicas. Entre as consequências desses atos e não atos, presenças e ausências construídas com um intuito, estão a permanência de elementos da colonialidade tão marcados no racismo cotidiano, através do qual nos tornamos o opressor e novamente coisificamos a/o “Outra/o”, sempre os colocando no papel do subordinado e diferente enquanto o branco entra no lugar de salvador, sem abrir mão de sua branquitude. Ao crescer enquanto branco em nossa sociedade, eu fui criado para isso. Em minha formação de dentista eu fui treinado para isso, como procura ilustrar a tese de doutorado de Edson Daruich Bolla.

A partir da análise documental, de uma revista de grande circulação e da realização de entrevistas (semiestruturadas) com cirurgiões dentistas recém-formados (até três anos), o estudo recorreu a uma abordagem qualitativa, ancorada na análise temática. No âmbito do ensino da odontologia, o estudo evidenciou que as técnicas de embranquecimento ofertadas tratam as características do negro como uma alteração

de normalidade e/ou antiestética. Todos os entrevistados foram estimulados a ofertar tais procedimentos em nome de um sorriso saudável e bonito (BOLLA, 2016, Pág.7).

Schucman (2014) cita Bento, Frankenberg e Roediger para defender que na maioria dos estudos acerca da branquitude se concorda que a característica principal dela é uma posição na qual sujeitos de aparência branca e origem europeia adquirem privilégios simbólicos e materiais em relação aos não brancos (Pág. 59). Claro que pelas diferentes e inúmeras possibilidades de ser branco no mundo, o estudo da branquitude adquire uma complexidade que fortalece ainda mais a necessidade desses trabalhos para o preenchimento de questões que podem, até hoje, ser tratadas como problemas dos negros. Segue ainda dizendo que definir o que é, e quem são os sujeitos que ocupam estes lugares é um nó conceitual para definição do que é branquitude. Corroborando ainda com Schucman, não se deve excluir o fator genético de ser branco mas para o mais completo entendimento da questão, é preciso realizarmos a interrelação entre a cor genética e a posição social ocupada pelo sujeito. Devo deixar claro que, no meu local de branco, dentista, classe média e trabalhando para em um território com um dos piores IDHs da cidade do Rio de Janeiro, certamente ocupei esse lugar, da branquitude, aliás, venho ocupando esse lugar de branquitude por toda minha vida, desde minha formação em colégios particulares até meu livre acesso à cidade. A branquitude me formou quem eu sou, estou imerso nela pela minha própria presença, ela obviamente permeia, inclusive, as expectativas que eu construí acerca do cuidado que prestaria nos territórios onde atuei. Mas essa branquitude opera não somente no campo abstrato mas também no físico e, muitas vezes, produzia diariamente em meus trabalhos corpos mutilados sobre corpos mutilados. Ou essa seria apenas a minha forma de ver as coisas?

Acordou com dor.

Saiu de casa e cuspiu amargo antes de colocar a mão sobre o rosto quente, dolorido e inchado. Algum dente podre resolveu dar trabalho. Olhou pro céu entre o conjunto de predinhos coloridos. Olhou o sol. 10 horas, 10 e pouca.

Cuspiu amargo, apagou cigarro na sola do chinelo e caminhou resignada.

Quarta tentativa.

Espera. Paciente tem que ser paciente.

Uma coroa loura, um dentista judeu, abre a boca, anestesia, boca aberta.

Alguns movimentos, alicate pequeno, sai o dente, entra a gaze.

Morde a gaze

Surpresa: os dentes de apoio não estavam mais lá!

*É o que os dentistas chamam de chave de oclusão ou dimensão vertical eu sei lá.
Mordeu a gaze o melhor possível sem conseguir tocar arcada superior e inferior.*

Olhou-se no espelho. O rosto deprimido, achatado, esquelético, sem forma.

Sentiu-se como ponte sem pilar, banco sem perna, barro fresco sem suporte.

Agradeceu.

Resignou-se.

Alcançou a rua

Olhou o céu. O sol. Duas e pouca.

Cuspiu a gaze com sangue.

Engoliu amargo.

Foi trabalhar sem dor.

(R.Neves, 2021)

Para Sovik *apud* Schucman (2014), só o fato de ser branco e com cabelo liso, no Brasil, já carrega consigo uma posição social e um certo ar de autoridade que permite trânsito livre e elimina barreiras físicas e subjetivas. Trazendo essa afirmação para o contexto carioca temos que o livre flunar pela cidade, “o direito a cidade” como nos diz Henry Lefebvre (2001), passa diretamente por ser branco. Dessa forma a branquitude pode ser entendida como uma posição não apenas subjetiva, mas física e territorial onde certos sujeitos que a ocupam foram sistematicamente privilegiados em relação a seus direitos, recursos e imaginário social em um processo que se inicia pelo colonialismo e imperialismo, mas que se mantém vivos e atuantes como elementos de colonialidade em nossa sociedade (Schucman, 2014 Pág. 60,61).

