

Saúde

cor/raça, saúde e política no Brasil (1995-2006)

Simone Monteiro
Marcos Chor Maio

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MONTEIRO, S., and MAIO, MC. Saúde: cor/raça, saúde e política no Brasil (1995-2006). In: PINHO, AO., and SANSONE, L., orgs. *Raça: novas perspectivas antropológicas* [online]. 2nd ed. rev. Salvador: EDUFBA, 2008, pp. 121-149. ISBN 978-85-232-1225-4. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Saúde

Cor/Raça, Saúde e Política no Brasil (1995-2006)

- *Simone Monteiro* é Pesquisadora do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz.

- *Marcos Chor Maio* é Pesquisador do Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Introdução

No Brasil, as relações entre cor/raça e saúde vêm sendo objeto de uma série de iniciativas centrada na criação de um campo de reflexão e de intervenção política, denominado saúde da população negra. Essa proposta se insere na discussão sobre formas de enfrentamento do racismo no País, na medida em que governo e a sociedade civil reconhecem, atualmente, as desvantagens materiais e simbólicas sofridas pelos negros. Apesar de não haver consenso quanto aos diagnósticos e às soluções para o problema da discriminação racial, ele adquire maior visibilidade em função do atual debate sobre os temas da pobreza e da justiça social. Nesse cenário, “raça” emerge não apenas como uma ferramenta analítica para tornar inteligíveis os mecanismos estruturais das desigualdades sociais, mas também como instrumento político para a superação das iniquidades históricas existentes no Brasil.

As interfaces entre raça, medicina e saúde pública estiveram em voga entre as últimas décadas do século XIX e os anos 40 do século XX, enquanto fontes inspiradoras de políticas públicas. Desde o fim da escravidão e o advento do regime republicano, elites dirigentes e intelectuais se depararam com o desafio de repensar a nação e as suas possibilidades de adentrar o mundo moderno com uma população composta por brancos, mestiços e negros. A título de ilustração,

as medidas tomadas pelo governo brasileiro para debelar os surtos epidêmicos de febre amarela, entre fins do século XIX e início do XX, são interpretadas por parte da historiografia como componentes de um período em que as políticas sanitárias privilegiaram a proteção aos europeus recém-chegados. Esse contingente, supostamente civilizado, acometido em grande escala pela doença, viria a assegurar, conforme a “política racial” calcada na ideologia do branqueamento, uma nova composição demográfica da população brasileira rumo à modernidade (CHALHOUB, 1996; MAIO, 2004).

Nas primeiras décadas do século XX houve uma disputa entre diferentes projetos de nação, ancorados, em graus variados, no conhecimento médico e sanitário da época. Grosso modo, pode-se dividir esse momento em duas vertentes interpretativas. A primeira delas atribui ao conceito de raça papel demiúrgico no processo de compreensão e intervenção na dinâmica societária, inspirada numa visão determinista biológica e mantendo vínculos estreitos com a antropologia física oitocentista. Essa corrente teve forte ascendência no campo da medicina legal, particularmente nos trabalhos do “médico-antropólogo” Nina Rodrigues. A sua produção intelectual teve significativa influência nas críticas ao liberalismo da Primeira República, na modernização do aparato policial, especialmente nos processos de controle e identificação das “classes perigosas” e, não menos relevante, nos estudos sobre o negro (CORRÊA, 1998; SCHWARCZ, 1993).

A segunda vertente, inspirada na tradição médico-higienista, alcançou maior proeminência durante a Primeira Guerra Mundial. O pensamento nacionalista vigente, somado aos avanços da bacteriologia e da microbiologia, considerou que expressiva parcela da população pobre atingida por doenças infecto-contagiosas, localizada principalmente no interior do país, “não era assim, estava assim”, lembrando a autocritica de Monteiro Lobato na famosa análise do seu personagem Jeca Tatu. Era o tempo dos sanitaristas. Os seus temas eram: expansão do aparato estatal; incorporação social de populações marginalizadas; centralização das políticas de saúde pública; e visão crítica em relação aos reducionismos climático e racial (LIMA; HOCHMAN, 1996). A perspectiva sanitarista exerceu papel central no processo de inflexão de interpretações racialistas para argumentos sociológicos e culturalistas ainda nos anos de 1920. Mesmo no caso da “eugenia à brasileira”, entre as décadas de 1920 e 1940, diferente do modelo determinista anglo-saxão, prevaleceu a interpretação que atribuía ao saneamento, à higiene e à educação as melhores alternativas para a superação do atraso econômico e social (STEPAN, 1991, p. 118-119).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e da ditadura estado-novista, quando se inaugurou a experiência democrática de 1946-1964, o otimismo sanitário internacional no combate às doenças endêmicas em áreas periféricas foi acompanhado pela concepção, inspirada no binômio saúde e desenvolvimento, que atravessou os anos de 1950 e 1960, de que os agravos à saúde eram impeditivos à modernização do Brasil (LIMA, 2002). Nesse período, diversas iniciativas foram deslanchadas na direção da ampliação do acesso da população aos serviços de saúde em consonância com as reformas sociais em curso. O golpe militar de 1964 impediu que esse processo fosse expandido. O novo regime, autoritário e centralizador, empreendeu um amplo processo de privatização da saúde pública (LIMA *et al.*, 2005; ARRETCHE, 2005). Na década de 1980, mediante a atuação do movimento da Reforma Sanitária, legitima-se no plano constitucional o projeto de universalização do acesso à saúde, corporificado no Sistema Único de Saúde (SUS) em contexto de democratização do país (ESCOREL, 1999; GERSHMAN, 1995; VIANA, 2001).

Cabe registrar que a tradição sanitarista brasileira continuou a não atribuir importância à temática racial.¹ Só no alvorecer do século XXI voltam à cena pública as relações entre raça e saúde, a partir da proposta de criação de uma política focal direcionada à população negra. Esta se baseia na concepção de que as desigualdades raciais repercutem de forma específica na esfera da saúde pública e, por conseguinte, devem ser objeto de ação governamental para superá-las. Com base numa articulação que envolve ONGs vinculadas ao movimento negro, agências estatais, fundações filantrópicas norte-americanas, instituições multilaterais e fóruns internacionais, especialmente no plano dos Direitos Humanos, a nova política anti-racista surge no contexto da discussão sobre políticas de ação afirmativa no Brasil, iniciada nos anos 1990.

A constituição do domínio da saúde da população negra vem destacando a importância da identidade racial como condição necessária para a luta contra as iniquidades. De acordo com Guimarães (1999, p. 58): “para os afro-brasileiros, para aqueles que se chamam a si mesmos de ‘negros’, o anti-racismo deve significar, antes de tudo, a admissão de sua ‘raça’, isto é, a percepção racializada de si mesmo e do outro.” Essa dinâmica tem no Estado um ator central na medida em que a adoção de políticas de ação afirmativa exige a definição de um foco preciso para os seus beneficiários. Num país como o Brasil, em que os cidadãos são pouco afeitos a sistemas rígidos de classificação racial, a ação estatal vem se revelando indispensável à produção da “raça negra” (FRY, 2005; GRIN, 2001).

Essa dinâmica ocorre simultaneamente à redefinição do papel do Estado no plano econômico e social na era global, com conseqüências negativas visíveis ao mundo dos direitos sociais. Ademais, o clássico conceito de cidadania, com base nos princípios da universalidade e da igualdade, é colocado em xeque pela perspectiva multiculturalista. Ela sugere uma “cidadania cultural” em nome do reconhecimento de atores políticos e, em especial, de movimentos sociais que procuram assumir a representação de grupos historicamente injustiçados. Tudo isso toca em pontos sensíveis da complexa relação entre raça e saúde, seja pelas controvérsias em torno do conceito de raça, seja pelas inter-relações entre raça e agravos à saúde, ainda mais quando essas interfaces vêm se tornando objeto de política do Estado.

É com base nesse conjunto de temas que este artigo visa descrever o processo de construção de uma política específica na área da saúde pública entre 1995 e 2006. O recorte temporal abarca as primeiras iniciativas do governo Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) até as ações no país, nos âmbitos federal, estadual e municipal, ocorridas em 2006, ano de lançamento da *Política Nacional de Saúde da População Negra*. O trabalho aborda, portanto, a emergência da saúde da população negra, as inflexões ocorridas nesse processo e a correspondente agenda política.

