

IV. Cidadania e saúde

‘raça’ e saúde pública: os dilemas da ciência e da prática contemporânea

Francisco Inácio Bastos
Claudia Travassos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. 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-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

24 'RAÇA' E SAÚDE PÚBLICA: OS DILEMAS DA CIÊNCIA E DA PRÁTICA CONTEMPORÂNEA

*Francisco Inácio Bastos
Cláudia Travassos*

As relações entre 'raça'¹ e saúde pública têm uma história bastante longa e especialmente conturbada e controversa. Nenhuma outra variável sociodemográfica tem oscilado, como a raça, entre a absoluta centralidade e a mais completa irrelevância (do ponto de vista da produção do conhecimento) como possível determinante das condições de vida e de saúde das populações. Mais do que isso, sua centralidade para a saúde pública em determinados contextos e períodos deve-se a razões bastante diversas, quando não opostas. Uma possível explicação dessa centralidade controversa é a imbricação profunda neste campo de estudo de conceitos e preconceitos, ciência e ideologia, e, talvez mais do que propriamente ideologia, manipulação ideológica explícita. A expressão mais profunda e dramática dessa manipulação ideológica no mundo contemporâneo é o nazismo, com seu corolário de extermínio e absoluto descrédito de qualquer formulação científica e ética do tema.

O nazismo criou um círculo vicioso de descrédito e manipulação dos conceitos científicos que parte de um uso abusivo do conceito de raça para não só justificar a barbárie por ele perpetrada, como propor uma suposta 're-fundamentação' da ciência biomédica como um todo em bases explicitamente racistas. A cunha aberta pela ideologia nazista na legitimidade e racionalidade da ciência biomédica contemporânea foi tão profunda, que é precisamente da sua crítica e julgamento que nasce a bioética como a entendemos hoje. Ainda que permanentemente reformulados a partir de reuniões internacionais de grande porte, como a de Helsinki, ou da legislação norte-americana contemporânea sobre o tema (ver detalhes em <http://cme.cancer.gov/c01/>), os fundamentos da bioética moderna nascem dos desdobramentos do julgamento de Nuremberg, com a revelação, a um mundo pateticamente inerte e desinformado, da extensão e profundidade da barbárie, e do caráter abrangente do mal, ou, na expressão mal compreendida de Hannah Arendt (1994), da sua banalidade.

¹ Figurando aqui, inicialmente, entre aspas, porque o texto objetiva, exatamente, problematizar o conceito e seus usos.

Na verdade, o nazismo representa a culminância e o paroxismo de um conjunto de ideologias racistas de longa data que procuraram explicar um sem-número de fenômenos como a desigualdade entre países, culturas e povos, a partir do essencialismo racista, de suposta base biológica. Este, freqüentemente, se combina a outros essencialismos, como o geográfico e climático, para condenar determinadas culturas e povos à esterilidade e ao fracasso e/ou justificar sua exploração e subordinação.

À época, variantes das ideologias racistas e eugenistas permeavam a ideologia da biomedicina em todo o mundo, inclusive no Brasil, como analisado, em perspectiva ensaística e ficcional, por Jurandir Freire Costa (1981) e Jorge Amado (1969), respectivamente, entre outros. A ideologia eugenista representaria como que um desdobramento 'profilático' do racismo e de outras ideologias da desigualdade fundamentadas em uma suposta base biológica. Segundo essa ideologia, se a razão dos males sociais está radicada na biologia, cabe evitar, excluir ou eliminar (e essa seqüência perversa é descrita como 'lógica e natural' no âmbito das 'soluções' propostas por Eichman para a 'questão judaica', segundo a supracitada análise de Hannah Arendt) indivíduos e populações portadores de determinados traços e características que os tornariam 'inferiores', o que equivaleria, na acepção racista, a pertencer, ou delas descender, a raças tidas como inferiores. Obviamente, a questão é bastante mais complexa, pois incorporou e incorpora outras modalidades de discriminação e estigmatização, como o preconceito e a perseguição a pessoas com deficiências físicas ou adeptas de determinadas práticas sexuais (o que foge ao escopo do presente texto).

