

## IV. Cidadania e saúde

etnicidade, raça e saúde no Brasil: questões e desafios

Simone Monteiro  
Marcos Chor Maio

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-Non Commercial-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.

## 25. ETNICIDADE, RAÇA E SAÚDE NO BRASIL: QUESTÕES E DESAFIOS

*Simone Monteiro  
Marcos Chor Maio*

Nos últimos anos, as relações entre raça/etnia e saúde vêm adquirindo novos significados a partir das tentativas de criação de um campo de reflexão e intervenção política voltado para a denominada ‘saúde da população negra’ no Brasil. As interfaces entre raça, medicina e saúde – tendo o negro como objeto privilegiado de reflexão – estiveram em voga entre as últimas décadas do século XIX e os anos 1940, perpassadas pelos desafios políticos e intelectuais da construção da nação no período após a Abolição e o advento da República, da definição de uma identidade nacional e da integração de segmentos sociais marginalizados. A literatura sobre esse período destaca a concorrência entre matrizes do pensamento científico da época (Maio, 2004). Predominou, então, um acento a-racialista na tradição neo-hipocrática, em sua tradução tropical, do século XIX, ou no legado sanitarista dos primórdios do século XX (Ferreira, 2001; Lima & Hochman, 1996). A medicina legal, por sua vez, nesse período, sob a influência da antropologia física e da ‘higiene mental’, assumiu papel de relevo na construção de uma vertente determinista biológica (Corrêa, 1998; Skidmore, 1993 [1974]).

As diversas nuances dos vínculos entre biologia e teoria social ou entre conhecimento científico e movimentos sociais no Brasil têm na eugenia um caso paradigmático, na medida em que coloca em evidência o binômio raça-saúde. As experiências históricas anglo-saxãs, do norte da Europa, ou as latinas sugerem os limites da possibilidade se atribuir uma associação imediata entre eugenia e nazismo. O caso brasileiro é um indicador preciso das diferentes apropriações do saber eugênico: o higienismo oitocentista e o sanitarismo dos primeiros decênios do século passado sedimentaram a crença de que a inserção dos brasileiros no processo civilizatório passava obrigatoriamente pela saúde e pela educação (Stepan, 1991). Na década de 1930, esse enfoque médico-sanitário teve importantes reflexos nos estudos socioantropológicos, contribuindo para que gradativamente uma visão culturalista deslocasse enfoques racialistas ainda vigentes à época.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e da ditadura estadonovista, momento em que o Brasil experimenta o processo de democratização, privilegia-se o tema das desigualdades

sociais, inclusive com recorte étnico-racial, na perspectiva das ciências sociais (Maio, 1999). Na esfera da saúde pública prevalecem os elos entre saúde e desenvolvimento nos anos 1950 e 1960 e, a partir dos anos 1980, consolida-se o projeto de universalização do acesso à saúde, que se materializa no Sistema Único de Saúde (SUS) (Escorel, 1999). Nesse período, a tradição universalista e a ideologia anti-racialista à brasileira não atribuíram importância à temática racial como questão de saúde pública.

Só na virada do século XX o tópico adquire crescente relevância. É em função dessa visibilidade que se pretende aqui abordar o processo de formação de um domínio específico na esfera da saúde pública direcionada para a população negra. Para isso, analisa-se, a princípio, o contexto em que surge esse campo e sua agenda científica e política. Em seguida, discutem-se pontos controversos que emergem da literatura contemporânea, sobretudo a norte-americana, acerca das relações entre raça e saúde.<sup>1</sup>

## POLÍTICAS DE SAÚDE COM RECORTE RACIAL

Documentos recentes de órgãos internacionais, como o Pnud e a Opas (2001), e do Ministério da Saúde (2001) explicitam o objetivo de criar um campo de pesquisa e de intervenção voltado para a saúde da população negra no Brasil, que inclui a produção de conhecimento científico, a capacitação de profissionais da saúde, a divulgação de informações para a população e a atenção à saúde. Foi editado o ‘Manual de doenças mais importantes por razões étnicas da população brasileira afro-descendente’, que descreve as doenças que “apresentam evidências científicas bem consolidadas de serem mais freqüentes na população negra brasileira em decorrência de fatores étnicos: anemia falciforme, deficiência de 6-glicose-fosfato-desidrogenase, hipertensão arterial, doença hipertensiva específica e *diabetes mellitus*”. Por meio da definição das causas, das manifestações clínicas, das indicações terapêuticas e do prognóstico, o referido manual tem por objetivo promover uma “abordagem clínica mais adequada destas doenças em pacientes negros” (MS, 2001:7).