A autora Maria Aparecida Silva Bento (2014), trabalha o tema da branquitude e o define como “traços da identidade racial do branco brasileiro a partir das ideias sobre branqueamento” (pág.25). Ou seja, para a autora, que defende esta hipótese baseada em documentos e fatos históricos, existe um desejo por parte das elites brasileiras de se branquear a população brasileira e isso é realizado através de diversas estratégias (estímulo a imigração, genocídio dos povos originários e dos negros, valorização cultural do branco etc.). Este fato exerce uma pressão cultural que afeta o negro brasileiro de maneira deletéria em sua esfera psicológica e, complementarmente eu, física. Existe um entrelaçamento das dimensões subjetivas envolvendo as relações raciais no Brasil que afeta de maneira objetiva a vida da população, esses diferentes planos se unem para perpetuar e reproduzir o racismo em nossa sociedade de maneira

potencializada. O branco, em si, pouco aparece: o branco é o normal, de forma que o negro se torna o diferente em uma espécie de “maioria minorizada”.

Richard Santos é o autor do conceito de “Maioria Minorizada”, que pode ser entendido como uma possível ferramenta de análise que subverte o modo de pensar o negro no Brasil, onde, apesar de maioria numérica, são representados, e a partir daí percebidos, como minoria. Richard denuncia a mídia, corroborando Lucas (2018), como construtora e difusora da estrutura racista da sociedade brasileira que impõe um padrão estético, cultural, físico, social e até mesmo pedagógico que é eminentemente branco. Em simbiose com o conceito de meritocracia constrói-se então uma rede na qual o branco coletivamente alcança, quase sempre, as posições sociais de destaque, e, o faz individualmente, totalmente em função de seu mérito próprio.

Da mesma forma que a raça funciona como marcador social, e de posição no mercado de trabalho, funciona também para decidir quem tem voz ou não em nossa sociedade. Kilomba (2021) traz o conceito de máscara de silenciamento, instrumento de tortura utilizado contra pessoas escravizadas e que, de forma subjetiva⁴³, é ainda hoje utilizado. O silenciamento epistêmico, de métodos, e as pretensas, e altamente subjetivas, objetividade e neutralidade da academia podem, também, assumir esse viés de valorização da elite branca em seus mais diferentes aspectos ao se ocuparem de temas relativos a interesses brancos. Não seriam esses elementos de colonialidade que nos permeiam e atravessam? Nós, os “produtores” de cuidado e os “fazedores” dos textos acadêmicos, não somos afetados por eles? (LANDGRAFF, 2020). Se não debatemos e tratamos de forma racializada certas questões, excluindo os interesses dos negros, estamos sim atuando em favor dos interesses dos brancos, o suposto “universal”. É possível mesmo que muitas das aulas, dos mais diversos assuntos, em se tratando da realidade brasileira possam abarcar o tema do racismo que atinge nossa sociedade, o que não é/foi uma realidade na minha experiência acadêmica.

Bento (2014) prossegue afirmando que nos debates, pesquisas ou mesmo implementação de programas institucionais de combate à desigualdade, o silêncio omissivo das pessoas brancas é ensurdecido. Quando não impera o silêncio, reinam as distorções da posição que o branco ocupa nessa ciranda. Existe por parte de nós brancos, uma incrível dificuldade em refletir sobre o papel que ocupamos e porque os ocupamos e dessa forma, a questão da desigualdade racial no Brasil passa a ser uma questão do negro, pois só ele pensa nela, só ele é “estudado, dissecado, problematizado” (p. 26). E por falar em dissecar, são também utilizados como peça viva na aprendizagem de profissionais da área de saúde pelo Brasil afora, afinal,

⁴³ Imagino que no cenário da necropolítica carioca os sacos na cabeça utilizados para torturar/sufocar pessoas por algumas forças de segurança podem emular a máscara de forma não tão subjetiva assim.

quais são os corpos aonde residentes e estagiários “pegam a mão” para melhorarem sua prática clínica, muitas das vezes utilizando esses conhecimentos para aferirem maior taxa de lucro em seus serviços no setor privado como eu mesmo fiz. Utilizando-me da sabedoria de Gilberto Gil em sua música “a mão da limpeza”, cabe a nós, brancos, a nossa parte dessa sujeira e, aí sim, objetivamente propormos o que faremos para limpá-la, afinal, qual a cor de quem decide as políticas públicas no Brasil?

...muitos brancos progressistas que combatem a opressão e as desigualdades silenciam e mantêm seu grupo protegido das avaliações e análises. Eles reconhecem as desigualdades raciais, só que não associam essas desigualdades raciais à discriminação e isto é um dos primeiros sintomas da branquitude. Há desigualdades raciais? *Há!* Isso tem alguma coisa a ver com o branco? *Não!* É porque o negro foi escravo, ou seja, é legado inerte de um passado no qual os brancos parecem ter estado ausentes (BENTO, 2014, p. 27).

Com esses aportes teóricos pus-me a pensar sobre quantas vezes no mestrado pessoas brancas colocaram a pauta e a questão do racismo como um assunto identitário⁴⁴, que classificasse um grupo específico de trabalhadores dentro de um recorte “maior” de classe. Acontece que no Brasil raça é classe. O branco se privilegia por ser branco a partir do momento em que existe. Isso acontece porque o sistema de representações, que começa pela nossa língua portuguesa e passa pela “invenção” do Brasil, criado em nossa sociedade favorece com que o nosso entendimento seja o de que o mito da democracia racial é um fato e dessa forma, a meritocracia seria o que definiria o sucesso ou fracasso das pessoas.

