



PAPERS DO NAEA

ISSN 15169111

PAPERS DO NAEA Nº 221

**CONSTRUÇÃO DE SABERES EM SAÚDE:
O TEMA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA
NOS DOCUMENTOS OFICIAIS (1996-2005)**

Pedro Paulo Freire Piani

Belém, Junho de 2008

O Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) é uma das unidades acadêmicas da Universidade Federal do Pará (UFPA). Fundado em 1973, com sede em Belém, Pará, Brasil, o NAEA tem como objetivos fundamentais o ensino em nível de pós-graduação, visando em particular a identificação, a descrição, a análise, a interpretação e o auxílio na solução dos problemas regionais amazônicos; a pesquisa em assuntos de natureza socioeconômica relacionados com a região; a intervenção na realidade amazônica, por meio de programas e projetos de extensão universitária; e a difusão de informação, por meio da elaboração, do processamento e da divulgação dos conhecimentos científicos e técnicos disponíveis sobre a região. O NAEA desenvolve trabalhos priorizando a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão. Com uma proposta interdisciplinar, o NAEA realiza seus cursos de acordo com uma metodologia que abrange a observação dos processos sociais, numa perspectiva voltada à sustentabilidade e ao desenvolvimento regional na Amazônia.

A proposta da interdisciplinaridade também permite que os pesquisadores prestem consultorias a órgãos do Estado e a entidades da sociedade civil, sobre temas de maior complexidade, mas que são amplamente discutidos no âmbito da academia.

Papers do NAEA - Papers do NAEA - Com o objetivo de divulgar de forma mais rápida o produto das pesquisas realizadas no Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) e também os estudos oriundos de parcerias institucionais nacionais e internacionais, os Papers do NAEA publicam textos de professores, alunos, pesquisadores associados ao Núcleo e convidados para submetê-los a uma discussão ampliada e que possibilite aos autores um contato maior com a comunidade acadêmica.



Universidade Federal do Pará

Reitor

Alex Bolonha Fiúza de Mello

Vice-reitor

Regina Fátima Feio Barroso

Núcleo de Altos Estudos Amazônicos

Diretor

Edna Maria Ramos de Castro

Diretor Adjunto

Thomas Hurtienne

Conselho editorial do NAEA

Armin Mathis

Luis Aragon

Francisco de Assis Costa

Oriana Almeida

Rosa Acevedo Marin

Sector de Editoração

E-mail: editora_naea@ufpa.br

Papers do NAEA: Papers_naea@ufpa.br

Telefone: (91) 3201-8521

Paper 221

Revisão de Língua Portuguesa de responsabilidade do autor.

CONSTRUÇÃO DE SABERES EM SAÚDE: O TEMA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NOS DOCUMENTOS OFICIAIS (1996-2005)

Pedro Paulo Freire Piani¹

Resumo:

O tema da saúde da população negra em documentos oficiais será tratado aqui a partir de dois contextos que motivaram esta reflexão. Um contexto é o da multiplicação de políticas de ação afirmativa no Brasil, principalmente a partir do final da década de 90. Nesse período, vários documentos foram elaborados para orientar e regulamentar políticas de território, de educação e de saúde para a população negra, produzidos a partir de uma trajetória de reivindicações e de análises empreendidas pelos movimentos sociais negros e por setores acadêmicos. Outro contexto é o de duas décadas de reconhecimento constitucional das terras dos remanescentes de quilombos (Constituição Federal do Brasil 1988, art. 68 do Ato das Disposições Transitórias), o que motivou estudos acerca das populações remanescentes de quilombos, concentrados principalmente em temas como território, identidade e memória social, relações de trabalho, atividades econômicas e alguns estudos no campo da saúde e suas representações realizados pela antropologia, pela sociologia e pela psicologia social.

Palavras-chave: População negra. Saúde.

¹ O autor é Doutor em Psicologia Social. Escreveu este *paper* em 2006 durante a vigência da bolsa de doutoramento pela PUC-SP, concedida pelo Programa Internacional de Bolsas da Fundação Ford. O *paper* faz parte da exigência para pesquisador-associado do NAEA-UFPA.