Tem sido crescente o interesse pelo tema das relações entre raça/etnia e saúde, com ênfase na população negra, entre pesquisadores do campo da saúde coletiva e militantes de movimentos sociais. Uma análise das publicações e informes da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos<sup>2</sup> (<http://www.redesaude.org.br>) forneceu evidências da presença da temática das relações étnico-raciais: 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

<sup>1</sup> Agradecemos a colaboração de Danielle Moraes, Jacqueline Torres e Carla Xavier no trabalho de revisão bibliográfica.

<sup>2</sup> A RedeSaúde é uma articulação do movimento de mulheres do Brasil. Fundada em 1991, reúne 182 grupos feministas e pesquisadoras que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa nas áreas da saúde da mulher e dos direitos reprodutivos. É composta por nove regionais, organizadas nos estados de PA, RS, PE, MG, SP, RJ, PB, GO e DF.

teses, prêmios e linhas de financiamento para projetos. Foram consultados os boletins eletrônicos Saúde Reprodutiva na Imprensa, os informativos eletrônicos da RedeSaúde e os jornais da Rede Feminista de Saúde, divulgados no período de janeiro de 2001 a julho de 2003, assim como os demais conteúdos da página da RedeSaúde referentes aos dossiês, artigos e dados, campanhas, folhetos e cartilhas.

Na produção acadêmica, observa-se que os estudos sobre a saúde da população negra no Brasil não são expressivos, mas vêm crescendo. É digno de nota que no VII Congresso de Saúde Coletiva de 2003 tenham sido apresentados 61 trabalhos relativos à saúde da população indígena e 16 voltados para a saúde da população negra. Os 16 resumos focalizaram práticas culturais, reflexões sobre o conceito de raça nas ciências médicas, políticas de saúde e desigualdades raciais na área da assistência e em estudos epidemiológicos.

O levantamento de artigos na base de dados do SciELO<sup>3</sup> também revelou abordagens sobre o tema em foco. A procura pelas palavras 'saúde' e 'raça' nos campos 'todos os índices'<sup>4</sup> resultou em 29 trabalhos. A maioria dos artigos, no caso 20, são relativos à epidemiologia ou à clínica aplicadas ao campo da medicina veterinária ou da biologia. Entre os demais trabalhos, quatro constituem-se em estudos epidemiológicos que incluem a variável raça na análise de doenças e de um serviço de saúde; dois são estudos demográficos que problematizam a categorização racial dos instrumentos de coleta de dados da Pesquisa Nacional de Demografia (PNAD/Brasil) de 1998 e do National Health Interview Survey (NHIS/EUA) de 1996. Os outros três artigos são investigações na área das ciências sociais, sendo duas abordagens históricas<sup>5</sup> e uma análise contemporânea sobre as desigualdades raciais entre mulheres no Rio Grande Sul.

A busca pela palavra 'etnia' no campo 'todos os índices' da base de dados do SciELO resultou em 12 artigos, diferentes dos 29 citados anteriormente. Dos 12 trabalhos encontrados, cinco são estudos epidemiológicos que apresentam a origem étnica (p. ex., populações indígena, negra ou nipo-descendentes) como uma variável na análise dos agravos à saúde. Dois tratam da temática da educação<sup>6</sup> e os outros cinco abordam a formação de identidades étnicas e de gênero. Considerando-se o atual debate sobre o significado e utilização dos termos 'raça' e 'etnia', que mais adiante será analisado, é interessante destacar que o universo dos 41 (29+12) artigos mencionados não só revela um uso diferenciado das palavras 'raça' e 'etnia' na produção acadêmica, como indica a ausência de uma justificativa para a opção por um ou outro

<sup>3</sup> SciELO (Scientific Electronic Library Online) é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de 105 periódicos científicos brasileiros. (<http://www.scielo.br>). Devem-se registrar alguns limites desse levantamento, na medida em que ele não incluiu produções importantes como livros e teses e outros periódicos.

<sup>4</sup> Por meio dessa busca, o programa procura os termos selecionados entre todas as palavras do artigo (título, corpo, referências)

<sup>5</sup> Um dos trabalhos analisa a identidade profissional da enfermagem e a literatura médica brasileira sobre a peste branca (tuberculose).