A questão da raça teria, após o pesadelo nazista, se desdobrado em duas direções opostas no âmbito da saúde pública contemporânea. Na saúde pública norte-americana, a ideologia racista e a tematização da questão da raça de uma perspectiva, de fato, científica jamais deixaram de, por um lado, se confrontar e, por outro, se influenciar mutuamente. Os exemplos recentes vão de episódios dramáticos e vergonhosos, como os 'experimentos' de Tuskegee (ver detalhes em Jones, 1993), até reedições contemporâneas e mais sofisticadas de manipulação ideológica (nem por isso menos absurdas), como as supostas aferições comparativas do quociente intelectual de diferentes grupos raciais/étnicos (sempre em prejuízo das populações ditas 'não-brancas') e a subsequente polêmica em torno do livro *The Bell Curve* (Kincheloe, Steinberg & Gresson, 1997).

Enquanto isso, a saúde pública brasileira oscilou entre a subscrição explícita ou velada da ideologia racista (como nas propostas de eugenia no campo da psiquiatria - ver detalhes em Costa, 1981) e a desqualificação da variável 'raça' como constituinte do campo da saúde pública por parte da vertente autodenominada 'progressista', sob a alegação de que não existiria no país uma questão propriamente racial/étnica, mas apenas conseqüências mediatas da inegável desigualdade socioeconômica. Ou seja, tratar-se-ia de uma questão de 'classe' (numa acepção marxista ou daí derivada) e, apenas subsidiariamente, de raça/cor.

Os modernos estudos de genética das populações demonstraram claramente que todo o debate sobre raça deve ser amplamente reformulado em uma saúde pública que se deseje de fato antenada com a ciência contemporânea.

Evidenciou-se que as diferenças fenotípicas entre as raças 'não' correspondem a variações relevantes do ponto de vista genético, chegando mesmo alguns autores (Jacquard, 1986) a afirmar que a distinção entre raças humanas carece de qualquer fundamentação científica da perspectiva da genética.

Estudos, tanto internacionais (Cavalli-Sforza, Menozzi & Piazza, 1996), como, mais recentemente, nacionais (Parra et al., 2003), demonstraram que a distribuição de determinados padrões genéticos nas diferentes populações humanas é bastante mais complexa do que se pensava antes, não conformando propriamente 'raças', mas sim grupos humanos definidos segundo outros recortes, como o da distribuição espacial e o da recursividade de determinadas interações sociais, como veremos a seguir. Assim, a população brasileira tida como 'branca' apresenta elevada frequência de traços genéticos que caracterizam ancestralidade africana (Parra et al., 2003).

Retomando o raciocínio de Jacquard, não é que não exista variabilidade genética relevante nas populações humanas; ela, de fato, existe, só que em um sentido e uma intensidade completamente distintos daqueles sancionados pelas variações fenotípicas, como também pelas divisões culturais, nacionais etc. Essa variabilidade é muito mais pronunciada entre indivíduos (variação interindividual) do que entre grupos populacionais definidos a partir do critério de raça (variações inter-raciais) (Jacquard, 1986; Cavalli-Sforza, Menozzi & Piazza, 1996).

Se, por um lado, não resta dúvida de que determinadas populações podem apresentar uma especial concentração de traços genéticos específicos (desde que tais traços tenham determinação genética relativamente simples), como, por exemplo, aqueles associados à anemia falciforme nas populações de cor preta, tais características específicas não subsidiam uma demarcação e contraposição de populações A e B, recortadas segundo o critério de raça.

UM PONTO DE VISTA

Considerando o que dissemos aqui, não seria mais fácil descartar qualquer consideração sobre raça como velharia histórica, destituída de qualquer sentido e alimentada apenas pelo preconceito? Uma resposta possível é: não! E por várias razões:

- As supostas distinções de raça ganharam, ao longo dos anos, uma cristalização cultural e social, e não é possível passar uma borracha por sobre séculos de injustiça e discriminação. Tal raciocínio serve de base às políticas contemporâneas de ação afirmativa, e possui igualmente uma base epistemológica mais profunda. Os fatos históricos determinam um afunilamento das possíveis bifurcações dos eventos cósmicos e/ou humanos, cristalizando, de forma tão arbitrária como marcante, determinadas trajetórias (Gell-Mann, 1995). A partir de supostas distinções de base biológica (ou de qualquer outra natureza), é possível estabelecer 'profecias autocumpridas' (na terminologia sociológica), ou 'acidentes cristalizados de trajetória' (na conceituação de Gell-Mann), quebrando as situações de equivalência anteriores e consolidando, na prática, distinções que são *a priori* arbitrárias

e/ou absurdas. Ou seja, é possível fazer com que populações tidas como ‘inferiores’ estejam inseridas em situações, de fato, desfavoráveis, como no exemplo dramático da escravidão, subvertendo o curso inicialmente não-determinístico das inter-relações entre ‘raças’ e culturas, forjando com isso desigualdades de dimensão profunda e longa duração no tempo. Compreender como as desigualdades raciais se configuram na atualidade em sociedades específicas é fundamental para o desenho de intervenções dirigidas para a sua redução.

- Uma segunda dimensão relevante é que, como já dissemos, apesar de não haver base genética para a subdivisão em raças no âmbito das populações humanas, não resta dúvida de que existem traços genéticos com distribuição concentrada em determinadas populações, segundo recortes diversos. Cite-se, a título de exemplo, a maior frequência de determinadas patologias em grupos étnicos, como os judeus asquenazim,² que apresentam alta prevalência da doença de Tay-Sachs (que se caracteriza por deterioração do sistema nervoso central por depósito progressivo de uma substância denominada gangliosídeo GM2), fruto de mutação genética que afetou seletivamente esse grupo étnico, e, de forma particular (através de uma mutação adicional, subsequente), os judeus lituanos (Risch et al., 2003).
- A auto e heterodefinição de grupos populacionais segundo raças ou etnias podem subsidiar divisões subsequentes do ponto de vista geográfico, lingüístico etc. Essas assimetrias de ocupação do espaço físico e/ou cultural podem determinar profundas conseqüências sobre a saúde pública de vários pontos de vista; por exemplo, quanto à proximidade ou distância de contaminação ambiental, maior ou menor prevalência de doenças infecciosas em determinadas comunidades geográficas e/ou culturais, diferenças na prevalência de hábitos correlacionáveis a determinadas patologias (por exemplo, o hábito de fumar ou padrões de ingestão de bebidas alcoólicas) e mesmo padrões seletivos de interação social. Retornaremos a tais pontos mais adiante, mas importa aqui ter em mente a idéia de que diferenças inicialmente arbitrárias e/ou inexistentes podem gerar diferenças reais em um momento subsequente, adquirindo, indiretamente, poder explicativo e capacidade de determinação.
- Como quarto e último item desta listagem sucinta, existe a questão do preconceito e estigmatização, e seus amplos desdobramentos, como, por exemplo, o acesso ao mercado de trabalho e/ou, uma vez havendo a inserção no mercado de trabalho, acesso às posições mais prestigiosas e bem remuneradas. Em um campo diretamente ligado à saúde pública e individual, existem as questões da discriminação racial e seus efeitos deletérios sobre a saúde, do acesso aos próprios serviços de saúde e da natureza e qualidade da atenção para aqueles inseridos nesse sistema.

Em suma, não levar em conta a questão racial como possível determinante das condições de saúde e elemento na formulação das políticas públicas pode significar a eliminação de um elo relevante da análise acurada dos determinantes em saúde e da proposição de estratégias de prevenção e atenção política e culturalmente sensíveis e efetivas.

Entretanto, cabe ao pesquisador analisar corretamente as possíveis imbricações e superposições dos determinantes sociais na explicação das doenças em saúde pública, a fim de evitar a

² Na Diáspora (literalmente, ‘dispersão’), que se seguiu à destruição do Templo e ocupação da cidade de Jerusalém, os judeus se espalharam por diversos países, com forte presença na Europa. A denominação asquenazim (contraposta a sefaradí, derivada de *sefarad*, designação da Espanha na língua hebraica) se refere a comunidades judaicas da Europa Central e do Leste.