Em contraponto a esta visão e dialogando com Douglas Belchior⁴⁵, o mesmo faz questão de lembrar que pautas identitárias estão em geral associadas diretamente a grupos de minorias segmentadas da sociedade em que, muitas das vezes, essas políticas procuram garantir maior visibilidade sobre suas demandas sociais. Ora, os negros não são uma minoria no Brasil, como sabemos, apesar de serem assim determinadas por nossos sistemas de representação. Ainda nessa entrevista, Douglas questiona: quem são os industriais pretos? Os grandes varejistas pretos? Os grandes fazendeiros pretos? Os atores pretos nas novelas? Quem está mais desempregado? Quem é contratado depois e demitido primeiro? Quem recebe menos pelo mesmo emprego? Quem forma a massa de trabalhadores informais? Respondendo a essas perguntas honestamente temos que o racismo não pode ser tratado como algo identitário no Brasil visto que ele é estruturante das nossas próprias relações sociais. A branquitude brasileira age, inclusive na esquerda, utilizando um mecanismo chamado de pacto narcísico (BENTO,

⁴⁴ Adjetivo relativo à identidade, à reunião das qualidades particulares, das características que definem e caracterizam algo ou alguém, diferenciando esta pessoa ou coisa das demais.

⁴⁵ <https://youtu.be/u5ZturBpNVw>

2014 pág. 44,45), no qual se nega a “examinar seu próprio racismo” de maneira a silenciar que na nossa realidade moderna, especialmente em um contexto colonial como o brasileiro, existe uma subjetividade objetiva que torna nós brancos beneficiários de um passado que revisitamos de maneira seletiva.

Existe uma clara distinção entre o que nós, brancos, queremos revelar sobre os nossos passados, como a valoração que é dada em relação às nossas origens familiares alemãs, italianas, portuguesas e suas histórias de esforço pessoal em terras brasileiras, ou a revisitação e exultação de um passado vivo inclusive no próprio corpo físico da cidade por meio de sua arquitetura e urbanização, enquanto a escravidão e outros fatos que não interessam são apagados e/ou relacionados “aos portugueses”, nunca aos brancos. Afinal, eram os portugueses que iam até a África comprar escravos, eram os portugueses que realizavam o tráfico negreiro, eram os senhores de escravo e grandes fazendeiros que os mantinham nos navios negreiros e em senzalas pelo território brasileiro. Nunca os brancos, os brancos mais uma vez ficam invisíveis nessa história.

É preciso reconhecermos que como diz Kilomba (2020, p. 13) “só quando se reconfiguram as estruturas de poder é que as identidades marginalizadas podem também, finalmente reconfigurar a noção de conhecimento” e a partir daí, diria eu, produzir um novo tipo de conhecimento. É preciso que observemos e tenhamos especial atenção a língua portuguesa que, segundo a autora, ainda carrega diversos termos imersos em profunda colonialidade que marcam, segregam e definem posições sociais além de dificultarem inclusive sua tradução em outras línguas, que já os colocaram em xeque como o alemão e o inglês.

Não posso deixar de escrever um último parágrafo, para lembrar que a língua, por mais poética que possa ser, tem também uma dimensão política de criar, fixar e perpetuar relações de poder e de violência, pois cada palavra que usamos define o lugar de uma identidade. No fundo, através de suas terminologias, a língua informa-nos constantemente de quem é normal e de quem é que pode representar a verdadeira condição humana (KILOMBA, p.14, 2020).

Nós, brancos da classe média brasileira, vivemos no mito da modernidade, onde nos julgamos e declaramos superiores a todos os outros (mesmo que inconscientemente) modos de existir. Existe, mesmo por parte da saúde coletiva, uma certa exigência moral de que contribuamos com o desenvolvimento dos mais atrasados (povos, raças, periferias), por meio de tutoria e processos desenvolvidos no Norte global. Consoando Luciana Ballestrim, imagino se na realidade brasileira o papel deste bárbaro atrasado não é ocupado pelo negro, pelo nativo, pelo caiçara, pelo agricultor familiar, pelo favelado, que, ao se opor ao processo civilizador moderno, muitas vezes representado pelo agente do Estado, deve ser submetido a violência para

eliminar os obstáculos à sua própria modernização. Essa violência dominadora irá produzir vítimas de todo tipo e em todos os lados, mas será interpretada como um ato inevitável de sacrifício heroico e salvador por parte do colonizador “civilizado”. Por opor-se ao processo de colonização o bárbaro carrega para o colonizador, uma espécie de culpa a qual legitima que a “modernidade” funcione como processo emancipatório para ele, o outro (BALLESTRIM, 2013). Esse mecanismo de culpabilização é constantemente utilizado dentro do processo de cuidado da APS e falas como “eu quero ajudar, mas ele não quer se ajudar” são comuns nas reuniões de equipe. Como esses dispositivos operam e são acionados tanto à nível de políticas públicas quanto a nível de cuidado em saúde?

Diário maio 2015

Reunião de Equipe foi um momento tenso. O discurso repetidas vezes foi culpar os pacientes, algumas vezes falando que o paciente “sofre para aprender”. Mantive a calma, procurei só ouvir e tentar entender o que estava acontecendo. A nossa preceptora se posicionou contra o discurso, e no dia seguinte, preceptora e residentes procuramos traçar algumas rotas alternativas em um caso específico que havia sido discutido na reunião, visando gerar maior participação no tratamento por parte do usuário. Parece que a resposta do usuário foi positiva e ele passou a ter maior assiduidade e comprometimento. Não sei se devido ao estado avançado da situação ou pela participação e planejamento que fizemos.