<sup>6</sup> Um dos artigos da área da educação ressalta o papel da escola na manutenção da tradição de um grupo de imigrantes alemães no Espírito Santo; o outro discute as implicações de atitudes discriminatórias em relação à população negra no contexto escolar.

termo. A palavra ‘raça’ prevalece nos estudos de medicina veterinária e biologia, nas análises demográficas e nas abordagens históricas. A palavra ‘etnia’ está mais presente nos trabalhos relativos à identidade étnica e a grupos populacionais diversos como os índios, negros, nipodescendentes e imigrantes alemães. A pesquisa das palavras ‘negro’ ou ‘negra’ e ‘saúde’ no SciELO gerou 16 artigos; apenas um deles já havia sido incluído nos levantamentos anteriores. Desse total, há duas abordagens sobre políticas de saúde voltadas para negros e índios, sendo que a maior parte dos trabalhos trata dos agravos à saúde entre as populações negra e indígena, do ponto de vista clínico ou epidemiológico.

Ainda sobre a produção acadêmica brasileira, uma revisão bibliográfica anterior (Monteiro, 2004) indicou que nas análises sobre saúde da população negra, produzida em sua maioria por mulheres negras, predomina o argumento segundo o qual a invisibilidade do recorte étnico-racial nas pesquisas da área da saúde pública decorre do não-reconhecimento da existência de racismo na sociedade brasileira. Pondera-se que as desigualdades raciais na área da saúde têm sido tradicionalmente interpretadas a partir de fatores associados às disparidades socioeconômicas. Em termos dos agravos à saúde, ressalta-se a maior prevalência entre a população feminina negra de diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme, que podem promover abortamento espontâneo, maior suscetibilidade às infecções, entre outros problemas. Além dos efeitos do racismo na produção das desigualdades em saúde, é salientada a importância da identificação das doenças étnico-raciais, em termos dos seus determinantes genéticos e/ou socioeconômicos.<sup>7</sup>

Os argumentos acerca das repercussões do racismo na saúde e da necessidade de caracterizar os fatores genéticos e socioeconômicos dos agravos étnico-raciais têm fundamentado a proposta de criação de um campo de pesquisa e de intervenção voltado para a saúde da população negra, descrita no documento Política Nacional de Saúde da População Negra (2001).

Nesse documento, produzido por profissionais de diversas organizações internacionais, do movimento social negro e de representantes de instituições universitárias,<sup>8</sup> afirma-se que a participação brasileira na Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em Durban, em agosto de 2001, produziu um “ambiente favorável” para uma atuação “mais incisiva na superação das desvantagens sociais geradas pelo racismo” (Política Nacional, 2001:5).

Ainda segundo esse documento, a inclusão da temática raça nas ações de promoção da equidade em saúde foi impulsionada pelo Plano de Ação da Conferência Regional das Américas Contra o Racismo, no qual há uma requisição para que a Opas “promova ações para o

<sup>7</sup> Ver: Barbosa (1998); Oliveira (1999); Olinto & Olinto (2000) e *Jornal da RedeSaúde* (2001).

<sup>8</sup> Participaram da elaboração do documento um sanitarista, um consultor legislativo, sete membros de organizações internacionais (Unicef, Unesco, Pnud, Opas, UNDCP, GT-Unaid), um da Secretaria de Saúde 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).

reconhecimento da raça/grupo étnico/gênero como variável significativa em matéria de saúde e desenvolva projetos específicos para a prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas de descendência africana” (Política Nacional, 2001:5). 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 interpretação dos dados do Ipea sobre as desigualdades entre negros e brancos quanto à escolaridade, à renda e ao saneamento e pelo fato de a 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” (Política Nacional, 2001:6, 7).

O texto do documento inclui a classificação dos agravos mais frequentes na população negra no Brasil, segundo quatro categorias, a saber: 1) geneticamente determinadas (anemia falciforme e deficiência de G6PD) ou dependentes de elevada frequência de genes responsáveis pela doença ou a ela associadas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito); 2) adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis (desnutrição, mortes violentas, DST/Aids, doenças do trabalho, transtornos mentais), decorrentes do racismo e transtornos derivados como alcoolismo e toxicomania; 3) de evolução agravada ou tratamento dificultado (hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, mioma); 4) condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas (crescimento, gravidez, parto, envelhecimento).