identificação de associações espúrias entre condições de saúde e raça. O emprego incorreto, indiscriminado e pouco acurado da variável raça em pesquisa na saúde pública tem levado várias revistas científicas, como o *New England Journal of Medicine* e o *British Medical Journal*, a definir conjuntos de normas e recomendações (*guidelines*) para a publicação de artigos de pesquisas que incorporaram esta categoria (Kaplan & Bennett, 2003). A nosso ver, apostar na continuidade das formulações conceituais anteriores é se colocar na contramão do que Bachelard (2003) denominou “o novo espírito científico”, ou seja, a reflexão epistemológica que mostra que a ciência opera por saltos e descontinuidades, que redefinem progressivamente campos de análise e paradigmas (uma formulação algo similar sobre as assim denominadas ‘revoluções científicas’ foi amplamente discutida por Thomas Kuhn, 1996). A questão da raça traz novos desafios à saúde pública contemporânea e deve ser pensada de forma renovada, com um olho posto nas lições da história, mas outro sintonizado com a descontinuidade e a inovação.

No campo da epidemiologia das doenças infecciosas, por exemplo, é imperioso distinguir efeitos ocorridos ao nível dos indivíduos e ao nível das populações. Diversos autores têm tematizado a questão a partir dos estudos de redes sociais e aplicação de modelos espaço-temporais de disseminação de patógenos (Morris, 1997).

Apenas exemplificando uma questão que em muito ultrapassa os objetivos deste texto, é possível demonstrar que comportamentos de risco para uma patologia infecciosa específica (por exemplo, o HIV/Aids), em tudo comparáveis, podem dar lugar a resultados completamente distintos em contextos específicos. Basta que a autopercepção de raça dê lugar a regras de pareamento (influenciando, por exemplo, a escolha de parceiros em relações sexuais, namoros e casamentos) distintas do pareamento aleatório, para que possam coexistir, em uma mesma cidade ou comunidade, microepidemias de natureza e intensidade distintas.

Ou, em outras palavras, lançando mão de pesquisas norte-americanas recentes (Kottiri et al., 2002), se populações auto-identificadas como ‘afro-americanas’ se relacionarem seletivamente com redes sociais basicamente compostas de afro-americanos, e se entre estes afro-americanos existirem prevalências de fundo (*background prevalences*) mais elevadas para o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) do que entre os autodenominados ‘brancos’ (o que, de fato, existe nos EUA), cada relação sexual desprotegida entre afro-americanos determinará um risco efetivo de transmissão do HIV/IST muito mais elevado do que entre ‘brancos’. Ou seja, os riscos potenciais de uma relação sexual desprotegida continuarão, do ponto de vista biológico intrínseco, idênticos entre as diferentes populações recortadas segundo o critério raça, considerando equivalentes (o que, *grosso modo*, ocorre no mundo real) parâmetros como a dinâmica dos vírus, a imunidade do hospedeiro e a força da infecção. Por outro lado, esses riscos potenciais equivalentes se materializarão em riscos efetivos completamente distintos, dada a composição das redes sociais e os diferenciais de prevalência dos patógenos nestas redes. Enquanto a chance de haver uma interação entre uma pessoa infectada pelo HIV e uma não infectada é mínima se a prevalência de fundo for baixa, ela será elevada caso a prevalência de fundo para aquele patógeno seja elevada.

Mais do que isso, dado o efeito sinérgico do HIV e outras IST sobre a transmissão do conjunto de patógenos (vírus e bactérias) sexualmente transmissíveis, se uma dada rede social tiver prevalências de fundo mais elevadas para, simultaneamente, HIV e sífilis, do que outra, as chances de transmissão serão maiores, e este aumento será maior do que a simples adição de riscos, tendo natureza claramente multiplicativa (Funnye & Akhtar, 2003).

Com isso, fenômenos que, a princípio, não teriam qualquer base biológica – já que não há base genética para dividir a raça humana em subespécies e as patologias infecciosas não têm qualquer ‘preferência’ por esta ou aquela ‘raça’ hipotética – acabam por adquirir uma base biológica novamente fundada em contextos sociais específicos, particularmente naqueles caracterizados por marcada discriminação racial. Na contramão do reducionismo de teorias como a sociobiologia, a vida social não encontra aqui o seu fundamento na biologia, mas a biologia especificamente humana encontra aqui o seu fundamento na vida social.