A clínica tem sua própria vida, seus jogos, suas tramas, seus tempos. Chegando devagar, sentindo cada pedaço, cada ação, cada movimento e tentando desvendar seus sentidos e caminhos possíveis, é uma das coisas que me move agora.

Alguns discursos incomodam bastante, a maior parte deles culpa os pacientes/usuários, moradores das comunidades e alguns funcionários pelo não funcionamento da clínica e demais aparelhos sociais que funcionam no território. O discurso parte de variadas fontes, desde moradores da própria comunidade até trabalhadores da clínica de todas as funções. Não é uma regra nem poderia dizer que ele é hegemônico, pois seria presunção de minha parte, mas só de saber que ele existe com essa força aqui é bem inquietante.

Incrível como algumas pessoas desistem delas mesmas, difícil entender por quais processos uma pessoa pode passar que a levem a desacreditar tão profundamente qualquer mudança que elas simplesmente se entregam aos acasos como se fossem destinos traçados e imutáveis.

Ao hierarquizarmos o outro perante nós, as potencias dele e desse encontro se esvaem, e é assim que se inserem em certos territórios cariocas as políticas públicas: unilateralmente, abusivamente, precariamente, e em geral atendendo interesses próprios e/ou privados e não o daquelas populações.

- Aqui não vai mais fazer dentadura?
- Infelizmente não... A prefeitura encerrou.
- Poxa. Mas não falam nada com a gente?

- Aqui bota aparelho?
 - Não bota não... Só para crianças até 9 anos. Em casos bem específicos sabe?
 - Sei não. Só queria acertar meus dentes mesmo. São muito tortos. -Disse a jovem rindo e escondendo o riso com a mão na frente do rosto enquanto se despede.
- Próximo paciente. Preciso almoçar até as 14 hoje.

- Aqui não faz bloco nenhum? Como pode? Poxa eu fiz o canal do dente da frente...E agora?
- Infelizmente não tem “bloco” para dente da frente pela prefeitura. Nem para os de trás que eu saiba.
- Po, aí me quebra. Vou ter que pagar esse tratamento. Sem dente da frente não dá né Doutor? O Doutor não me indica nenhum lugar não?
- Não.

- Mas não faz o canal da menina porque Doutor? Lá fora é 280 reais pra fazer.

- Não faz porque esse dente está fora do protocolo da prefeitura para fazer o canal entendeu, está muito “quebrado”. Eu posso tentar dar um jeito e “levantar uma parede” do dente pra ver se passa batido lá...

- E por que o senhor não faz o canal aqui mesmo? Por que tem que encaminhar?

- Mas como vou fazer o canal da menina aqui? Aqui não tem nem o raio-x que é o primeiro exame para começar o tratamento...

- Mas pode sentar mesmo? É de graça?

Perguntou Dona Celestina ao entrar pela porta do consultório.

- De graça não D. Celestina, a senhora paga impostos pra poder ter esses serviços. É como a escola dos seus filhos. A senhora não paga diretamente por ela, não é?

Sem me dar conta respondi com outra pergunta. Dona Celestina com toda sua simplicidade revelou então o que para certa parte da população, é nada mais do que a verdade absoluta.

- Colégio eu sabia que tinha Doutor Rodrigo, mas dentista de graça. Nunca vi nem ouvi falar. Só agora mesmo aqui que eu consegui. Benza Deus.

D. Celestina acessou o serviço de saúde bucal devido a uma demanda relativa a seus filhos feita pelo colégio municipal onde estudavam, após visita da equipe de odontologia da clínica responsável pelo seu PSE. Ao perceber o estado de sua boca priorizei também o seu atendimento, mesmo não estando ela em nenhum grupo prioritário, o que foi rapidamente notado por meus colegas de trabalho.

- Rodrigo, está marcando paciente fora dos prioritários cara?

- Precisei. Essa senhora precisa muito de ajuda. É agora ou nunca, agora ou arrancar tudo daqui um tempo.

- Mas tem um monte de gente precisando muito por aqui Rodrigo. Não pode marcar assim não cara. Tem quase dois anos de fila de espera no livro da odonto, se você começa a marcar gente assim e elas espalham aí na comunidade... Amanhã aparece 200 aqui perguntando por que não priorizamos eles também... Tem que seguir o protocolo.

Parei de marcar pacientes de emergência. Por um tempo...

Esse discurso de prioridades, que é um mecanismo de racionalização de uma APS que é insuficiente e precisa construir um muro no acesso, é uma das formas pelas quais diariamente reduzimos a humanidade das pessoas, as comparamos a outras 200 iguais a elas, “os outros”, de novo eles. O negro no Brasil não é visto como uma pessoa. Ele não tem rosto. Assume a face da miséria e é para ela que olhamos. O negro não responde por si mas pela coletividade negra (BENTO, 2014). Extirpamos toda sua singularidade, mutilando-a de outras formas que não as físicas. Em uma análise a partir dos pensamentos de Mattos (2006) dos princípios do SUS como chave, a integralidade está em xeque, visto que o mesmo advoga que esse olhar para a singularidade, enxergando o sujeito como íntegro, no sentido de completo, é um importante sentido da mesma.