Ao final, são feitas recomendações para uma política nacional focada na saúde da população negra, constituída de quatro componentes:

- ‘Produção de conhecimento científico’, tendo em vista: a introdução do quesito cor e outras variáveis associadas à equidade em saúde nos sistemas de informação; a produção de estatísticas vitais e análise epidemiológica da morbimortalidade por doenças transmitidas geneticamente e agravadas por condições de vida; a sistematização da bibliografia existente; o apoio técnico-científico e financeiro à criação de núcleos de estudos e linhas de pesquisa sobre a saúde da população negra.
- ‘Capacitação dos profissionais da saúde’ por meio de treinamentos acerca da coleta de dados primários, das doenças prevalentes na população negra e da “medicina de matriz africana”; da promoção de eventos e elaboração de material didático sobre o tema; da formulação de proposta ao Ministério da Educação para a introdução da saúde da população negra como tema transversal nos ensinos médio e superior.
- ‘Informação da população’ por meio da distribuição de material informativo, de campanhas educativas de massa e do estabelecimento de parcerias com os movimentos sociais, incluindo a atuação de organizações comunitárias e não-governamentais como multiplicadoras da informação.
- ‘Atenção à saúde’ por meio da instituição, no Conselho Nacional de Saúde, da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra; da criação de órgãos/equipes no Ministério da Saúde para formulação de políticas de saúde específicas e definição de protocolos básicos

de ação; da focalização da saúde da população negra nas ações programáticas do SUS; da valorização dos “espaços tradicionais de matriz africana como pólos de difusão de saberes e práticas de promoção da saúde da população negra”; da implementação do Programa de Anemia Falciforme; da alocação eqüitativa em áreas de concentração de população afro-descendente e do acesso ampliado aos serviços.

A importância atribuída às relações entre raça/etnia e saúde, especialmente voltada para a ‘saúde da população negra’ no Brasil, resulta, em parte, da ampliação das pesquisas sociológicas, nos últimos 20 anos, sobre as desigualdades raciais no Brasil, da centralidade que o racismo assumiu na agenda de discussões de instituições intergovernamentais (Onu, Unesco, Opas) e das críticas ao alegado fracasso de projetos universalistas que não teriam levado em consideração a variável raça no combate às iniquidades sociais. Acrescente-se o fato da ascensão do movimento social negro, que vem se constituindo num importante grupo de pressão. Essa visibilidade deve-se às conexões transnacionais com seus congêneres, especialmente o norte-americano, as parcerias com ONGs, universidades – apoiadas por fundações filantrópicas americanas, européias e agências multilaterais –, a inserção de seus militantes em aparatos estatais, nas esferas municipal, estadual e federal e, particularmente, nas gestões recentes de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), ou do atual presidente Luiz Inácio Lula da Silva, na qual foi criada a Secretaria de Promoção da Igualdade Racial. É nessa conjuntura política que vem adquirindo maior destaque o debate sobre a formulação e implementação de políticas específicas voltadas para a população negra, inclusive na área da saúde.

O debate acerca da definição de uma agenda nacional direcionada à população negra a ser incorporada pelo Ministério da Saúde vem acompanhado pela intenção de se reforçar identidades primordiais, influenciadas pela política de reconhecimento. A posição de Pinto e Souza elucida bem esse projeto. Para elas,

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. (Pinto & Souza, 2002:1.144)

Nessa perspectiva da ‘política de identidade’, o Programa Nacional da Anemia Falciforme adotado pelo governo Fernando Henrique Cardoso, a partir de uma demanda do movimento social negro, é um bom exemplo da tentativa de racialização de uma doença. Ainda mais quando se considera que a anemia falciforme tem sido objeto de intenso debate nos EUA em função da sua história estar vinculada à racialização, ou seja, à denominação ‘doença de negros’ (Fry, 2003; Diniz & Guedes, 2003).

## PONTOS CONTROVERSOS NA LITERATURA

Um olhar para a produção acadêmica biomédica, em particular a norte-americana dos últimos anos, revela que as investigações sobre as desigualdades em saúde associadas à origem

étnica/racial apresentam debates que podem contribuir para iluminar as diretrizes das políticas brasileiras nesta área. Apesar das especificidades sócio-históricas e culturais das relações étnico-raciais nas diversas sociedades (Maio & Santos, 1996), considera-se que uma visão sobre os estudos internacionais pode colaborar para uma reflexão sobre a trajetória brasileira neste campo. Optou-se, assim, por apresentar indagações, presentes na literatura, relativas à caracterização de fatores genéticos das chamadas doenças étnico-raciais; à variação nos sistemas de classificação segundo a origem étnico-racial nas estatísticas populacionais e aos efeitos da discriminação étnico-racial na saúde.