Mas a questão está longe de se esgotar no campo das determinações primárias da doença. Seguindo com o mesmo exemplo, sabe-se que a comunidade afro-americana nos EUA, especialmente por intermédio de suas lideranças religiosas, se opôs energicamente à abertura de Programas de Troca de Seringa (entre outros programas de natureza semelhante, vistos como propostas inadequadas ou paliativas do *establishment* médico, dirigidas às minorias (Pickle, Quinn & Brown, 2002) em diversas localidades, sob o temor de que um novo experimento aos moldes de Tuskegee estivesse em curso, dessa feita não mais envolvendo a sífilis, como aquele, mas sim a reencarnação simbólica da ameaça posta pela sífilis nas primeiras décadas do século XX, o HIV/Aids, afecção letal e de rápida disseminação, em tudo comparável à difusão da sífilis nas décadas de 20 e 30 do século XX (Brandt, 1987).

Por essa razão, houve uma interação perversa entre o descaso das autoridades norte-americanas (que, por seu turno, até hoje, a despeito do sucesso dos Programas de Troca de Seringas em todo o mundo, continuam proibindo a utilização de verbas federais no financiamento desses programas) e a resistência das próprias comunidades. Tudo somado ao preconceito, às diversas barreiras de acesso aos serviços de saúde, voltados para o HIV/Aids ou não (por exemplo, as barreiras econômicas, dado o caráter eminentemente privado do sistema de saúde norte-americano), além da infinitamente menor disponibilidade de recursos das comunidades atingidas (comparados, por exemplo, aos recursos da comunidade *gay* afluyente dos grandes centros urbanos norte-americanos, majoritariamente branca) para fazer frente à epidemia, não é difícil compreender os cursos completamente distintos da epidemia nas diferentes comunidades e populações norte-americanas (Greenland et al., 1996).

Só é possível lidar com questões como essa reconhecendo suas especificidades, analisando-as de forma detalhada e comparativa, para subsidiar intervenções efetivas e culturalmente apropriadas. O preço a pagar pela falta de atenção a essas questões é condenar segmentos populacionais extensos ao sofrimento desnecessário e à morte, aprofundar as divisões sociais e os preconceitos e mesmo reforçar os estereótipos prementes nesse campo, reeditando, no

campo das doenças infecciosas, as formulações racistas da discussão em torno da *Bell curve*, que, desconhecendo as características culturais e educacionais de segmentos específicos da população norte-americana, aplicavam testes padronizados em amostras supostamente representativas desses grupos. Os achados, invariavelmente desfavoráveis aos afro-americanos, eram sempre debitados na conta das supostas diferenças raciais no quociente de inteligência.

OUTRO PONTO DE VISTA

Uma característica da saúde pública é que ela é atravessada pelas demandas e práticas as mais diversas possíveis. E é a partir de um campo distinto, mas não menos pertinente e relevante – os ensaios clínicos com novos fármacos –, que acaba de ser expressa uma visão em tudo oposta àquela que expusemos anteriormente.

Em carta à revista *Science* (edição de julho de 2003), S. B. Haga e J. C. Venter (para esclarecer aqueles não familiarizados *a priori* com o seu nome, cabe explicar que J. Craig Venter é o pesquisador que desenvolveu um programa independente de decifração do genoma humano, a partir de seu ceticismo e críticas com relação ao programa oficial norte-americano) criticam acidamente a proposta de definição de raça a ser utilizada em ensaios clínicos pela FDA (Food and Drug Administration, órgão norte-americano responsável pela fiscalização de medicamentos e outros produtos de uso biomédico).

A perspectiva de Haga e Venter (2003) se baseia, a princípio, em raciocínio semelhante ao aqui exposto por nós, ou seja, na idéia de que a definição de raça carece de qualquer fundamentação biológica. Mas, embora partindo de um mesmo pressuposto e bibliografia similar, os autores chegam a conclusões distintas. Na ótica da farmacologia e da genética contemporâneas, propõem eles deixar de lado o conceito de raça (embora, mais adiante, não descartem a reanálise da questão por parte da FDA), que constituiria, segundo eles, um obstáculo a formulações de fato científicas na direção de uma 'farmacogenômica individualizada'. Para os autores, somente uma farmacogenômica individualizada pode dar conta das profundas variações interindividuais (que, como dissemos anteriormente, são muito maiores do que as variações interraciais) no âmbito da absorção, metabolização e ação terapêutica dos fármacos, fazendo com que a farmacologia contemporânea esteja em sintonia com o avanço das pesquisas no campo do genoma humano.