FHC e os primórdios do debate sobre saúde da população negra

A proposta de uma política com recorte racial na área da saúde pública no Brasil só ganhou visibilidade no governo Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) e principalmente após a 3ª Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, sob os auspícios da ONU, realizada em Durban, África do Sul (2001).

Cabe, no entanto, lembrar que algumas iniciativas do movimento feminista e, em particular, de lideranças negras foram desenvolvidas, a partir da década de 1980, com o objetivo de ressaltar especificidades raciais no âmbito da saúde reprodutiva. Essas ações, de alcance limitado no contexto nacional, foram influenciadas pela produção intelectual feminista e pelo ativismo negro norte-americanos, que passaram da perspectiva universalista à diferencialista, que atribui centralidade à questão das relações raciais e do racismo (PIERUCCI, 1999).

Os fóruns nacionais e internacionais das décadas de 1980 e 1990, por sua vez, em sintonia com a reflexão anglo-saxã (AZERÊDO, 1994), sedimentaram gradativamente a recusa à perspectiva dominante do “ser feminino universal”, ao incorporarem as variáveis raça e classe, entrelaçadas à de gênero, para a inteligibilidade das desigualdades sociais (CARNEIRO; SANTOS, 1985; CALDWELL, 2000).

Um dos temas concernentes às relações entre saúde da mulher e raça que suscitou debate público no país e repercutiu no campo acadêmico foi a existência de um programa de esterilização em massa no Brasil. Embora não haja consenso na literatura sobre o caráter racial da esterilização realizada no país (BERQUÓ, 1994; CAETANO, 2004), setores do movimento negro apontaram a existência de um projeto eugênico em curso nas últimas décadas do século XX, tendo como alvo central as mulheres negras. Foram criadas Comissões Parlamentares de Inquérito em alguns estados e no Congresso Nacional sobre processos de esterilização (CAETANO, 2004). O episódio tornou mais evidente a interface entre o ativismo das mulheres negras e o tema da saúde sexual e reprodutiva. Este tópico, segundo Ribeiro (1995) e Roland (2001a), ganhou nova dimensão em face de uma série de iniciativas (encontros, congressos, fóruns, inserção de militantes em aparatos estatais, construção de redes transnacionais). Vale destacar ainda a V Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (CAIRO, 1994) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (BEIJING, 1995). Ademais, o trabalho desenvolvido por ONGs vinculadas ao movimento negro contou com a colaboração de instituições acadêmicas brasileiras (Nepo/Unicamp e Cebrap) e instituições filantrópicas norte-americanas, a exemplo das Fundações Ford e MacArthur, no apoio a projetos e bolsas que associassem pesquisa acadêmica e intervenção social. Esses são alguns dos marcos que contribuíram para a criação de um “feminismo negro” (ROLAND, 2001b).

Monteiro (2004) aponta que nas publicações sobre a saúde da população negra, produzidas em sua maioria por ativistas, predomina o argumento segundo o qual a invisibilidade do recorte racial nas pesquisas da área da saúde pública decorre do não-reconhecimento da existência do racismo na sociedade brasileira. Diversos artigos, sobretudo de intelectuais negras, procuraram demonstrar a importância da variável cor/raça na prevalência entre a população feminina negra de diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme, que podem promover abortamento espontâneo e maior suscetibilidade a infecções, entre outros problemas. Além disso, discutiram os efeitos do racismo na produção das

desigualdades em saúde, salientando a importância da identificação dos determinantes genéticos e/ou socioeconômicos das doenças “étnico-raciais”.²

Com efeito, só a partir do debate sobre políticas de ação afirmativa no governo Fernando Henrique Cardoso incluiu-se um capítulo relativo à saúde da população negra, quando da criação do Grupo de Trabalho Interministerial Para a Valorização e Promoção da População Negra, por decreto presidencial no dia 20 de novembro de 1995, ocasião de uma homenagem aos 300 anos de Zumbi dos Palmares. Essa iniciativa veio no bojo da elaboração do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) do governo federal, lançado em 1996. Embora o ativismo negro tenha exercido papel relevante nesse contexto, é importante assinalar a chegada ao poder de um sociólogo que iniciou sua carreira com uma tese de doutorado sobre as relações entre capitalismo e escravidão sob a orientação de Florestan Fernandes (CARDOSO, 1962). Fernando Henrique Cardoso fez parte da segunda geração do “projeto Unesco de relações raciais”, um ciclo de pesquisas desenvolvido nos anos 1950 e que se tornou um marco nos estudos sobre o “racismo à brasileira” (MAIO, 1999). Não por acaso, ele foi o primeiro presidente da República a reconhecer oficialmente a existência de discriminação racial no país.

Em junho de 1996, no Palácio do Planalto, o Ministério da Justiça, com o apoio do Itamaraty, promoveu o seminário internacional *Multiculturalismo e Racismo: o Papel da “Ação Afirmativa” nos Estados Democráticos Contemporâneos*, com a presença de acadêmicos brasileiros e norte-americanos e lideranças do movimento negro, com o intuito de colher subsídios para a formulação de políticas voltadas para a população negra (SOUZA, 1997; GRIN, 2001). Foi nesse ambiente de discussão sobre ações afirmativas que ocorreu ainda no primeiro semestre de 1996 a *Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra*, com a presença de “cientistas, militantes da sociedade civil, médicos e técnicos do Ministério da Saúde.” A reunião realizada em Brasília gerou um documento sobre o tema, dividido em quatro itens principais.

O primeiro deles refere-se ao conjunto de “doenças geneticamente determinadas”. Elas são classificadas como de “berço hereditário, ancestral e étnico” e os exemplos são: anemia falciforme, considerada a mais importante doença genética que acomete os “afro-descendentes”, seguida pela “hipertensão arterial, o diabete mellitus e uma forma de deficiência de enzima hepática, a glicose-6-fosfato desidrogenase.” Pondera-se que esses agravos à saúde recaem sobre outros grupos étnico-raciais, mas que a intensidade de seus efeitos incide especialmente sobre pretos e pardos.

O segundo grupo de doenças diz respeito às adversas condições socioeconômicas, educacionais e psíquicas, tais como: “alcooolismo, toxicomania, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/Aids, doenças do trabalho e transtornos mentais.”

O terceiro bloco de males à saúde é formado por uma combinação de determinantes genéticos com desfavoráveis condições sociais de vida, até mesmo no plano cultural, a saber: “hipertensão arterial, diabete mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, cânceres e miomas.” Mais uma vez se alerta que não obstante essas doenças acometerem a sociedade como um todo, elas seriam mais acentuadas entre a população negra em função da situação desprivilegiada que desfruta na sociedade.

O quarto e último agrupamento de doenças está associado aos determinantes fisiológicos que, acrescidos das precárias condições de vida, transformam processos aparentemente naturais (crescimento, gravidez, parto e envelhecimento) em graves problemas sociais. Apresenta-se um breve quadro histórico e sociológico da situação subalterna em que vivem há séculos os afro-brasileiros e os seus possíveis efeitos sobre a saúde da população negra.³

Uma das primeiras demandas atendidas pelo governo FHC foi a inclusão, ainda no início de 1996, do “quesito raça/cor nos formulários oficiais, nacionalmente padronizados, de Declaração de Nascidos Vivos e de Declaração de Óbitos” (JACCOUD; BEGHIN, 2002, p. 5).⁴ Além disso, a partir da reunião ocorrida em abril de 1996, foi instituído o Programa de Anemia Falciforme (PAF) em razão de “ser uma doença incidente predominantemente sobre a população afro-descendente e já contar com sinalizadores estatísticos suficientes e convincentes para justificar sua prioridade como problema de saúde pública.”⁵ O PAF tornou-se, nas palavras de Oliveira (2002, p. 238), “a conquista política mais importante do Movimento Negro na área da saúde”.

Em 1997, foi definida a “Política de Saúde para a População Negra”, na gestão do então Ministro Carlos Albuquerque (OLIVEIRA, 2002, p. 243), um passo a mais no caminho do estabelecimento de uma política focal. Na esteira dessa decisão reitera-se o programa estabelecido no ano anterior.

Todavia, até março de 2001, enquanto política federal, o PAF ficou restrito a algumas iniciativas no âmbito municipal e estadual, não se constituindo em um conjunto de diretrizes, nem tampouco resultando na alocação de recursos por parte do Ministério da Saúde (ROLAND, 2001b). Acrescente-se o fato de que em junho de 2001 o Ministro da Saúde, José Serra, instituiu, no âmbito do SUS,

o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), buscando a cobertura de 100% dos recém-nascidos vivos e incluindo doenças falciformes e outras hemoglobinopatias. O PNTN foi visto, por representantes do movimento negro, como uma medida de alcance limitado, quando comparado com a proposta do PAF, e uma forma de diluir uma “conquista política” (OLIVEIRA, 2002).