Uma discussão relevante nas análises sobre raça/etnia e saúde tem por base os dados sobre o maior risco da população negra, quando comparada à população branca, no que diz respeito aos agravos crônicos, como hipertensão arterial, diabetes melito e doença renal terminal. A constatação de que no mesmo estrato social há casos, como a hipertensão arterial, em que a população negra apresenta taxas de sobremortalidade e sobremorbidade em relação à população branca, fundamentou a hipótese de que o fator genético influencia na determinação da doença relacionada à origem racial/étnica. Tal hipótese, utilizada como um dos fundamentos para a constituição de um programa de saúde voltado para a população negra, tem sido alvo de questionamentos, de ordem metodológica e conceitual, na literatura biomédica. Uma das controvérsias acerca da presença de traços genéticos entre grupos étnico-raciais (p. ex., negros, índios) deve-se ao fato de os agravos, em geral, resultarem da interação de fatores diversos, de natureza histórica, econômica e psicossocial, não estando restritos à dimensão biológica.

Argumenta-se ainda que a produção científica na área da saúde não compartilha de uma definição comum acerca das noções de raça e etnia e que a falta de consistência conceitual põe em questão a interpretação das diferenças nos indicadores de saúde entre os grupos étnico-raciais (Anand, 1999; Ferreira, Pedrosa & Oliveira, 2003). Tendo por base um estudo sobre a ausência de clareza conceitual do termo raça nos artigos do *South African Medical Journal*, Ellison e De Wet (1997) sustentam que o uso da categoria raça é inevitável nas pesquisas de saúde, principalmente na análise do racismo. Todavia, é preciso estar atento aos riscos de, ao se afirmar o conceito biológico de raça, gerar-se interpretações equivocadas sobre as causas das disparidades raciais na saúde e reforçar o preconceito racial. McDermott (1998), por sua vez, assinala os perigos e as conseqüências éticas da associação acrítica entre doença e raça, a partir do questionamento da 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 problematiza as evidências, sustentadas em dados epidemiológicos, que apóiam a teoria sobre a presença de um fator genético imutável ao invés de heranças ou fatores metabolicamente adaptados e, conseqüentemente, mutáveis que tornam grupos étnicos mais vulneráveis. Na sua visão, o paradigma do determinismo biológico exclui a análise dos determinantes sociais de uma doença e, conseqüentemente, prejudica a adoção de medidas de assistência e prevenção.

Ainda dentro de uma perspectiva crítica, há questionamentos mais contundentes sobre a pertinência do uso da categoria raça no campo da saúde, como o de Fuller (2003), que afirma



que apesar de o racismo influenciar a ocorrência de disparidades em saúde, a solução não está na ênfase na construção de grupos raciais. Apoiada em estudos que revelam que doenças – como hipertensão, câncer de próstata, baixo peso ao nascer, mortalidade infantil e melanoma – são afetadas pela interação do grau de pigmentação, de exposição à radiação do ultravioleta B e dos níveis de vitamina D, a autora sustenta que a compreensão das disparidades em saúde deve ser orientada pelo contraste entre o fenótipo e o ambiente, e não pela reunião de grupos heterogêneos – na sua visão os grupos raciais são muito heterogêneos –, cujos indivíduos pouco compartilham em termos de fenótipo, cultura e/ou comportamento. Fuller sugere que as desigualdades em saúde podem estar relacionadas ao impacto das diferenças ambientais na biologia individual.

Os estudos no campo da genética das populações, que introduzem novas interpretações, nem sempre convergentes, em relação às desigualdades étnico-raciais na área da saúde, também têm notável repercussão. O trabalho de Cooper (2003) expressa uma dessas vertentes ao apresentar uma visão crítica sobre as contribuições da genética molecular para as pesquisas sobre raça e saúde. Segundo o autor, as evidências de que a raça ou ‘ancestralidade continental’ tem um significado genético são insuficientes. A maioria das variações genéticas associadas às doenças não são traços raciais, mas mutações randômicas em subpopulações ou o resultado de seleções regionais particulares associadas a grupos populacionais específicos.<sup>9</sup> A seu ver, até o momento não há provas de que o padrão de doenças crônicas, como a hipertensão, é definido por algum grau genético substancial. Isso significa dizer que, embora sejam demonstradas variações genéticas em doenças raras (talassemia, anemia falciforme), a susceptibilidade alegada para a distribuição das doenças comuns, que envolvem condições complexas com larga distribuição mundial como diabetes e doença do coração, tendem a ser ‘pan-étnicas’.

Karter (2003) observa que há problemas de consistência na classificação populacional segundo o recorte racial. No entanto, tendo por base numerosos exemplos de diferenças raciais em doenças (câncer de próstata, glaucoma) e respostas terapêuticas – que persistem após a análise de potenciais confundidores<sup>10</sup> (acesso a cuidado, *status* socioeconômico) –, o autor alega que é pertinente utilizar a classificação racial nas pesquisas em saúde. Concorre ainda para o seu argumento o reconhecimento de que em determinados contextos, como o dos EUA, a qualidade e o acesso aos cuidados em saúde variam conforme os grupos étnico-raciais e as condições socioeconômicas.