Não há como descartar *in limine* as formulações de Haga e Venter, embora nos pareça fundamental ponderar que existem fenômenos em saúde pública de caráter propriamente público e coletivo. Ou seja, não é possível pensar na difusão de doenças infecciosas (como fizemos anteriormente), a não ser a partir da análise das interações das redes sociais. Inclusive, todo o ferramental epidemiológico e estatístico é derivado do 'apagamento' de uma série de diferenças individuais em prol da dimensão propriamente coletiva, permitindo a construção de modelos que descrevem, aproximadamente, o comportamento dos fenômenos coletivos e os tratam na perspectiva da matemática e da estatística (Anderson & May, 1992).

Posto isso, vamos à segunda dimensão da crítica de Haga e Venter (2003): a inadequação dos critérios para classificação de raça tais como aqueles a serem utilizados pela FDA, propostos originalmente pelo OMB (US Office of Management and Budget) dos Estados Unidos. Essa é uma crítica bastante pertinente, pois critérios classificatórios de raça apresentam sérios problemas de validade e confiabilidade. Destituído de validade biológica, ‘raça’ é um construto social que varia no tempo, entre países e entre pessoas e grupos humanos.

Se o conceito de ‘raça’ além de carecer de fundamentação biológica, carece de base heurística como ‘operador conceitual’ para agrupar indivíduos (dado que, repetimos ainda uma vez, as variações interindividuais são muito mais pronunciadas do que as intergrupais), a utilização da variável ‘raça’ representaria, na verdade, um obstáculo à adequada análise de ensaios clínicos. Aliás, tal polêmica já vem ocorrendo no campo das vacinas anti-HIV/Aids, a partir dos achados (inexplicáveis tanto do ponto de vista biológico como epidemiológico) de que um produto vacinal recentemente testado apresentava efeitos absolutamente contraditórios (que iam da absoluta ausência de efeitos até a proteção adequada dos indivíduos vacinados) em diferentes subgrupos de voluntários, definidos a partir dos critérios de raça/etnia do OMB (é possível acompanhar o debate no *site* da revista virtual *Aids*science, www.aids-science.com).

CLASSIFICAR: SE SIM, COMO?

Classificações só são úteis em ciência caso demarquem na realidade alguma divisão que balize o raciocínio e subsidie a formulação de previsões e/ou intervenções. Da mesma forma que os modelos, as classificações são um ‘mal necessário’, e sempre envolvem algum grau de simplificação da realidade. Por outro lado, o raciocínio humano não consegue lidar com a complexidade do mundo sem proceder a algumas simplificações e operar a partir de algumas regularidades. A questão central, então, é: partindo-se do pressuposto de que a classificação das populações humanas tem alguma utilidade do ponto de vista da ciência (ainda que não fundamentada na biologia), cabe explicitar seus fundamentos e avaliar seu potencial heurístico.

Uma análise detalhada sobre a gênese e lógica das classificações de raça em sua aplicação em saúde pública foi desenvolvida por um de nós (CT), em texto independente. Destacaremos aqui alguns pontos dessas reflexões.

A gênese e a lógica que presidem a formulação e a utilização de classificações de raça/etnia em saúde pública nos diferentes países são bastante diversas. Ilustraremos a questão com um breve resumo da questão nos EUA e no Brasil, países explicitamente mencionados por Haga e Venter (2003) como caracterizados por uma importante diversidade racial, étnica e cultural.

A sociedade norte-americana é, sem dúvida, uma sociedade atravessada historicamente pela questão racial e seus diferentes corolários, o mais das vezes sob a forma de discriminação velada ou explícita. A variável ‘raça’ vem sendo medida pelos censos norte-americanos desde 1790. Por outro lado, a variável ‘classe’ está total ou quase totalmente ausente das diferentes

estatísticas sociais norte-americanas, como se a estratificação por 'raça' subsumisse a estratificação social por classes (no pólo oposto da saúde pública brasileira, até muito recentemente), e esta última não existisse de fato.