É importante destacar que até o início do segundo semestre de 2001, o governo FHC manifestou uma atitude oscilante em matéria de “políticas raciais”. Em princípio, ele não julgou pertinente implantar programas específicos de saúde para a população negra, a exceção do PAF. Todavia, este se revelou uma declaração de intenções, um ‘bem simbólico’, sendo substituído pelo PNTN. A Conferência de Durban promoverá alterações pontuais, porém decisivas a médio prazo.

Sob o efeito de Durban

Diversas conferências regionais e mundiais serviram de catalisadores para a inserção da discussão sobre o racismo na pauta de questões nacionais e, especificamente, a proposta de construção da saúde da população negra. A 3ª Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, realizada em Durban, África do Sul, entre 31 de agosto e 8 de setembro de 2001, foi um momento de inflexão do debate sobre a discriminação racial no Brasil e, em particular, da atuação no período final do governo Fernando Henrique Cardoso (MAGGIE; FRY, 2004; MAIO; SANTOS, 2005).

Os fóruns preparatórios para a Conferência de Durban deixaram mais evidentes as articulações entre o movimento negro, no plano transnacional, e a rede de movimentos, ONGs, organizações multilaterais e aparatos estatais no âmbito da luta pelos direitos humanos. Se nos anos 1980 a luta anti-racista era representada pela aliança entre cientistas sociais e o movimento negro, com reduzido raio de influência, a partir da segunda metade dos anos 1990 e, em particular, no início do século XXI, novos atores se posicionaram a favor da implementação de ‘políticas raciais’. Agências do Estado como o Ipea e o Itamaraty, jornalistas, setores da academia e parlamentares de variados matizes ideológicos passaram a se identificar com a pauta de reivindicações discutida em arenas internacionais, em que políticas públicas racializadas deveriam ser o norte para se atingir justiça social, em contraposição às de perfil universalista (HTUN, 2004; GRIN, 2004b).

As ativistas negras brasileiras tiveram papel decisivo na articulação entre demandas formuladas em fóruns globais e as reivindicações locais. O acúmulo da experiência da luta feminista no campo da saúde reprodutiva e em conferências apoiadas por agências multilaterais (Beijing, Cairo), desde os anos 1990, foi decisivo para a busca de legitimação da “saúde da população negra”. Uma série de eventos preparatórios ocorridos no Brasil e na América Latina para a conferência de Durban combinou a denúncia do racismo e das desigualdades raciais e propostas de políticas de ação afirmativa que, no caso brasileiro, vêm sendo traduzidas pela implantação do sistema de cotas raciais. Um indicador preciso da importância da presença brasileira em Durban foi a escolha de Edna Roland, da ONG Fala Preta!, como relatora (CARNEIRO, 2002; BARRIOS, 2002; OLIVEIRA; SANT’ANNA, 2002).⁶

Apesar das controvérsias entre Estados Unidos, Israel e países árabes em torno da questão palestina ou das contendas entre países europeus e africanos acerca do legado da escravidão e da reivindicação de reparação, os resultados da Conferência para a rede pró-ação afirmativa no Brasil foram positivos, principalmente quanto à recepção das propostas no país. Em consequência, o governo brasileiro, signatário da Declaração Final de Durban e sensível em manter uma boa imagem no exterior no plano dos direitos humanos, adotou em alguns ministérios cotas raciais para a contratação de pessoal (Desenvolvimento Agrícola e Reforma Agrária, Justiça e Relações Exteriores). Essa mesma política deslanchou em universidades públicas (estaduais e federais) e vem se expandindo desde o final de 2001 (MAGGIE; FRY, 2004).

No campo da saúde pública, foi realizada, sob o efeito de Durban, em dezembro de 2001, uma reunião que resultou no documento *Política Nacional de Saúde da População Negra* (ORGANIZAÇÃO..., 2001). Produzido por profissionais de diversas organizações internacionais, do movimento negro e de representantes de instituições universitárias⁷, o documento informa que a participação brasileira na Conferência Mundial Contra o Racismo produziu um “ambiente favorável” para uma atuação “mais incisiva na superação das desvantagens sociais geradas pelo racismo” (ORGANIZAÇÃO..., 2001, p. 5).

Ressalta-se que a inclusão da temática racial nas ações de promoção da equidade em saúde foi impulsionada pelo Plano de Ação da Conferência Regional das Américas Contra o Racismo, realizada no final de 2000 (Santiago, Chile). Neste Plano de Ação há uma requisição para que a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) “promova ações para o reconhecimento de raça/grupo étnico/

gênero como variável significativa em matéria de saúde e que desenvolva projetos específicos para prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas de descendência africana” (ORGANIZAÇÃO..., 2001, p. 5).⁸

A formulação de políticas públicas centradas na saúde da população negra é justificada pelas evidências de que a “discriminação racial leva a situações mais perversas de vida e de morte”, pela utilização dos dados do Ipea sobre as desigualdades entre negros e brancos quanto à escolaridade, à renda e ao saneamento e pelo fato da universalidade dos serviços, garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não ser suficiente para “assegurar a equidade [...] ao subestimar as necessidades de grupos populacionais específicos”, colaborando para o agravamento “das condições sanitárias de afro-brasileiros” (ORGANIZAÇÃO..., 2001, p. 6-7). Segundo esse ponto de vista o SUS não seria capaz de capturar o “resíduo” persistente do racismo, exigindo a elaboração de uma política específica de recorte racial.

A publicação reafirma o conjunto de agravos julgados mais frequentes na população negra no Brasil. São feitas as seguintes recomendações: produção de conhecimento científico, capacitação dos profissionais da saúde, divulgação de informações à população e formulação de políticas focais de atenção à saúde. O documento traz também a demanda por reconhecimento oficial da medicina popular de “matriz africana” (ORGANIZAÇÃO..., 2001, p. 11).

Conforme mencionado, durante boa parte da gestão FHC prevaleceu uma posição ambivalente quanto aos meios de se combater o racismo. O governo a um só tempo estimulou a formulação de políticas específicas para a população negra e demonstrou reservas quanto à adoção de um modelo racializado à norte-americana (GRIN, 2001; 2004a). Nesse sentido, abriu espaço para a discussão de políticas de ação afirmativa, pressionado por movimentos sociais e agências internacionais, especialmente após Durban, mas a implementação das mesmas foi tímida, inclusive no campo da saúde pública.

O governo Lula: novas iniciativas

A eleição de Lula amplia a perspectiva de adoção de políticas específicas. Os efeitos de Durban, somados às vinculações do Partido dos Trabalhadores com movimentos sociais, resultaram na criação da Secretaria Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (Seppir) no primeiro semestre de 2003.

Paralelamente, as interfaces entre aspectos étnico-raciais e saúde ganham crescente visibilidade no debate sobre as desigualdades sociais no Brasil.⁹

Em agosto de 2004 foi constituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, integrado por representantes de diversos órgãos e instituições do Ministério da Saúde e da Seppir. O Comitê tem as seguintes atribuições:

I – sistematizar propostas que visem à promoção da equidade racial na atenção à saúde; II – apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde; III – elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde; IV – participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra; e V – colaborar no acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas pelo Ministério da Saúde no que se refere à promoção da igualdade racial, segundo as estratégias propostas pelo Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPPIR). (*Diário Oficial da União*, seção 2, 16.8.2004, p. 19)

Nessa ocasião ocorreu o I Seminário Nacional da Saúde da População Negra, entre os dias 18 e 20 de agosto de 2004, em Brasília, patrocinado pelo Ministério da Saúde e pela Seppir. O evento trouxe novos desdobramentos das concepções e propostas apresentadas no documento, previamente mencionado, *Política Nacional de Saúde da População Negra* (ORGANIZAÇÃO..., 2001). Entre os presentes encontravam-se gestores em saúde pública, médicos, enfermeiros, representantes de ONGs vinculadas a projetos sociais e ativistas do movimento negro, parte dos quais inseridos em instituições acadêmicas. Os pressupostos e as diretrizes centrados na formulação de uma política de ação afirmativa na esfera da saúde pública voltada para a população negra, além de terem sido reafirmados, foram expandidos. Assim, ao longo do seminário, os trabalhos e discussões reiteraram a importância da implantação do quesito raça/cor nos formulários oficiais de Declaração de Nascidos Vivos e de Declaração de Óbitos e a necessidade de se desenvolver políticas que atendam as especificidades de saúde dos grupos étnico-raciais, ilustrados pelos Programas de Anemia Falciforme e Triagem Neonatal, pelas ações em saúde junto às comunidades quilombolas e pelo reconhecimento do saber dos terreiros de candomblé pelo Ministério da Saúde, entre outros.¹⁰

Para subsidiar as discussões do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, a coordenação do evento divulgou um *Caderno de textos básicos*.