INTRODUÇÃO

O tema da saúde da população negra em documentos oficiais será tratado aqui a partir de dois contextos que motivaram esta reflexão. Um contexto é o da multiplicação de políticas de ação afirmativa no Brasil, principalmente a partir do final da década de 90. Nesse período, vários documentos foram elaborados para orientar e regulamentar políticas de território, de educação e de saúde para a população negra, produzidos a partir de uma trajetória de reivindicações e de análises empreendidas pelos movimentos sociais negros e por setores acadêmicos. Outro contexto é o de duas décadas de reconhecimento constitucional das terras dos remanescentes de quilombos (Constituição Federal do Brasil 1988, art. 68 do Ato das Disposições Transitórias), o que motivou estudos acerca das populações remanescentes de quilombos, concentrados principalmente em temas como território, identidade e memória social, relações de trabalho, atividades econômicas e alguns estudos no campo da saúde e suas representações realizados pela antropologia, pela sociologia e pela psicologia social. A importância desse contexto se dá pela demanda à saúde que as populações remanescentes reivindicam na atualidade. Vários trabalhos, desde o final da década de 80, apontam para a diversidade de experiências quilombolas espalhadas pelas regiões do Brasil, originárias das relações escravistas que a produziram e da capacidade de reprodução social desses grupos que se estabeleceram por meio de conflitos e de negociações (Acevedo e Castro, 1992; Barcellos, 2004, Gomes, 2005; Moura, 1981).

Ambos os contextos remetem ao debate maior sobre as relações raciais no Brasil que apresentou períodos de maior intensidade, mas que não saiu de cena, sustentado quer pelo movimento social negro, quer por setores acadêmicos. A longa trajetória desse debate no período republicano não se constituiu em tema secundário ou menor nas ciências sociais. Sua imbricação com os projetos de Nação e Estado brasileiros é captada pela produção das ciências sociais desse longo período. Na década de 50, já aparecia a preocupação com a superação de uma concepção de raça biológica, que em um momento encontrou na UNESCO, por meio de duas declarações (1950 e 1951), a explícita oposição à disseminação das visões biológicas e hierarquizantes de “raça”. No caso do Brasil, a noção de “raça” teve como referência o índio e o negro. A partir desta breve contextualização, passarei ao objeto deste trabalho.

As reivindicações de vários segmentos da população negra e de setores acadêmicos envolvidos no debate sobre a presença do negro na sociedade brasileira multiplicaram os temas e problematizaram novas situações. Geraram um debate importante, algumas vezes acalorado. O tema da saúde da

população negra², que ressurgiu na década de 90 com novas preocupações, envolve diretamente áreas e disciplinas consideradas tão definidas e distantes, como a medicina e a genética de um lado, e as ciências humanas e sociais de outro. A idéia de ressurgimento aqui merece uma explicação. Um outro tratamento já foi dado ao tema da saúde população negra no Brasil. Estava restrito ao campo da saúde mental e mais, precisamente, à sua relação com a criminalidade, quando médicos e bacharéis discutiam configurações biológicas de “raça” no final do século XIX e início do século XX e estabeleciam relações causais entre populações consideradas inferiores e crimes cometidos na sociedade³.

O esmiuçar desse tema numa análise de rede, pode evidenciar, por sua vez, o envolvimento de vários saberes articulados politicamente para compor discursos sobre um problema e orientar políticas na área. O campo da Saúde, envolto em dispositivos técnicos assegurados por normas operacionais e leis, é bastante singular para compreender a politização dos discursos técnicos⁴. Os conhecimentos produzidos pela medicina e psiquiatria alimentaram em vários momentos debates sobre “raça” e “cultura” nos séculos XIX e XX na Europa e no Brasil.

A pergunta norteadora desta investigação documental é se a relação entre noções de “raça” e de determinismo biológico característicos do século XIX e início do século XX, não está sendo revigorada em documentos atuais, mesmo por setores que buscam respostas e soluções aos problemas concernentes à saúde da população. Convém ressaltar que não se descarta a possibilidade de agravos de saúde serem determinados por aspectos biológicos e genéticos. O que se pergunta é sobre a possibilidade dos documentos oficiais apontarem para uma relação de determinismo absoluto e/ou necessário entre variáveis determinantes para a saúde ou para a doença. A idéia de previsibilidade genética e biológica construída pelas ciências biológicas atravessou o século. A denúncia e a desconstrução da noção de “raças”, construída historicamente para fins de dominação econômica e cultural, que teve na Declaração de 1950 da UNESCO um reconhecimento oficial da sua improcedência biológica, não está sendo retomada hoje justamente por meio da concepção pela qual foi combatida?

Um documento é uma unidade heterogênea. A sua constituição é polifônica. Diversas vozes se fazem presente e os seus enunciados não são passíveis de uma predeterminação absoluta (Spink e Menegon, 2004). Nesse caso, a formatação de um campo de saberes, e não apenas um interesse, é o

² Tratar-se-á neste trabalho *saúde da população negra* como *tema* e não como *campo*, considerando uma diferença conceitual entre esses termos. O campo refere-se a um conjunto de discursos e práticas mais estruturadas pelos grupos envolvidos, enquanto que o tema, nesse contexto, refere-se a um problema que emerge a partir de variadas ancoragens, tratamentos e políticas de incentivo.