7 ATÉ AQUI, TUDO BEM?

Como trabalhador de saúde da APS, toda precarização e precariedade que nos afetam são entendidas por mim como um projeto socio/político de precarização das relações de trabalho, extermínio de vidas e sonhos de parte da população brasileira: a necropolítica capitalista. São pessoas que viram casos complexos, que viram um PTS, que viram um papel em uma pasta, que viram um número, uma coluna ou linha em um arquivo de Excel. Uma cobrança na reunião de equipe. Uma conta que você esquece de pagar e só lembra quando o banco manda mensagem. Uma equipe de ESF para 4 mil usuários em um território extremamente vulnerável, 3 equipes para um dentista. Doze mil pessoas sob o “cuidado” de uma ou duas, a depender da presença de auxiliar de saúde bucal na equipe, mas até aqui tudo bem, até aqui tudo bem.

É preciso tecermos aqui uma breve explanação sobre esses dois fenômenos que atingem o SUS de forma geral: a precarização e a precariedade. Enquanto por precariedade podemos entender as dimensões mais diretas da relação precária do trabalho como por exemplo, falta de água ou luz na unidade, falta de material, atraso de salários, todas estas experimentadas pelo autor em questão, a precarização responde por um processo histórico que marca a tensão nas relações entre o proletariado e o patrão, mais especificamente na relação de exploração da mais valia. Desse modo, por estar inserida dentro de uma lógica mercantil, a APS não pode ser outra coisa que um reflexo de nossa sociedade. Ou pode? Afinal, quem ganha e qual a cor de quem ganha 1500 reais ou 15 mil reais para estar ali dentro, teoricamente, pelas mesmas 40 horas?

Políticas como a de cotas nas universidades, o Programa Mais Médicos e as Residências Multiprofissionais e médicas me parecem ter a capacidade de tirar o branco da neutralidade e favorecem, a partir de uma ação prática, o aumento de negros no ensino superior brasileiro, no acesso a saúde e na pós-graduação. O Estado brasileiro admite seu racismo, não por generosidade, mas por pressão do movimento negro e de outros movimentos sociais, em ações que não atingem todos e necessitam de constante observação e controle social sob pena de sofrerem desmontes, como sofreram o Programa Mais Médicos, a APS no Brasil, e particularmente a APS carioca, o combate à fome, entre outros.

O aumento do número de estudantes negros em cursos de graduação e pós-graduação possibilita encontros, conversas, entreveros, discussões que produzem pensamentos, textos e pesquisas fora da bolha branca de elite antes habituada ao monopólio desses espaços. Dessa forma pode surgir algo antes represado e que parece inédito aos olhos da academia tradicional marcada pela branquitude. É importante nesse sentido “afiarmos” a nossa capacidade de escuta

e coadjuvação, entendendo que o déficit presencial da população negra no meio acadêmico pode, e deve, ser restaurado com o aumento não só de sua presença no mesmo mas também do número de pessoas dispostas a ouvir verdades que incomodam, e vozes que levantem esses temas. Realizar primeiro o exercício de ouvir, sempre, inclusive como uma retratação pelo silenciamento antes imposto neste meio do qual nos propomos a participar.

Mesmo assim há com o que nos preocuparmos na saúde pública já que, se é preciso que o negro ocupe o lugar de acadêmico para que sua voz seja ouvida, isso significa dizer que temos um lapso grave de comunicação e entendimento em relação aos negros que formam 80 % de usuários exclusivos do SUS. Esse sim é um problema grave que me parece longe de ter uma resposta aceitável por parte do serviço: os usuários não conseguem se fazer ouvir e nós não parecemos muito disposta a escutar.

Novamente pela minha experiência afirmo que existe um enorme espaço vazio a ser preenchido, por nós, na relação entre o que um estudo acadêmico, essa dissertação de mestrado por exemplo, diz e como as coisas são ouvidas, percebidas e postas em prática na ponta do serviço, onde o filho chora e a mãe não vê. Dentro de uma realidade de escassez, estresse, precarização e gerencialismo gerada e nutrida pelo sistema capitalista neoliberal cada vez mais predatório em relação às verbas dos serviços públicos, os profissionais muitas vezes ficam de mãos atadas e, simplesmente, não conseguem colocar em prática algumas coisas que gostariam. Da mesma forma a população historicamente aviltada e muitas vezes no limite da sobrevivência acaba por expor suas insatisfações com os entes do Estado que ali se fazem presentes, entre eles os profissionais da APS, lembrando é claro que também nesse quesito existe uma hierarquização por parte dos usuários sobre com quem e quando reclamar. Como dizia um ACS amigo meu:

- Quem sempre comeu pedra, quando cospe, não sai flores né. O povo fala e faz do jeito que aprendeu, que as coisas se conseguem na força ou, literalmente, no grito! Mas eles sabem com quem gritar.