Nele, há uma revisão da bibliografia, contextualizando historicamente conceitos considerados importantes para a abordagem do tema saúde da população negra, como: cidadania, raça e medicina; racismo; preconceito; democracia racial; racismo institucional; ações afirmativas e empoderamento. São também tratados os princípios do SUS e a controversa relação entre classe e raça/cor. As interações entre movimentos sociais e organizações governamentais relativas aos direitos da população negra e a presença do Brasil em conferências internacionais finalizam o trabalho (FIGUEROA, 2004). Nessas análises, valoriza-se o conceito de raça, pelo fato de ser uma categoria sócio-política mobilizada pelo ativismo negro contra o racismo, ou seja, “de marcador pejorativo de traço físico e de uma história de opressão e discriminação, a nova sonoridade do termo raça negra propõe uma racialização positiva na busca da superação definitiva das mazelas enfrentadas pela população negra” (FIGUEROA, 2004, p. 2).

Presume-se que raça é uma categoria criada por teóricos do século XVIII, veiculada pelo determinismo biológico do século XIX em nome da divisão hierárquica da humanidade. Julga-se, ao mesmo tempo, que as categorias produzidas pelo racismo científico seriam transformadas em instrumentos privilegiados da luta anti-racista. Guimarães (1999, p. 64) sugere “a necessidade de teorizar as ‘raças’ como elas são, ou seja, construtos sociais, formas de identidade baseadas numa idéia biológica errônea, mas socialmente eficaz para construir, manter e reproduzir diferenças e privilégios.” Caberia então desnaturalizar raça enquanto conceito biológico e enfatizar seu caráter sociológico, como instrumento identitário a ser politizado em nome de uma sociedade mais justa e igualitária.

Para isso, a construção de uma “política racial” exigiria a eliminação da categoria censitária e intermediária pardo e a sua associação com a categoria preto em função das alegadas similitudes entre os dois grupos na esfera socioeconômica. Assim, pardos e pretos são englobados em não-brancos, em “raça negra”, em “afro-descendentes”, reforçando o padrão bipolar, afeito à experiência norte-americana. A construção do modelo dicotômico (branco/negro), por sua vez, facilitaria, na visão de seus proponentes, a tomada de consciência racial que levaria ao reconhecimento identitário. A partir da política de identidades, o Estado viria a atender as demandas diferenciadas em termos de incorporação social com o fito de se chegar à “equidade racial”.

A consolidação de uma política racial na área da saúde pública necessita também do incremento da geração de dados estatísticos que evidenciem as clivagens entre brancos e negros na área da saúde. Lembrando Souza (SOUZA, 2002, p. 1144):

nesse contexto de discussão, novos atores apresentam-se na cena social para apontar a necessidade de dados sobre a situação de saúde da população negra. A produção de informação passou então a ser um forte componente para a construção e fortalecimento da identidade negra.

Os achados estatísticos, conforme indica Pinto (2005, p. 2-3),

costumam ser apresentados como mera expressão da ‘realidade’ social, deixando-se de lado toda a reflexão epistemológica sobre o impacto dos instrumentos de ‘mensuração social’ na construção de grupos sociais através da reificação de suas categorias definidoras.¹¹

É preciso, portanto, combinar levantamentos quantitativos com análises qualitativas sócio-antropológicas para se aferir, de forma consistente, os mecanismos e os respectivos efeitos do racismo, destoando esse propósito da mera afirmação de identidades políticas.

Cabe ainda destacar que no documento do I Seminário Nacional da Saúde da População Negra o conceito de equidade, presente nos princípios do SUS, apresenta uma perspectiva multiculturalista, ao enfatizar que a diversidade cultural existente na sociedade brasileira deve levar em consideração as especificidades daqueles considerados diferentes. No capítulo da cidadania, o documento indica, entre outros aspectos, os ‘direitos culturais’ (FIGUEROA, 2004, p. 7). Neles “se inclu[iriam] o de identidade étnica, de opção religiosa, de preservação e valorização das línguas e expressões rituais, musicais ... saberes e práticas médicas e de cuidados tradicionais [...]” (FIGUEROA, 2004, p. 7). Em princípio, pareceria plausível conjugar identidades culturais com cidadania universal. Contudo, a proposta é que minorias, que sofreram injustiças históricas, reivindiquem uma espécie de “cidadania cultural”, inspirada no modelo norte-americano, como forma de romper com a idéia de universalidade e igualdade de direitos em nome de políticas compensatórias (cf. CARVALHO, 2000, p. 120).

Mencionam-se ainda, nos textos do I Seminário, o Relatório Preliminar da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que tem diversas passagens referentes à população negra que deverão ser integradas às instâncias do SUS, bem como comentários sobre as bases que nortearam a formulação do *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela Saúde no Brasil*.

Ao longo do ano de 2004 foi dada continuidade ao processo de construção de uma política focalizada como resposta às desigualdades raciais em saúde por meio de um conjunto de portarias voltadas para regulação e implementação de

ações junto a comunidades quilombolas e aos *Programas de Anemia Falciforme e Atenção aos Pacientes Hemoderivados*. Dentre as ações propostas há referências a cursos de formação e produção de material educativo para diferentes segmentos populacionais (profissionais de saúde, escolares, auditores) acerca da saúde da população negra.

Conforme a análise crítica de Fry e outros (2007), o tema da vulnerabilidade ao HIV/Aids da população negra também ganhou destaque nas políticas de recorte racial através do estímulo a projetos e estudos, como o *Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros – Brasil AfroAtitude* (BRASIL, 2004) e o *Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids* (BRASIL, 2005). O desenvolvimento desses programas resultou da parceria entre o PN-DST/AIDS, a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), e a Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação. Fazem parte das ações do *Programa Estratégico*: a inserção de jovens negros no programa “Saúde e Prevenção nas Escolas”; a realização de campanhas específicas sobre AIDS, racismo, outras DST e a “população negra”; a participação de 50% de pessoas negras nas campanhas do PN - DST/AIDS, dentre outras. Posteriormente, a parceria entre o Programa Nacional de DST/AIDS e a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras redundou na proposta de elaboração materiais educativos, capacitação e apoio técnico para terreiros de candomblé.

Tendo por base os dados do relatório da Seppir,¹² observa-se que nos anos de 2005 ocorreu a ampliação de ações e programas com recorte racial nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal, em diversos campos (saúde, educação, trabalho, entre outras). Os reflexos dessa expansão na área da saúde podem ser ilustrados pela regulamentação da inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informação em alguns estados e as iniciativas regionais voltadas para levantamentos estatísticos segundo a cor/raça. Outro aspecto que exemplifica tal crescimento diz respeito às diversas ações municipais do *Programa Nacional de Anemia Falciforme*, criado em 1996, como o aperfeiçoamento do atendimento na rede pública, a divulgação de informações sobre a doença e a capacitação dos profissionais da saúde. Ainda segundo o referido relatório, em 2005, a Funasa realizou consultas acerca das condições sanitárias e abastecimento de água em comunidades remanescentes de quilombos, em acordo com o *Programa Saúde da Família Quilombola*.

Em 2006 foi lançada a *Política Nacional de Saúde da População Negra*,¹³ durante o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra. O objetivo da política é reduzir a incidência de Aids, tuberculose, hipertensão arterial, câncer cérvico-uterino e mortalidade materna, as quais detêm maior frequência sobre a população negra, segundo o então Ministro da Saúde Agenor Álvares. Para reverter tal quadro, o governo pretendia criar cursos de capacitação profissional aos médicos, enfermeiros, atendentes de instituições credenciadas ao SUS, além do incentivo à denúncia de mau atendimento à Ouvidoria Geral do SUS. O ministério destinaria R\$ 3 milhões para 60 projetos de pesquisa que teriam como foco a população negra. Os recursos seriam distribuídos pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, que lançou o edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT, nº 26/2006, com o tema saúde da população negra.¹⁴ Ainda em 2006, foi sancionada, no Conselho Nacional de Saúde, a *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*¹⁵ e lançado o *Programa de Combate ao Racismo Institucional na saúde*.¹⁶

A implantação da *Política Nacional de Saúde da População Negra* foi fortalecida através da designação, no Plano Plurianual (PPA 2004-2007), de um orçamento da ordem de R\$ 2 milhões destinado à gestão e apoio à descentralização dessa política.