A consistência dos sistemas de classificação dos grupos étnico-raciais nas estatísticas populacionais tem sido debatida na produção acadêmica sobre raça, etnia e saúde. No caso norte-americano, segundo análise de Williams (1999) sobre *surveys* de base populacional, há proble-

<sup>9</sup> Nas palavras do autor: “Most known genetic variation that are disease associated are random mutations in sub populations or result from specific regional selection; these are clearly not racial traits, in continental sense. This result occurs because most monogenic disorders are caused by mutations of recent origin and they are therefore restricted to a smaller breeding population than represented by continents” (Cooper, 2003:24)

<sup>10</sup> Confundidores são considerados vieses capazes de comprometer a análise.

mas na classificação étnico-racial, a saber: a discrepância entre a definição de raça dada pelo entrevistador e pelo respondente, a inconsistência de dados ao longo dos anos e a dificuldade de se definir a raça quando os pais têm *status* racial-étnico diferenciado, entre outros. Tais variações são expressivas quando se leva em conta que a classificação de raça/origem étnica nos Estados Unidos se orienta pelo conceito de ancestralidade e pelo modelo bipolar (branco e negro), enquanto na sociedade brasileira a classificação é informada pela aparência física (fenótipo) e por fatores socioeconômicos, operando em um amplo contínuo de cor. O padrão classificatório no Brasil é freqüentemente caracterizado pela fluidez (indeterminação, subjetividade e dependência contextual) em sua aplicação (Silva, 1994).

A atualidade deste debate pode ser ilustrada pelo artigo de Sondik e colaboradores (2000) acerca das possíveis implicações para as políticas e as pesquisas em saúde pública, decorrentes das mudanças no sistema de classificação étnico-racial utilizadas no Censo de 2000 nos EUA, que inclui quatro categorias raciais (asiático ou nativo das ilhas do Pacífico, branco, índio americano ou nativo do Alaska e negro) e duas categorias étnicas (hispânico e não-hispânico),<sup>11</sup> sendo permitida a classificação em mais de um grupo racial-étnico (*multiple race reporting*). Pondera-se ser necessário investigar se existe alguma especificidade ou motivação entre o grupo de pessoas que optam pela classificação multirracial no Censo. Diante das diversas mudanças nos sistemas norte-americanos de classificação étnico-racial ao longo dos anos, também são feitas indagações quanto à viabilidade de se realizar análises comparativas.

Um outro tema recorrente na produção bibliográfica sobre raça e saúde refere-se aos danos da discriminação étnico-racial. Para Geronimus (2000), os segmentos étnicos minoritários têm tido 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, inclusive em saúde. Há estudos como o de Wyatt e colaboradores (2003), que analisam a repercussão do racismo na saúde cardiovascular de negros norte-americanos. São debatidas as relações de doenças cardiovasculares (DVC) entre os negros e os níveis de discriminação étnico-racial decorrentes: do “racismo institucional”, que pode tolher as oportunidades de mobilidade social e, conseqüentemente, o acesso a bens e recursos materiais; do “racismo percebido”, capaz de promover situações estressantes e, com isso, induzir reações psicofisiológicas prejudiciais à saúde; do “racismo internalizado”, que pode gerar uma auto-avaliação negativa em função da internalização de estereótipos negativos. Segundo os autores, há indicações sobre a importância do apoio social, de redes familiares ampliadas e da religião na amenização das respostas gerais ao estresse. Considera-se que estudos qualitativos

<sup>11</sup> A partir de 1 de janeiro de 2003, todas as pesquisas e *surveys* do US Census Bureau devem seguir as novas diretrizes para a descrição de dados sobre raça e etnicidade, que incluem cinco categorias raciais (asiático, branco, índio americano ou nativo do Alaska, nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico e negro ou africano-americano) e duas opções para etnicidade (hispânico ou latino ou não hispânico ou latino).

das práticas cotidianas poderiam iluminar as razões das diferenças nas respostas ao racismo e que a validação dos modelos conceituais acerca dos fatores biopsicossociais que regem essas diferenças implica a realização de estudos longitudinais capazes de verificar os fatores fisiológicos, comportamentais e sociais, incluindo os vários níveis de racismo e outras formas de opressão relativas ao gênero, idade e/ou classe social.