A abissal desigualdade social brasileira produz essas verdadeiras aberrações, onde certos comportamentos, tidos como incivilizados e associados tanto a profissionais quanto a população que utiliza o serviço, são tão e tão somente um pequeno simulacro de nossas macro relações pessoais, da sociedade que vivemos e do mundo que criamos. O SUS funciona como um escudo dentro do contrato social estabelecido pela população brasileira a partir da Constituição de 1988, isso é inegável, porém, contraditoriamente, é este mesmo material que o forma que compõe a lança que fustiga o povo. O SUS é uma política, orgânica é verdade, mas uma política e muitas vezes, em nome dele, atuamos para preservar e perpetuar formas de agir,

falar, pensar que são parte desse racismo cotidiano, que mata, tão presente em nossa sociedade ainda colonial.

Até quando esse escudo resistirá dentro de um contexto global onde os valores individuais e egoístas se sobrepõe cada vez mais aos interesses coletivos? Certamente enquanto houver pessoas que usam o SUS, e as que trabalham no SUS, que ainda tenham esperança possivelmente haverá algum tipo de reação. No Brasil, no entanto, esperança nunca foi garantia de nenhuma mudança estrutural, como seria necessário neste caso. Fato é que enquanto houver esperança, possivelmente haverá resistência, e, talvez, luta.

Como mantermos a esperança viva? Melhorando a qualidade do serviço, reaproximando-o do setor público em detrimento de parcerias público privadas e gestão através de OSs, valorizando os trabalhadores e usuários do mesmo, ouvindo suas sugestões e estando aberto a soluções nem sempre protocoláveis ou replicáveis em “todos os casos iguais” justamente porque não existem casos iguais.

Como sermos inclusivos e generosos em uma sociedade onde se destacam figuras claramente racistas, machistas, fascistas e, pasmem, são essas que ocupam os mais altos lugares de poder? O dia a dia do SUS é formado por pessoas normais, entre elas também essas que colocaram figuras como o atual presidente da república no cargo que ocupa. É dessa cotidianidade do absurdo, que alimenta e é alimentada pela necropolítica versão Brasil, que tratamos no trabalho, desses encontros de cuidado que podem gerar a vida e a morte. É preciso, nesse fluxo, uma maior possibilidade de engajamento por parte de profissionais e usuários acerca dos problemas e potenciais que cercam as “suas” unidades de saúde. É preciso uma atitude política que combata a fronteira de cores que insistem em apagar mas está sempre lá, perceptível para os que sentem na pele e os que não desejam se enganar.

Por isso, neste trabalho, estudamos não exatamente as minhas práticas mas especialmente suas representações no imaginário social, procurando tecer uma reflexão sobre o porquê de naturalizarmos certos tratamentos para certas populações e não para outras, em certos locais e não em outros. Entendendo que existem aspectos sociais e históricos que fazem parte e atuam nessa trama de relações, já estamos avançando no entendimento dos problemas sociais que vivemos hoje. Aceitando que certas populações historicamente aviltadas de seus direitos precisam, sim, serem reconhecidas como detentoras de políticas especiais que visem uma maior equidade em nossa sociedade é um outro passo nesse sentido. Aceitar que a depender de sua cor de pele e de seus laços familiares você é uma pessoa extremamente privilegiada, também faz parte desse caminhar em direção a um Brasil mais justo.

Procuramos então através de experiências de vida, trabalho e afetos, entender como certos eixos ou estruturas de poder, em especial por meio dos conceitos de colonialidade e necropolítica, atuam sobre determinados grupos sociais com mais força, e crueldade, que em outros. Partindo de exemplos ilustramos a expressão tortuosa de odontologia que se tem em determinados contextos, mais especificamente em uma favela que possui um dos piores índices de desenvolvimento humano (IDH) do Rio de Janeiro. Estudar as representações sociais do cuidado à saúde bucal e o valor social conferido aos dentes pela população e quem cuida dela, possibilita compreender a maneira como os sujeitos sociais identificam, explicam, elaboram e produzem sentidos diante dos acontecimentos e necessidades percebidas e essa pode ser uma importante virada de chave para o SUS. Menos prescritivo, menos fornecedor de serviços e produtos, menos protocolar, menos excludente e burocratizado, menos gerencialista, mais integral, inclusivo, agregador, mais preocupado com seus trabalhadores e usuários, e restaurado de sua verdadeira função social: mostrar que é possível um mundo aonde nem tudo seja uma mercadoria valorada muitas vezes, inclusive, pela cor da pele.

A saúde bucal não pode, e não deve, ser o lapso nas lutas coletivas em torno de uma saúde pública universal e de qualidade, o que me parece acontecer diversas vezes. A saúde coletiva me parece afastada dessa discussão em uma espécie de seletividade que pode afasta-la das reais carências da população brasileira, afinal, é possível achar que o SUS presta um bom serviço de saúde bucal? Da forma como se pensa e organiza o serviço odontológico do SUS, quais de nós gestores, trabalhadores e pesquisadores do SUS desejariam utilizar esse serviço? O serviço odontológico seria o tal SUS pra pobre, que insistem dizer não existir? Quem utiliza a odontologia do SUS? Perguntas que espero ter respondido, ao menos parcialmente, no decorrer deste trabalho e que espero sejam reverberadas em trabalhos futuros sobre os mais diversos temas possíveis.