Interpretações sobre raça e saúde

Com base na produção acadêmica, sobretudo biomédica, o propósito deste item é dialogar com algumas idéias expostas no documento divulgado no I Seminário Nacional da Saúde da População Negra, de autoria de Lopes (2004), acerca das desigualdades raciais em saúde.¹⁷ Para isso, abordaremos três tópicos: 1) a utilização do conceito de raça; 2) o emprego da taxonomia bipolar (branco/negro) e da categoria afro-descendente; 3) as relações entre racismo e condições de saúde.

Quanto ao primeiro ponto, Lopes (2004) define raça como “grupo de pessoas socialmente unificadas em virtude de seus marcadores físicos” (2004, p. 49). Embora reconheça a polissemia do termo, ela não incorpora diversos níveis de problematização presentes na literatura acerca das implicações da utilização da dimensão racial nas pesquisas em saúde. Um deles refere-se à imprecisão freqüentemente observada ao se empregar categorias como raça, etnia e/ou

etnicidade na produção acadêmica na área da saúde. As variações conceituais tendem a comprometer a interpretação das diferenças nos indicadores de saúde entre os grupos étnico-raciais (ANAND, 1999; FERREIRA *et al.*, 2003).¹⁸

Na pesquisa acerca dos variados significados de raça nos artigos do *South African Medical Journal*, Ellison e De Wet (1997) afirmam a necessidade de se utilizar com cautela tais definições, visando evitar a legitimação do conceito biológico de raça, o que reforçaria o preconceito racial. A partir de um ângulo complementar, McDermott (1998) examina os perigos da associação acrítica entre doença e raça, discutindo a hipótese da base genética (hipótese do *Thrifty genotype*) como causa explicativa para a epidemia de diabetes, principalmente nas sociedades indígenas do período pós-colonial. O autor põe em questão as evidências, sustentadas em dados epidemiológicos, que apóiam a teoria da presença de um fator genético imutável associado a grupos étnicos, ao invés de heranças ou fatores metabolicamente adaptados e, conseqüentemente, mutáveis, que tornam tais grupos mais vulneráveis. Tal perspectiva, segundo McDermott (1998), exclui a análise da influência dos fatores sociais na definição da doença e, conseqüentemente, prejudica a adoção de medidas de assistência e prevenção.

As contribuições recentes no campo da genética na definição de padrões de saúde ilustram as controvérsias em torno do tema. Risch e outros (2002) apresentam evidências que apóiam o uso de cinco categorias de auto-identificação racial, tendo por base a definição clássica de ancestralidade continental das raças, a saber: africanos, caucasianos, nativos do pacífico, asiáticos e americanos nativos.¹⁹ Segundo autores a identificação das diferenças entre os grupos raciais e étnicos é cientificamente pertinente para o estudo de marcadores genéticos e de genes associados à suscetibilidade a doenças e respostas ao uso de drogas (2002, comment 2007.11). Numa perspectiva crítica, Cooper (2003) afirma que as evidências de que a raça ou “ancestralidade continental” tenham um significado genético são insuficientes. As variações genéticas associadas às doenças, em geral, não são traços raciais, mas mutações randômicas em subpopulações ou o resultado de seleções regionais particulares associadas a grupos populacionais específicos. A seu ver, até o momento não há provas de que o padrão de doenças crônicas, como a hipertensão, resulte de uma origem genética.

Para Karter (2003), as visões de Cooper (2003) e de Risch e outros (2002) são problemáticas. Diante dos exemplos de diferenças raciais em determinadas doenças (câncer de próstata, glaucoma etc.) e respostas terapêuticas (alta dose de interferon para hepatite crônica) que persistem após o controle de potenciais confundidores¹⁸ (acesso a atendimento médico, *status* socioeconômico,

comportamento saudável), o autor sugere o uso de análises estratificadas por raça de doenças complexas. A despeito de reconhecer a falta de precisão da auto-identificação racial, afirma ser preciso utilizá-la pelo rendimento analítico que oferece para as pesquisas epidemiológicas e genéticas.

Uma segunda questão a ser destacada refere-se à proposição do padrão bipolar branco/negro na análise das disparidades raciais em saúde no Brasil. Lopes (2004) insere pretos e pardos na categoria negro e, portanto, não atenta para os problemas dessa junção, conforme salientados por Travassos e Williams (2004, p. 675-676) a partir da análise comparada Brasil-EUA. Os autores alegam que tal associação (pardos + pretos = negro) é uma abordagem questionável para medir pessoas com ancestralidade africana no Brasil, dado que a cor não é um marcador genético consistente na população. Ademais, “pardo” não inclui apenas pessoas com ancestralidade africana, mas também, por exemplo, a mistura de brancos e índios (caboclos). A agregação dos termos “pretos” e “pardos” é igualmente criticada em função das variações demográficas e socioeconômicas entre os dois grupos e pelo fato de não respeitar a classificação da cor/raça feita pelos indivíduos. A etnicidade, por sua vez, não aparece como uma alternativa para a classificação da cor/raça, haja vista que a sociedade brasileira não apresenta divisões culturais claras Travassos e Williams (2004, p. 670).

O esforço de produção de uma sociedade bicolor pode ter implicações para o campo da saúde pública, como se pode depreender do estudo de Paixão (2005).²⁰ Ele revela que não há convergência entre pretos e pardos em alguns ‘indicadores vitais’ nacionais. O autor constatou, por exemplo, que entre homens e mulheres pretos as taxas de mortalidade eram superiores a 15% quando comparadas com homens e mulheres pardos nas seguintes *causa e mortis*: tuberculose, infecções bacterianas, infecções sexuais, HIV/Aids, neoplasias, doenças endócrinas e nutricionais, diabetes mellitus, desnutrição, uso de psicotrópicos, doenças alcoólicas do fígado, doenças do aparelho circulatório, hipertensão, doenças do coração, acidentes cérebro-vasculares, doenças do aparelho respiratório e doenças intestinais (PAIXÃO, 2005, p. 374).²¹ Assim, o uso do modelo identitário dicotomizado (branco/preto), preconizado pelo movimento negro, mostra-se problemática para classificar nos estudos em saúde pública populações muito miscigenadas como a brasileira (BASTOS; TRAVASSOS, 2005, p. 470).

Merece comentário ainda o uso da categoria “afro-descendente” por Lopes (2004) e, em documentos do Ministério da Saúde.²² Ao valer-se desse termo para definir possíveis beneficiários de políticas públicas, e para o estabelecimento

de correlações com determinadas doenças, não se leva em conta sua própria imprecisão conceitual. Indo além, cabe utilizar a categoria afro-descendentes quando estudos genômicos destacam que 86% da população brasileira apresenta mais de 10% de ancestralidade africana e que 48% dos afro-descendentes se classificam como ‘brancos’? (PENA; BORTOLINI, 2004).

Um terceiro aspecto tratado por Lopes (2004) está associado à manutenção das piores condições de existência (renda, educação, habitação) dos negros quando comparados aos brancos. São salientadas ainda às implicações negativas da discriminação racial para a inserção no mercado de trabalho, mobilidade social e autoconfiança dos negros, com repercussões na saúde física e psicológica. Para Geronimus (2000) os segmentos étnicos minoritários têm sofrido maior dificuldade de ascensão social, quando comparados à população branca, em função da falta de acesso à educação, à saúde, ao emprego e à habitação de qualidade. Essas limitações se integram aos efeitos do preconceito étnico-racial, mais ou menos explícitos, nas experiências do cotidiano, gerando estresse psicológico e baixa auto-estima e fomentando o quadro de falta de equidade social, com reflexos na saúde.

É preciso, todavia, levar em conta os desafios de ordem teórico-metodológica na compreensão do fenômeno. Com base em estudos no Reino Unido e nos Estados Unidos, Nazroo (2003) afirma que as análises das condições socioeconômicas na compreensão das desigualdades étnico-raciais em saúde são contestáveis. Segundo o autor, os dados não contêm informações detalhadas sobre a etnicidade dos respondentes, capazes de identificar a heterogeneidade entre os grupos; os indicadores sobre as condições de vida são incompletos, pois não incluem, por exemplo, outras dimensões da desigualdade social como experiências de discriminação. Na sua visão é indispensável reconhecer a relevância dos estudos dos contextos nacionais e dos processos de formação dos grupos étnicos e investigar de que modo tais particularidades se relacionam com as desigualdades socioeconômicas, e como elas influenciam as desvantagens experimentadas pelas minorias étnicas.