Uma situação completamente distinta se observa na Inglaterra, onde a variável 'classe' foi incluída nos censos nacionais desde o século XIX e a variável 'raça' foi introduzida recentemente, em 1991.

A classificação norte-americana de raças tem sido alterada seguidamente, o que faz com que não existam na história dos censos norte-americanos dois censos que tenham utilizado uma mesma classificação de raça. Também o critério de atribuição de raça tem variado, tendo passado de um critério dependente do observador (vigente até 1960) para um critério de autoclasseificação (em vigor desde então).

O que sobressai na (mutável) classificação norte-americana é ser ela tributária de um conceito de ancestralidade e não das características fenotípicas (ou seja, aparentes) dos indivíduos. A origem dessa classificação está na legislação sulista, que designava como 'não-branco' qualquer indivíduo que tivesse 'sangue negro' (ainda que 'uma gota', até a geração de seus bisavós). A despeito das inúmeras variações ao longo do tempo das categoriais raciais utilizadas nos EUA, a classificação majoritária 'brancos' sempre se contrapôs a um variável contingente de 'não-brancos'.

O OMB padronizou, em 1977, uma classificação racial a ser utilizada por todos os órgãos federais norte-americanos, exatamente a criticada na carta de Haga e Venter (2003). A classificação do OMB contempla um mínimo de quatro (atualmente cinco, após revisão) categorias raciais, além de duas categorias 'étnicas' (hispânico e não-hispânico).

A argumentação a favor da utilização nas estatísticas nacionais da variável raça por parte dos movimentos sociais foi de que, uma vez existindo discriminação baseada em critérios raciais, cabe registrá-la sistematicamente, tornando-a explícita, e permitindo o monitoramento das desigualdades daí decorrentes. Embora concordemos com essa argumentação, a partir do exposto em nossa argumentação acerca da disseminação do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, e da necessidade de responder adequadamente a elas, cabe observar que a coexistência de um desejo de minimizar (e idealmente abolir) as desigualdades sociais baseadas na raça e a utilização de uma classificação cuja gênese tem raízes exatamente na história dessas desigualdades não é trivial. A situação, para a qual, pensamos nós, não há respostas simplistas, se assemelha à bravata do personagem Barão de Münchhausen, que dizia ter se salvado da morte em um pântano ao puxar-se para fora pelos próprios cabelos.

No Brasil, ao contrário dos EUA, a classificação racial tem sua gênese numa estratificação baseada na aparência, e não na ancestralidade. Na verdade, a aparência (cor da pele) no Brasil se combina à posição social, embranquecendo ou escurecendo a aparência física de acordo com

a conveniência das convenções e os preconceitos sociais. A sociedade brasileira, basicamente miscigenada, elegeu como paradigma da fluidez da sua classificação racial a categoria dos ‘pardos’, e suas quase infinitas variantes e denominações populares. Entretanto, mais recentemente a posição política adotada pelo Movimento Negro no país preconiza uma classificação discreta (brancos e negros), à luz da classificação norte-americana. Entre uma variedade de considerações que podem ser feitas sobre essa proposta, destaca-se sua inadequação para classificar nas pesquisas de saúde pública as populações miscigenadas, e em particular em populações muito miscigenadas como a população brasileira.

NOTAS QUASE FINAIS

O debate prossegue e está aberto. Não é possível, a nosso ver, optar, por ora, pela alternativa proposta por Haga e Venter (2003) de descartar *a priori* a raça como variável válida no campo da saúde pública, uma vez que esta pode carecer de base biológica, mas não necessariamente de valor heurístico para a pesquisa e predição/intervenção. Isso talvez pudesse ser proposto caso fosse possível combinar, a um só tempo, análises de fato individualizadas e de caráter coletivo dos fenômenos no campo da saúde pública. Apesar de tentativas muito recentes no campo das doenças infecciosas, tais esforços se limitam, até o momento, à biologia e dinâmica dos agentes infecciosos (Dieckmann et al., 2002), mas não abrangem a dinâmica social dos seres humanos.