REFERÊNCIAS

- ACCO, M. A. **Os Estados, o sistema-mundo capitalista e o sistema interestatal: uma leitura crítica das contribuições de Immanuel Wallerstein.** Revista de Economia Política, vol. 38, nº 4 (153), pp. 708-730, outubro-dezembro/2018
- ADORNO, T. W. **Notas de literatura 1, Theodor W. Adorno;** Tradução e apresentação de Jorge M.B. Almeida São Paulo: Duas cidades; Ed.34 2003 176p. coleção espírito crítico
- ALMEIDA D.; MULLER R.P.; FRANCA P.N.R.; OSIELSKI T.P.O.; DINIZ T. **Autoetnografia como estratégia decolonizadora de ensino sobre o cotidiano em Terapia Ocupacional.** Interface (Botucatu). 2020;
- ANDRADE, V. L. **Percepção, Estranhamento e Desnaturalização: a diversidade dos discursos na formação cidadã crítica.** 2020. Disponível em: <https://pensaraeducacao.com.br/pensaraeducacaoempauta/percepcao-estranhamento-e-desnaturalizacao-a-diversidade-dos-discursos-na-formacao-cidada-critica/>. Acessado em 10/01/2021.
- ANDRÉ, M. E. D. A.; PONTIN, M. M. D. **O Diário Reflexivo, Avaliação e Investigação Didática.** Meta: Avaliação | Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 13-30, jan./abr. 2010
- ARAUJO, P. G. **Trato desfeito: o revés autobiográfico na literatura contemporânea brasileira.** Universidade de Brasília Instituto de letras Apresentado enquanto dissertação de mestrado. UNB - Brasília, 2011.
- BALLESTRIN, L. **América Latina e o giro decolonial** Revista Brasileira de Ciência Política, nº11. Brasília, maio - agosto de 2013, pp. 89-117.
- BECKER, J. **Conversas alheias: o estranhamento como metodologia e recepção estética; VISUALIDADES,** Goiânia v.10 n.2 p. 91-105, jul-dez 2012 Pág.94
- BENTO, M. A. S.; CARONE I. (organizadoras). **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil.** 6ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. –(coleção psicologia social).
- BERTO, F. D. **Subjetividades Clandestinas: A escrita de si como lugar de experiência.** Doutoranda em Ciências Sociais – Unesp/ Marília GT4: Memória(s) e identidade(s): música, cinema e literatura, 2015.
- BLANCO, M. **Autoetnografia: una forma narrativa de generación de conocimientos.** Andamios. Volumen 9, número 19, mayo-agosto, 2012, pp. 49-74.
- BOLLA, E. D. **Beleza, Racismo e embranquecimento: um olhar para a odontologia.** (Tese de doutoramento) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação SP (s.n.), 2016.
- BOTAZZO, C. **Da arte dentária: Um estudo arqueológico sobre a prática dos dentistas.** Tese apresentada à faculdade de ciências médicas da universidade de Campinas, para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. CAMPINAS, SP; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica – ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.

CALVIELLI, I. T. P.; REALE JÚNIOR, M. **Exercício ilegal da odontologia no brasil**. 1993. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

CARTA DE PERO VAZ DE CAMINHA a El-Rei D. Manuel sobre o Acha-mento do Brasil. Texto integral. São Paulo: Martin Claret, 2003.

CARVALHO, C. L. **A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.13, n. 1, p. 55-76, jan-mar 2006.

CASTIEL, L.D. **Os riscos e os exageros da promoção da saúde**. Brasília Med 2011;48(1):1-3

CASTIEL, L. D.; MORAES, D. R.; SILVA, C. S. P. **O gerencialismo utilitarista na produção acadêmica em saúde coletiva: a importância de ensaios críticos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(1):213-214, jan., 2014

CLIFFORD, J.; MARCUS, G. E. **A escrita da cultura: poética e política da etnografia**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ/Papeis selvagens, 2016.

DEBORD, G. **A Sociedade do Espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

EMMERICH, A. **A corporação odontológica e o seu imaginário**. Universidade Federal Do Espírito Santo. Ufes; 1ª edição, 2000

EMMERICH, A. **O lagarto e a rosa no asfalto: odontologia dos desejos e das vaidades./ Aduato Emmerich e Luis David Castiel**. - Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013

EMMERICH, A.; CASTIEL, L.D. **Dentistry science, Sisyphus and the “chameleon effect”**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.29, p.339-51, abr./jun. 2009.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas / Frantz Fanon**; Salvador: EDUFBA, 2008

FERREIRA, A.A.A.; PIUVEZAM, G.; WERNER C.W.A.; ALVES M.S.C.F. **A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal**. Ciênc. saúde coletiva 2006; 11(1): 211-218.

FREITAS S. F. **Uma história social da cárie dentária**. Tese apresentada como parte do requisito para obtenção do título de Doutor na Universidade Federal Fluminense – UFF- Niterói RJ 1995

GUATTARI, F. **Máquina Kafka/Kafka Machine**. São Paulo: N-1 Edições, 2011.

HALL, S. **Cultura e representação / Stuart Hall**. Organização e revisão técnica: Arthur Ituassu; Tradução: Daniel Miranda e William Oliveira. – Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: Apicuri, 2016.

JESUS, C.M. de. **Quarto de despejo: diário de uma favelada**. 10 ed. São Paulo. Ática, 2014.