Estudos qualitativos das práticas cotidianas poderiam iluminar as razões das diferenças nas respostas ao racismo. A validação de modelos conceituais, acerca dos fatores fisiológicos, comportamentais e sociais que regem essas diferenças, requer a realização de investigações longitudinais, capazes de verificar tais fatores, incluindo os vários níveis de racismo e as outras formas de opressão relativas ao gênero, idade e/ou classe social (WYATT *et al.*, 2003). Os trabalhos sobre as implicações da discriminação racial no acesso e na qualidade dos serviços de saúde

também têm sido alvo de investigações. Pondera-se que o tratamento diferenciado entre os grupos étnico-raciais na área da assistência é um dos responsáveis pelas desigualdades raciais em saúde. Nesse eixo de análise, vêm sendo realizadas investigações na área do planejamento, gestão e avaliação de serviços (FISCELLA *et al.*, 2000; COOPER *et al.*, 2002; RYN; FU, 2003).

As diversas reflexões apresentadas sobre as desigualdades étnico-raciais em saúde têm por objetivo nuançar certos pressupostos que vem orientando políticas particularistas. Krieger (2003) reconhece que as conseqüências do racismo para a saúde da população são conhecidas, mas pouco investigadas. Para tal, faz-se necessário definir, de forma clara, os conceitos de racismo e raça/etnia. Não confundir as “expressões biológicas das relações raciais” (que analisam de que modo os danos da exposição física e psicológica decorrentes do racismo afetam de forma adversa a nossa constituição biológica) com a “racialização das expressões biológicas” (que se refere a como traços biológicos arbitrários são erroneamente construídos como marcadores inatos de diferenças raciais). É preciso ainda considerar as abordagens diretas do racismo, relativas às percepções dos indivíduos, como as indiretas, que estão além da percepção individual, por meio de métodos qualitativos e quantitativos. Krieger também sugere estudos mais aprofundados sobre as relações entre raça e saúde que contribuam para o entendimento das desigualdades em saúde.

Depreende-se que os procedimentos metodológicos capazes de captar as conseqüências da experiência do racismo para a saúde devem ser formulados a partir das contribuições dos diversos campos disciplinares, em particular das ciências sociais e da saúde (HARELL *et al.*, 2003). A revisão de Williams e outros (2003) sobre as evidências das associações entre a percepção da discriminação étnico-racial e saúde em estudos de base populacional, publicados entre 1998 e 2003, convergem com a necessidade de se avançar nas investigações nesse campo. Eles constataram a falta de consenso na literatura sobre a melhor forma de medir a exposição ao racismo, a importância da diferenciação entre as experiências recentes e cumulativas, e as contribuições dos estudos sobre estresse para se investigar a discriminação, entre outros aspectos. Frente a tais evidências, os autores concluíram que as relações entre discriminação e agravos à saúde tendem a ser associadas a fatores diversos afetando, sobretudo, grupos socialmente desfavorecidos. Todavia, os estudos realizados nesse campo apresentam limitações na compreensão desse fenômeno.

Embora os argumentos assinalados não esgotem a riqueza e amplitude das questões envolvidas na compreensão das desigualdades étnico-raciais em saúde,

tais reflexões podem incrementar o debate sobre a pertinência de políticas voltadas para a saúde da população negra no Brasil. A utilização dos conceitos de raça e/ou etnia na abordagem das doenças “geneticamente determinadas”, ou os instrumentos teórico-metodológicos para se aferir a influência do racismo nos agravos à saúde, ainda são objeto de intenso debate na produção acadêmica, especialmente a anglo-saxã.

Considerações finais

A formação do campo da saúde da população negra ocorre no momento em que o debate sobre o racismo e a formulação de programas de ação afirmativa assumem crescente visibilidade na cena brasileira. Trata-se da construção de uma política setorial, com recorte racial, gerador de um processo de diferenciação e de busca de legitimação – no âmbito da saúde pública – dos agravos sofridos pelos negros. A criação dessa distinção requer a produção de especificidades, de características próprias à “raça negra”. Esse processo em curso tem seu ponto de partida no mandato inicial de Fernando Henrique Cardoso, quando se operou uma primeira inflexão na história do racismo no Brasil com o reconhecimento oficial de sua existência no país. Nesse contexto, houve o encontro entre demandas do ativismo negro e um presidente da República sensível à questão racial, resultando no surgimento do Grupo de Trabalho Interministerial Para a Valorização e Promoção da População Negra.

A proposta de uma política focal da saúde da população negra só adquire proeminência após a Conferência de Durban, no segundo semestre de 2001. Ela ajudou a formar uma agenda anti-racista racializada por movimentos sociais, setores da academia e da mídia, agências estatais e multilaterais, e fundações filantrópicas norte-americanas. Ela é um indicador preciso de como pautas nacionais são definidas em arenas internacionais. O ‘efeito Durban’ logo se fez presente, seja na adoção de cotas raciais no ensino superior, seja na implementação de políticas raciais no âmbito do trabalho, da saúde e do setor agrário. O referido fórum internacional teve reflexos mais visíveis no governo Lula, com a ampliação do debate e da implantação de políticas compensatórias, e a criação da Seppir, com *status* de ministério. A Seppir vem estabelecendo uma série de parcerias com outros ministérios, com impactos diversos no campo da saúde pública.

Existem diversos desafios a implementação de políticas raciais no domínio da saúde pública. Diferentemente dos arautos da naturalização das hierarquias

raciais do século XIX, as atuais propostas de políticas raciais, concebem que as categorias produzidas pelos opressores, como o conceito de raça, podem informar utopias libertadoras. Há que pensar sobre as conseqüências desse processo, como alerta Gilroy (2000). Este artigo pretende fomentar um debate entre os diversos atores envolvidos no enfrentamento das desigualdades sociais e na atualização da discussão sobre as formas de combate ao racismo no Brasil.

Notas

¹ Poderíamos inferir, inspirando-nos em Grin (2004b), que o movimento da Reforma Sanitária, uma espécie de intelligentsia, estaria informado por alguns princípios da tradição de esquerda, de corte nacionalista, que veria com estranheza um mundo movido através de constructos raciais, a saber: “1) longa tradição sociológica que opera com a categoria de classe social para tratar as desigualdades sociais; 2) tradições de esquerda cuja utopia socialista e nacionalista não concebe atores raciais; 3) sensibilidade moral cujo princípio de justiça identifica na privação absoluta o foco para o qual a sociedade deve estar mobilizada [...]”(GRIN, 2004b, p. 100).

² Ver Barbosa, (1998), Oliveira (1999), Olinto e Olinto (2000), *Jornal da RedeSaúde* (2001).

³ O programa da mesa ‘Saúde da População Negra’ foi extraído de www.planalto.gov.br/pwpubli_04/colecao/racial.2h.htm, acesso em 23.1.2004.

⁴ Foram também implementadas as seguintes propostas: 1) financiamento de pesquisas clínicas sobre anemia falciforme e projeto de saneamento em comunidades de remanescentes de quilombos; 2) publicação de estudos sobre anemia falciforme (JACCOUD; BEGHIN, 2002, p. 59).

⁵ Quanto aos dados sobre a anemia falciforme, o documento revela informações ainda muito imprecisas: “Os técnicos que têm trabalhado com essa doença estimam a existência de dois a dez milhões de portadores do traço falciforme e 8 a 50 mil doentes, segundo cálculos elaborados com base em probabilidades estatísticas. O PAF trabalha com patamares inferiores dessas estimativas. Em números reais, o cadastro nacional tem o registro de 4 mil doentes, ficando a diferença por conta da não-notificação ao órgão central dos casos diagnosticados como outras doenças ou sem diagnóstico por falta de acesso aos serviços de saúde”. É relevante ressaltar a variada geografia da anemia falciforme, originária na África, mas que se disseminou pela região mediterrânea, Península Arábica, Índia e países do continente americano. De acordo com Zago (2004, p. 370): “embora predomine ainda entre os afro-descendentes, a miscigenação crescente vai fazendo dela uma doença sem vínculo claro com a etnia”.