Enquanto existirem modos específicos de viver e adoecer que possam ser explicados parcialmente pela construção social da idéia de raça, e enquanto houver desigualdades a serem monitoradas e minimizadas (ou eliminadas) não nos parecerá possível descartar a mensuração desta variável. A grande questão aqui é saber ‘o que’ estamos medindo e ‘como’, e tentar evitar, na medida do possível, a circularidade de fenômenos e estratégias destinadas a avaliá-los.

Uma aposta que nos parece válida é investir em um refinamento progressivo das medidas das ‘formas de andar a vida’, através de classificações multiaxiais, tendo em mente, porém, que as estratégias de mensuração no campo da saúde pública não podem perder de vista sua praticidade, tanto para os que preenchem tais informações como para aqueles que as consultam, em sua ampla maioria profissionais não especializados em disciplinas quantitativas.

A presente situação de circularidade do conceito ‘raça’ e suas respectivas técnicas de mensuração lembra o sonho do químico alemão Kekulé com uma serpente que mordida seu próprio rabo. O aparente impasse sonhado (e superado) pelo químico teria dado origem à representação dos anéis dos compostos orgânicos (à base de carbono) e, com isso, à química orgânica como a conhecemos hoje. Oxalá nossos impasses atuais possam dar lugar a formulações não apenas cientificamente válidas, mas socialmente úteis e justas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMADO, J. *Tenda dos Milagres*. São Paulo: Martins, 1969.
- ANDERSON, R. M. & MAY, R. M. *Infectious Diseases of Humans: dynamics and control*. New York: Oxford University Press, 1992.
- ARENDET, H. *Eichman in Jerusalem: a report on the banality of evil*. London: Penguin Books, 1994.
- BACHELARD, G. *Le Nouvel Esprit Scientifique*. Paris: PUF, 2003 [1934].
- BRANDT, A. *No Magic Bullet: a social history of venereal disease in the United States since 1880*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- CAVALLI-SFORZA, L. L.; MENOZZI, P. & PIAZZA, A. *The History and Geography of Human Genes*. Princeton: Princeton University Press, 1996.
- COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.
- DIECKMANN, U. et al. (Eds.) *Adaptive Dynamics of Infectious Diseases: in pursuit of virulence management*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- FUNNYE, A. S. & AKHTAR, A. J. Syphilis and human immunodeficiency virus co-infection. *Journal of the National Medical Association*, 95(5):363-82, 2003.
- GELL-MANN, M. *The Quark and the Jaguar: adventures in the simple and the complex*. New York: W. H. Freeman & Co., 1995.
- GREENLAND, S. et al. Evidence for recent growth of the HIV epidemic among African-American men and younger male cohorts in Los Angeles County. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 11(4):401-409, 1996.
- HAGA, S. B. & VENTER, J. C. Genetics@: FDA races in wrong direction. *Science*, 301(5.632):466, 2003.
- JACQUARD, A. *L'Héritage de la Liberté*. Paris: Seuil, 1986.
- JONES, J. *Bad Blood: tuskegee syphilis experiment*. New York: Free Press, 1993.
- KAPLAN, J. B. & BENNETT, T. Use of race and ethnicity in biomedical publication. *Journal of the American Medical Association*, 289(20):2.709-2.716, 2003.
- KINCHELOE, J. L.; STEINBERG, S. R. & GRESSON, A. D. (Eds.) *Measured Lies: the Bell curve examined*. New York: St. Martin's Press, 1997.
- KOTTIRI, B. J. et al. Risk networks and racial/ethnic differences in the prevalence of HIV infection among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30(1):95-104, 2002.
- KUHN, T. *The Structure of Scientific Revolutions*. 3.ed. Chicago: University Of Chicago Press, 1996.
- MORRIS, M. Sexual networks and HIV. *Aids*, 11(suppl.A):S209-S216, 1997.
- PARRA, F. C. et al. Color and genomic ancestry in Brazilians. *Proceedings of the National Academy of Science - USA*, 100(1):177-182, 2003.
- PICKLE, K.; QUINN, S. C. & BROWN, J. D. HIV/Aids coverage in Black newspapers, 1991-1996: implications for health communication and health education. *Journal of Health Communication*, 7(5):427-444, 2002.
- RISCH, N. et al. Geographic distribution of disease mutations in the Ashkenazi Jewish population supports genetic drift over selection. *American Journal of Human Genetics*, 72(4):812-822, 2003.