LANDER, E. **La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latino-americanas** - Compilador/a o Editor/a; Autor(es) Buenos Aires Lugar CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales Editorial/Editor 2000

LANDGRAF, J. **Raça, branquitude e descolonização: o trabalho de Grada Kilomba**. Espaço Ameríndio, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 339-346, jan./jun. 2020.

LARROSA J. **A operação ensaio: sobre o ensaiar e o ensaiar-se no pensamento, na escrita e na vida**. Educação e Realidade 2004; 29:27-43.

LEFEBVRE, H. **O direito a cidade**; São Paulo: Centauro 2001

LIMA, F. **Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe**. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, v. 70, n. spe, p. 20-33, 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 29 de março de 2021.

LIMA, F. **Trauma, colonialidade e a sociogenia em Frantz Fanon: os estudos da subjetividade na encruzilhada**. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, v. 72, n. spe, p. 80-93, 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 29 de março de 2021.

LUCAS, W. S. de J. **Representações relacionadas à questão das drogas ilícitas no noticiário de jornais do Rio de Janeiro à luz da teoria de Frantz Fanon**. 2018. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

LUGONES, M. **Rumo a um feminismo descolonial**; Estudos feministas, Florianópolis. 22(3):320 setembro-dezembro 2014

MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro, Roseni e Mattos, Ruben Araujo (orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p. 43-68

MBEMBE, A. **Necropolítica. Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. São Paulo: N-1 Edições, 2019.

MBEMBE, A. **A universalidade de Frantz Fanon**. Cidade do Cabo. Recuperado de <http://www.buala.org/pt/da-fala/a-universalidade-de-frantz-fanon-de-achilleMbembe>, 2011

MBEMBE, A. **Políticas da inimizade**. São Paulo: N-1 Edições. 1 ed. Novembro, 2020

LYNN, M. S. **Hibridismo e Tradução cultural em Bhabha**. São Paulo: Editora Boitempo. 2004

MICHAELIS. **Dicionário brasileiro da língua portuguesa**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=etnografia>. Acessado em 10 de setembro de 2019.

MIGNOLO, W. D. **Colonialidade O lado mais escuro da modernidade**. Tradução de Marco Oliveira RBCS Vol. 32 n° 94 junho/2017: e329402

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (PNS)**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/indicadores-de-saude/pesquisa-nacional-de-saude-pns>. Acessado em 12 de setembro de 2019.

MOURA, C. **A sociologia posta em questão**. São Paulo, Livraria Editora Ciências Humanas. 1978

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

NARVAI, P. C. **Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 381-392, 2000. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200011>. Acessado em 24 de fevereiro de 2021.

PEREIRA, W. **Uma história da odontologia no Brasil**. História e Perspectivas, Uberlândia (47): 147-173, jul./dez. 2012

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

QUIJANO, A. **Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina**; em A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires Lugar CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales Editorial/Editor 2005

ROSENTHAL, E. **A Odontologia no Brasil no Século XX: História Ilustrada**. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2001

ROSSI, A.; PASSOS, E. **Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil**. Rev. Epos, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, jun. 2014.

RUFINO, L. **Histórias e saberes de jongueiros**. Rio de Janeiro: Ed. Multifoco, 2014.

RUFINO, L. **Pedagogia das encruzilhadas**. Rio de Janeiro. Mórula editorial, 2019.

SANTOS, S. M. A. **O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios**. PLURAL, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v.24.1, 2017, p.214-241. São Paulo. Editora Santos 2001

SARMENTO, G.; **Cotidiano e territorialidade: As invasões do Rio de Janeiro pelas expedições de Jean François Duclerc (1710) e René Dugay-Trouin (1711)**. In: CÂMARA, S (org.). Coleção Memória e Representação. Volume 1. 1ed. ed. Autografia março de 2015, p.114-133.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo**. 2edição. São Paulo : Veneta, 2020.

SEVALHO, G.; DIAS, J. V. dos S. **Frantz Fanon, descolonização e o saber em saúde mental: contribuições para a saúde coletiva brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2022, v. 27, n. 03, pp. 937-946. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.42612020>>. Epub 11 Mar 2022. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.42612020>. Acessado em 28 de Março de 2022.

SILVA, L. R.. SILVA, E. Targino da. **A inscrição do ensaio nos gêneros literários**. Cadernos da FaEL, v.4, p. 26-32, 2011.

SODRÉ, M. **O terreiro e a cidade: a forma social negro-brasileira**. Petrópolis: Vozes. 1998

TORRES, N. M. **A topologia do Ser e a geopolítica do conhecimento. Modernidade, império e colonialidade**, Revista Crítica de Ciências Sociais [Online], 80 | 2008, colocado online no dia 01 outubro 2012, criado a 20 abril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/rccs/695> ; DOI : 10.4000/rccs.695

VELHO, G. **Observando o Familiar**. IN Oliveira, Edson. A Aventura Sociológica. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. Citado por BECKER, JÉSSICA. Conversas alheias: o estranhamento como metodologia e recepção estética; VISUALIDADES, Goiânia v.10 n.2 p. 91-105, Pág.94 jul-dez 2012.

VERGUEIRO, V. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade / Viviane Vergueiro**. (Dissertação de mestrado). Universidade federal da Bahia UFBA Salvador BA 2016.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação – Episódios de racismo cotidiano / Grada Kilomba**; tradução Jess Oliveira. – 1ed. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.