⁶ No contexto dos preparativos para a Conferência de Durban, por ocasião da Pré-Conferência Cultura & Saúde da População Negra em Brasília, que ocorreu de 13 a 15 de setembro de 2000, foi lançado pela Secretaria de Políticas de Saúde o Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente.

⁷ Participaram da elaboração do documento: um sanitarista, um consultor legislativo, sete membros de organizações internacionais (Unicef, Unesco, Pnud, Opas, UNDCP, GT-Unids), um da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, cinco profissionais de organizações do movimento social (AMMA, CRIOLA, RedeSaúde, Fala Preta, Associação Anemia Falciforme) e três de Universidades Federais (UFBA, UFF, UFMT).

⁸ Um exemplo da participação mais efetiva de organizações internacionais neste campo após a Conferência de Durban foi a publicação pela Opas do livro Saúde da população negra: Brasil, da médica, líder feminista e ativista negra Fátima de Oliveira. Ver Oliveira (2002).

⁹ Para ficar apenas num exemplo, devem-se destacar as publicações e informes da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, constituída pela articulação do movimento de mulheres do Brasil, que permite múltiplas evidências da presença do tema nas notícias da imprensa (jornais de circulação nacional); em eventos (seminários, palestras, audiências públicas) promovidos por organizações da sociedade civil, instituições acadêmicas e por agências estatais nas áreas do ensino, saúde e cultura; em publicações diversas (livros, boletins e revistas de divulgação científica), assim como em concursos de teses, prêmios e linhas de financiamento para projetos.

¹⁰ Esta parte do nosso artigo tem por base os seguintes documentos: Políticas, Programas e Ações: alguns exemplos, Cadernos de Textos Básicos e Relatório do Comitê Técnico de Saúde da População Negra da Seppir junto ao Ministério da Saúde e do Relatório do 1º Seminário Nacional de Saúde da População Negra (MACEDO, 2004).

¹¹ Batista e Kalckmann (2005, p. 21) elucidam bem essa questão ao afirmarem: “os gestores do sistema, e também a Academia, diziam: ‘Provem isso, vocês não têm números para mostrar o que estão dizendo. Se adoecer tem a ver com condições de vida, então os negros morrem mais porque são pobres’. Para estes atores o Brasil vive uma democracia racial, o racismo não existe e/ou tem pouca importância nas relações sociais. Essa argumentação justifica e mantém invisível o tema saúde da população negra.”

¹² Ver Brasil (2005a).

¹³ Em 2006, a ONG Criola ofereceu o Curso Participação e Controle Social para a Saúde da População Negra, com o intuito de ampliar a participação de organizações de mulheres e homens negros nos processos de delineamento, implementação e avaliação de políticas públicas voltadas para a saúde da população negra nas diferentes esferas estatais e da sociedade civil. Nesse

mesmo ano, o Ministério da Educação elaborou um concurso nacional para selecionar e premiar material didático-pedagógico voltado para o reconhecimento e a valorização da história, da cultura e da identidade afro-brasileiras e africanas, nas categorias livros, vídeos e jogos ou brinquedos.

¹⁴ Ver Saúde... (2006).

¹⁵ Ver Blog... (2006).

¹⁶ Ver Seppir... (2007).

¹⁷ A literatura internacional, especialmente a norte americana, sobre as interfaces entre raça e saúde é expressiva. A produção nacional, embora menos robusta, vem crescendo conforme exemplificam as publicações: Boletim do Instituto de Saúde (2003); Monteiro (2004); Travassos e Williams (2004); Almeida-Filho *et al.* (2004); Batista *et al.* (2004); Chor *et al.* (2004); Maio *et al.* (2005); Laguardia (2004); Leal *et al.* (2005).

¹⁸ Kaplan e Bennet (2003) defendem a pertinência de os periódicos científicos estabelecerem padrões para fundamentar o uso dos termos “raça” e “etnicidade” nas investigações em saúde.

¹⁹ Tendo por base pesquisas genéticas populacionais, os autores propõem a seguinte categorização: “Africanos”: aqueles com ancestralidade na África Subsaariana, os Afro-Americanos e Afro-Caribeanos; “Caucasianos”: aqueles com ancestralidade na Europa e na Ásia Ocidental, incluindo a subcontinente indiano, o Oriente Médio e os Africanos do Norte; “Asiáticos”: os da Ásia Oriental (China, Indochina, Japão, Filipinas e Sibéria). Os “Nativos do pacífico” referem-se aos originários da Austrália, Papua Nova Guiné, Melanésia e Micronésia, e os “Americanos nativos” são aqueles originários das Américas do Sul e do Norte. Há grupos na fronteira desta divisão continental que se mostram de mais difícil classificação, o que não invalida a existência da estrutura genética de base racial na população humana (2002, 2007.4)

²⁰ Microdados da amostra do Censo Demográfico de 1980, 1991 e 2000; microdados do suplemento da pesquisa nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1988 e 1998; microdados do Sistema de Informação de Mortalidade/ Datasus, triênio 2000-2002 (PAIXÃO, 2005, p. 361).

²¹ Paixão (2005) ressalta em seu trabalho o problema das subnotificações como uma questão a ser levada em consideração sobre a qualidade dos dados de mortalidade contidos no Datasus.

²² No Plano Nacional de Saúde aprovado pelo Ministério da Saúde mediante a portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004, aparece inúmeras vezes o termo afro-descendente. Sobre a participação de geneticistas no debate acerca de políticas públicas racializadas. Ver Maio e Santos (2005).

Referências

- ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Social inequalities and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Social Science & Medicine**, v. 59, p. 1339-1353, 2004.
- ANAND, S. S. Nov. Using ethnicity as a classification variable in health research: perpetuating the myth of biological determinism, serving socio-political agendas, or making valuable contributions to medical sciences? **Ethnicity & Health**, v. 4, n. 4, p. 241-244, 1999.
- ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 285-306.
- AZERÊDO, S. Teorizando sobre gênero e relações raciais. **Estudos Feministas**, ano 2, p. 203-227, 1994. Edição especial.
- BARRIOS, L. III Conferência Mundial Contra o Racismo. **Estudos feministas**, v. 1, p. 169-170, 2002.
- BARBOSA, M. I. **Racismo e Saúde**. 1988. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BASTOS, F. I.; TRAVASSOS, T. ‘Raça’ e Saúde Pública: os dilemas da ciência e da prática contemporânea. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 461-471.
- BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. Em busca de equidade no Sistema Único de Saúde. In: SEMINÁRIO SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. p. 21-27.
- BERQUÓ, E. Esterilização e raça em São Paulo. **Revista brasileira de estudos populacionais**, v. 11, n. 1, p. 19-26, 2005.
- BLOG Mobilização Pró-Saúde da População Negra. 2006. Disponível em: <www.ipea.gov.br/sites/000/2/destaque/report1.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes por razões étnicas da população brasileira afro-descendente**. Brasília, 2001. Disponível em: <www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr22-enc-abertura.html>. Acesso em: 23 mar. 2005.
- BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Relatório de atividades**. 2005. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/seppir/publicacoes/relatorio2005final.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST-AIDS. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Secretaria de Ensino Superior-MEC. **Programa Estratégico de Ações Afirmativas: população negra e Aids**. Brasília, 2005.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Brasil Afroatitudo – Programa integrado de Ações Afirmativas para Negros**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil**. Brasília. 2005. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2007.
- CAETANO, A. J. A relação de cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional sobre demografia e saúde — 1996. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 229-249.
- CALDWELL, K. Fronteiras da diferença: raça e mulher no Brasil. **Estudos feministas**, ano 8, n. 2, p. 91-108, 2000.
- CARDOSO, F. H. **Capitalismo e escravidão no Brasil Meridional**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1962.
- CARNEIRO, S. A batalha de Durban. **Estudos feministas**, n. 1, p. 209-214, 2002.
- CARNEIRO, S.; SANTOS, T. **Mulher negra**. São Paulo: Nobel/Conselho Estadual da Condição Negra, 1985.
- CARVALHO, J. M. Cidadania na encruzilhada. In: BIGNOTTO, Newton (Org.). **Pensar a República**. Belo Horizonte: UFMG, 2000. p. 105-130.
- CHALHOUB, S. **Cidade febril**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CHOR, D. *et al.* Association of weight change with ethnicity and life course: socioeconomic position among Brazilian civil servants. **International Journal of Epidemiology**, United Kingdom, v. 33, n. 1, p. 100-106, 2004.
- CORRÊA, M. **As ilusões da liberdade: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil**. Bragança Paulista: Edusf, 1998.
- COOPER, L. A.; HILL, M. N.; POWE, N. R. Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. **Journal of General Internal Medicine**, v. 17, p. 477-486, 2002.
- COOPER, R. Race, genes, and health: new wine in old bottles. **International Journal of Epidemiology**, v. 32, p. 23-25, 2003.
- SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ELLISON, G. T.; DE WET, T. dec. The use of 'racial' categories in contemporary South African health research. A survey of articles published in the South African Medical Journal between 1992 and 1996. **South African Medical Journal**, v. 87, n. 12, p. 1671-1679, 1997.