A questão da discriminação étnico-racial também tem sido tratada nas análises sobre os fatores que afetam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. 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, estudos na área do planejamento, gestão e avaliação de serviços discutem as relações entre disparidades étnico-raciais e sociais em saúde e a qualidade dos modelos de acesso aos serviços de saúde, incluindo sugestões para futuras pesquisas e ações nesse campo (Fiscella et al., 2000; Cooper, Hill & Powe, 2002; Ryn & Fu, 2003).

Em termos de recomendações e desafios sobre as pesquisas centradas na discriminação como um determinante da saúde da população, é importante mencionar a interessante reflexão de Krieger. A autora define discriminação como

um fenômeno sancionado e estruturado socialmente, justificado ideologicamente e expresso por meio de interações com e entre indivíduos e instituições, com o objetivo de manter o privilégio de membros dos grupos dominantes em detrimento da privação dos demais indivíduos. (Krieger, 2000:41, tradução livre)

Tendo em vista que os alvos dominantes da discriminação têm por base a raça/origem étnica, o gênero, a orientação sexual, a idade, a classe social e a deficiência física, argumenta-se ser necessário levar em conta que as pessoas podem experimentar mais de um tipo de discriminação, em ambientes diversos (p. ex., espaço público e/ou privado), e que essa vivência pode ser mais ou menos evidente. Depreende-se que os procedimentos metodológicos capazes de apreender as implicações 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, Hall & Taliaferro, 2003).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposição de uma agenda política voltada para a população negra no campo da saúde pública é mais uma face da relação, por vezes tensa, entre pautas transnacionais e contextos locais. É bastante elucidativo que só a partir da Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em 2001, sob os auspícios da ONU, investimentos prévios de luta contra o racismo, como o Seminário de Brasília sobre as políticas de ação afirmativa e o Programa Nacional de Direitos Humanos (Souza, 1997), no qual se incluí a criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra, tenham assumido alguma visibilidade.

Os esforços do Movimento Negro, em consonância com fundações filantrópicas e instituições internacionais, para instituir, no campo da saúde pública, a singularidade da população negra em matéria de tratamento diferenciado dos agravos à saúde, ocorre no contexto de implementação do sistema de cotas para negros em agências governamentais e algumas universidades públicas, inspirada nas políticas de ação afirmativa norte-americanas.

É nessa conjuntura política que a saúde pública se torna mais um espaço de luta por uma agenda anti-racista racializada em nome da afirmação de identidades étnico-raciais. Não à toa, o documento Política Nacional de Saúde da População Negra reivindica, por exemplo, que o Estado brasileiro reconheça

a forma dinâmica como a sabedoria da medicina popular e as manifestações culturais e artísticas afro-brasileiras têm contribuído para a promoção do bem-estar físico, psíquico e social da população. Através de categorias culturais que permitem outras formas de perceber, expressar, avaliar e tratar doenças, as terapeutas populares – como mães-de-santo, rezadeiras, raizeiras e parteiras – atendem a uma demanda expressiva de doentes que não têm acesso aos serviços públicos de saúde e, para muitos, oferecem a primeira e, talvez, a única terapêutica disponível. (Pnud & Opas, 2001:8)

É importante ressaltar que a medicina popular valorizada pelo documento é a de “matriz africana” (Pnud & Opas, 2001:11). A longa tradição de interação cultural desenvolvida durante séculos entre portugueses, africanos e indígenas e que gerou um rico e diversificado conhecimento médico e de terapêuticas no Brasil, a denominada ‘medicina popular’, acaba por ser reduzida ao legado da população negra. Racializam-se, nesse caso, os saberes populares em função da afirmação política da ‘identidade afro-descendente’. Ao abordar os temas da identidade e da cultura, ao sabor multiculturalista, tem-se a impressão que a plataforma da ‘saúde da população negra’ não parece estar voltada para os cidadãos, tema caro à história da saúde pública no Brasil, mas para determinados atores culturais (Kuper, 2002).

A agenda anti-racista proposta pelo Movimento Negro, na área da saúde pública, apropriou-se apenas de parte das discussões e problemas que aparecem na literatura norte-americana. 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 problemas de saúde, particularmente no caso da população negra, ainda são objeto de intensa controvérsia. No momento em que se procura transformar a representação da sociedade brasileira num modelo bi-racial (branco-negro), nos EUA ocorre não apenas um debate sobre categorias étnico-raciais, mas também a introdução de novas categorias no censo, o que torna ainda mais complexa a relação entre raça/etnia e saúde.

O debate sobre as implicações, os problemas e os desafios relativos à criação de um campo de pesquisas e ações voltadas para a saúde da população negra permite a atualização da discussão sobre o racismo no Brasil. Compreende-se que a análise dos cenários nacional e internacional, associada à temática racial e seus desdobramentos, assim como a problematização da

produção acadêmica, podem fomentar um importante, necessário e criativo diálogo entre os diversos atores envolvidos no enfrentamento das desigualdades sociais no país.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANAND S. S. 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*, 4(4):241-244, nov. 1999.
- BARBOSA, M. I. *Racismo e Saúde*, 1998. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- COOPER, R. Race, genes, and health new wine in old bottles. *International Journal of Epidemiology*, 32: 23-25, 2003.
- 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*, 17:477-486, 2002.
- CORRÊA, M. *As Ilusões da Liberdade: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil*. Bragança Paulista: Edusf, 1998.
- DINIZ, D. & GUEDES, C. Educando para a genética: anemia falciforme e políticas de saúde no Brasil. Brasília: Letras Livres, 2003. (Anis, 25)
- ELLISON, G.T. & DE WET, T. 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*, 87(12):1.671-1.679, dec.1997.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- FERREIRA, L. O. Uma interpretação higienista do Brasil Imperial. In: HEIZER A. & VIDEIRA A. A. P. (Orgs.) *Ciência, Civilização e Império nos Trópicos*. Rio de Janeiro: Acces, 2001.
- FERREIRA, L. B.; PEDROSA, M. A. & OLIVEIRA, S. F. Utilização do conceito de “raça” nas ciências médicas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Livro de Resumos II do VII Congresso de Saúde Coletiva, 8(supl.2), 2003.
- FISCELLA, K. et al. Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *Journal of the American Medical Association*, 283(19):2.579-2.584, 2000.
- FRY, P. As aparências que enganam: reflexões sobre “raça” e saúde no Brasil, 2003. (Mimeo.)
- FULLER, K. Health disparities: reframing the problem. *Medicine Science Monitor*, 9(3):SR9-15, 2003.
- GERONIMUS, A. To mitigate, resist, or undo: addressing structural influences on health of urban populations. *American Journal of Public Health*, 90(6):867-872, 2000.
- HARELL, J. P.; HALL, S. & TALIAFERRO, J. Physiological responses to racism and discrimination: an assessment of the evidence. *American Journal of Public Health*, 93(2):243-247, 2003.
- JORNAL DA REDESAÚDE. Conferência Mundial Contra o Racismo e Raça/Etnia, Saúde e Direitos Reprodutivos, 23 mar. 2001.
- KARTER, A. Commentary: race, genetics, and disease: in search of a middle ground. *International Journal of Epidemiology*, 32:26-28, 2003.
- KRIEGER, N. Discrimination and health. In BERKMAN, L. & KAWACHI, I. (Eds.) *Social Epidemiology*. Oxford: University Press, 2000.
- KUPER, A. *Cultura: a visão dos antropólogos*. São Paulo: Edusc, 2002.
- 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. (Orgs.) *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil, 1996.
- Livros de Resumos (I e II) do VII Congresso de Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(supl.1-2), 2003.

- MAIO, M. C. O Projeto Unesco e a agenda das ciências sociais no Brasil dos anos 40 e 50. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 14(41):141-158, 1999.
- 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: Editora Fiocruz, 2004.
- MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (Orgs.) *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil, 1996.
- McDERMOTT, R. Ethics, epidemiology and the thrifty gene: biological determinism as a health hazard. *Social Science Medicine*, 47(9):1.189-1.195, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de Doenças mais Importantes por Razões Étnicas da População Brasileira Afro-descendente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 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: Editora Fiocruz, 2004.
- OLINTO, M. T. & OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16:1.137-1.142, 2000.
- OLIVEIRA, F. O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Eds.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- PINTO, E. A. & SOUZA, R. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5):1.144-1.145, 2002.
- POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: uma questão de equidade. Brasília: Pnud, Opas, DFID, 2001.
- 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*, 93(2):248-255, 2003.
- SILVA, N.V. Uma nota sobre “raça social” no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos*, 26:67-80, 1994.
- SKIDMORE, T. E. *Black Into White: race and nationality in Brazilian thought*. Durham: Duke University Press, 1993 [1974].
- SONDIK, E. J. et al. Race/ethnicity and the 2000 census: implications for public health. *American Journal of Public Health*, 90(11):1.709-1.713, 2000.
- 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
- WILLIAMS, D. R. The monitoring of racial/ethnic status in the USA: data quality issues. *Ethnicity & Health*, 4(3):121-137, aug. 1999.
- WYATT, S. B. et al. Racism and cardiovascular disease in African Americans. *The American Journal of The Medical Sciences*, 325:6:315-331, 2003.