FERREIRA, L. B.; PEDROSA, M. A.; OLIVEIRA, S. F. Utilização do conceito de 'raça' nas ciências médicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2003. Livro de Resumos II do VII Congresso de Saúde Coletiva, 8 (supl. 2).

FISCELLA, K. *et al.* Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. **Journal of the American Medical Association**, v. 283, n. 19, p. 2579-2584, 2000.

FIGUEROA, A. Contextualização conceitual e histórica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA. Brasília: Seppir/Ministério da Saúde, 2004.

FRY, P. **A persistência da raça: ensaios antropológicos sobre o Brasil e a África austral.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

FRY, P. *et al.* Aids tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 3, v. 23, p.497-524, 2007.

GERSHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

GILROY, P. **Against race: imagining political culture beyond the color line.** Cambridge: Harvard University Press, 2000.

GRIN, M. Esse ainda obscuro objeto de desejo: políticas de ação afirmativa e ajustes normativos: o seminário de Brasília. **Novos Estudos Cebrap**, v. 59, p. 172-192, 2001.

GRIN, M. Políticas públicas e desigualdade racial: do dilema à ação. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos.** Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 331-344, 2004a.

GRIN, M. **Auto-confrontação racial e opinião: o caso brasileiro e o norte-americano.** *Interseções*, ano 6, n. 3, p. 95-120, 2004b.

GUIMARÃES, A. S. A. **Racismo e anti-racismo no Brasil.** São Paulo: Ed. 34, 1999.

GERONIMUS, A. To mitigate, resist, or undo: addressing structural influences on health of urban populations. **American Journal of Public Health**, v. 90, n. 6, p. 867-872, 2000.

HARELL, J. P.; HALL, S.; Physiological responses to racism and discrimination: an assessment of the evidence. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 2, p. 243-247, 2003.

HTUN, M. From 'racial democracy' to affirmative action: changing state policy on race in Brazil. **Latin American Research Review**, v. 39, n. 1, p.60-89, 2004.

JACCOUD, L.; BEGHIN, N. **Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental.** Brasília: Ipea, 2002.

JORNAL DA REDESAÚDE. Conferência Mundial contra o Racismo e Raça/ Etnia, saúde e direitos reprodutivos, v. 23, 2001.

KAPLAN, J.; BENNET, T. Use of race and ethnicity in biomedical publication. *Journal of the American Medical Association*, v. 289, n. 20, p. 2709-2716, 2003.

KARTER, A. Commentary: race, genetics, and disease: in search of a middle ground. *International Journal of Epidemiology*, v. 32, p. 26-28, 2003.

KRIEGER, N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical scene, and current controversies: An ecosocial perspective. *American Journal of Public Health*, v. 93, n. 2, p. 194-199, 2003.

LAGUARDIA, J. O uso da variável “raça” na pesquisa em saúde, *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 14, n. 2, p. 197-232, 2004.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. G.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sócio-demográficas e na assistência pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Opas/OMS, 2002. p. 25-116.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (Org.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996. p. 23-40.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA. Brasília: Seppir, Ministério da Saúde, 2004.

MACEDO, L. *Relatório do 1º Seminário Nacional de Saúde da População Negra*. 2004. Mimeogr.

MAGGIE, Y.; FRY, P. A reserva de vagas para negros nas universidades brasileiras. *Estudos Avançados*, v. 18, n. 50, p. 67-80, 2004.

MAIO, M. C. Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 15-44.

MAIO, M. C. O projeto Unesco e a agenda das ciências sociais nos anos 40 e 50. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 41, p. 141-58, 1999.

- MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. Política de cotas raciais, os 'olhos da sociedade' e os usos da antropologia: o caso do vestibular da Universidade de Brasília (UnB). *Horizontes Antropológicos*, n. 23, p. 181-214, 2005.
- MAIO, M. C. *et al.* Cor/Raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de auto-classificação no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Fiocruz, v. 21, n. 1, p. 109-18, 2005.
- McDERMOTT, R. Ethics, epidemiology and the thrifty gene: biological determinism as a health hazard. *Social Science Medicine*, v. 47, n. 9, p. 1189-95, 1998.
- MONTEIRO, S. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 45-56.
- NAZROO, J. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *American Journal of Public Health*. v. 93, n. 2, p. 277-284, Feb. 2003.
- OLINTO, M. T.; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, p. 1137-42, 2000.
- OLIVEIRA, F. O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Ed.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra*. Brasília: Opas/Seppir, 2002.
- OLIVEIRA, G. C.; SANT'ANNA, V. Chega de saudade, a realidade é que. *Estudos feministas*, n. 1, p. 199-207, 2002.
- PAIXÃO, M. *Crítica da razão culturalista: relações raciais e a construção das desigualdades sociais no Brasil*. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Humanas/Sociologia) – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- PENA, S. D. P.; BORTOLINI, M. C. Pode a genética definir quem deve se beneficiar das cotas universitárias e demais ações afirmativas? *Estudos Avançados*, v. 18, n. 50, p. 31-50, 2004.
- PIERUCCI, F. *Ciladas da diferença*. São Paulo: Ed. 34, 1999.
- PINTO, P. G. Ação afirmativa, fronteiras raciais e identidades acadêmicas: uma etnografia das cotas para negros na Uerj. In: Conferência Internacional da Rede de Estudos de Ação Afirmativa, 1., 2005. Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos...* Rio de Janeiro: UCAM, 2005. Disponível em: <<http://aasn.iuperj.br/Articles/ Paulo—Gabriel—Hilu.pdf>>. Acesso em : 7 jun. 2005.
- PINTO, E. A.; SOUZA, R. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 5, p.1144-1145, 2002.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*. Brasília: PNUD/OPAS/DFID, 2002.

- RIBEIRO, M. Mulheres negras brasileiras: de Bertiooga a Beijing. **Estudos feministas**, v. 3, n. 2, p.446-457, 1995.
- RISCH, N. *et al.* Categorization of humans in biomedical research: genes, races and disease, **Genome Biology**, v. 3, n. 7, 2002. comment 2007.1-2007.12.
- ROLAND, E. Saúde reprodutiva da população negra no Brasil: um campo em construção. **Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos**, v. 2, n. 4, p. 17-23, 2001a.
- ROLAND, E. PAF: um programa que ainda não saiu do papel: entrevista com Edna Roland. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, n. 23, 2001b. Disponível em: www.redesaude.org.br/jornal/html/body—jr23-edna.html. Acesso em: 15 ago. 2003.
- RYN, M. V.; FU, S. S. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 2, p. 248-255, 2003.
- SAÚDE debate política de saúde da população negra no Rio. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=28232>. Acesso em: 22 jun. 2007.
- SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- SEPPPIR participa do Fórum Social Mundial na África. **Destaque Sepiir**, Brasília, v. 3, n. 98, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/seppir/informativos/098.htm>>. Acesso em: 22 jun. 2007.
- SOUZA, J. (Ed.). **Multiculturalismo e racismo: uma comparação Brasil – Estados Unidos**. Brasília: Paralelo 15, 1997.
- STEPAN, N. L. **The hour of eugenics: race, gender, and nation in Latin America**. Ithaca: Cornell University Press, 1991.
- TRAVASSOS, C. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, n. 3, p. 660-678, maio-jun. 2004.
- VIANA, A. L. A. (Org.). A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, n. 2, 2001.
- ZAGO, M. A. A pesquisa clínica no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 9, n. 2, p. 363-374, 2004.
- WILLIAMS, D.; NEIGHBORS, H.; JACKSON, J. Racial/Ethnic discrimination and health: findings from community Studies. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 2, p. 200-208, 2003.
- WYATT, S. B. *et al.* Racism and cardiovascular disease in African Americans. **The American Journal of The Medical Sciences**, v. 325, n. 6, p. 315-331, 2003.