³ Sobre este período ver Lilia Moritz Schwarcz, *O espetáculo das raças...*, 1993.

⁴ Latour em *Ciência em Ação* desenvolve a idéia que a crítica à determinado conhecimento científico torna o debate mais técnico.

que atrai os esforços de grupos e pessoas para sua formulação. Tratando-se da tentativa de construir um campo novo, resultante de reivindicações coletivas, a heterogeneidade não está dissipada. Ela pode estar presente em qualquer parte do documento, por isso, este não é uma peça homogênea. Os caminhos que se quer dar ao campo aparecem no texto como explicitações epistemológicas e encaminhamentos políticos. Nesse contexto, o tema da saúde da população negra faz parte de um processo reivindicatório da última década que se quer constituir como um campo e que se materializou em seminários, formação de comissões especiais e documentos elaborados em parceria pelos governos e pela sociedade civil.

O período escolhido corresponde a 1995 - 2005. O ano de 1995 justifica-se por ser o ano da criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização a População Negra (GTI) no Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Esse grupo produziu uma série de documentos e eventos que se propunham a dar visibilidade e promover ações voltadas para a população negra. No ano de 2005 também ocorreram eventos importantes sobre a o tema da saúde da população negra, principalmente em relação à elaboração de documentos orientadores de políticas públicas: o Seminário Nacional de Saúde da População Negra e a 1ª. Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Nesse período também foi aprovada a introdução do quesito raça-cor no Sistema Único de Saúde. Uma série de estudos foi realizada sobre desigualdades raciais com base em dados dos Censos, PNADs (Pesquisa nacional por Amostragem de Domicílios) e Sistemas de Informação do Ministério de Saúde.

UM POUCO SOBRE OS DOCUMENTOS DESSE PERÍODO: 1995 - 2005

Se considerarmos o período mais recente, 1995⁵ marca o início de um processo de maior relação entre o Estado Brasileiro e o Movimento Negro no Brasil. É um começo que se caracteriza pela escassez de ações, mas onde se observa maior visibilidade das reivindicações da população negra,

⁵ A década de 80 foi marcada por atividades em torno dos 100 anos da abolição da escravatura, intensificadas em 1988. A natureza dessas atividades foi mais de denúncia ou comemoração do que propostas de ação afirmativa.

sem a característica tutelar do período pós-abolicionista. A criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) no Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), 1994 – 2002, é o evento representativo inicial dessa nova etapa de enfrentamento do problema da inserção dos negros brasileiros nas esferas públicas e privadas do trabalho, da educação, da saúde e demais aspectos da vida social brasileira.

Passado mais de dois anos da criação do GTI é divulgado o primeiro documento, em maio de 1998, em que o grupo *presta conta de seu trabalho e apresenta os planos de ação que estão sendo ou serão desenvolvidos*.⁶ Constando de 15 itens, o documento trata da saúde em seu item 9. O GTI contou com a assessoria de especialistas da área da Saúde para a elaboração dessa parte. O tema é exposto em uma Mesa Redonda que apresenta um quadro esquemático que explicita a problemática da saúde da população negra a partir de quatro blocos de ocorrências sócio-genéticas divididas didaticamente.

No primeiro bloco estão inseridas doenças consideradas como determinadas geneticamente. Segundo o documento são *doenças que tem berço hereditário, ancestral e étnico*. Nesse grupo aparece como próprias dos *afro-descendentes* ou *pretos e pardos*, denominações utilizadas no documento, a anemia falciforme, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e a glicose-6-fosfato desidrogenase. No segundo bloco, aparecem as *ocorrências, condições, doenças e agravos adquiridos, derivados das condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis* como alcoolismo, toxicomania, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho e transtorno mental. No terceiro bloco estão as *doenças cuja evolução agrava-se ou o tratamento é dificultado pelas condições negativas anteriormente citadas* como hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, cânceres e miomas. E no quarto bloco é o *conjunto de condições fisiológicas que sofrem interferência* das condições sociais como crescimento, gravidez, parto e envelhecimento.

O diagnóstico acima desenha um quadro bastante vulnerável para a população negra. Então, *se correr o bicho pega se ficar o bicho come*, da genética à situação social, a população negra estaria em um estado de morbidade quase intransponível. O documento final (relatório) da Mesa Redonda é bastante sombrio quanto ao diagnóstico e, por outro lado, bastante tímido nos encaminhamentos, apesar de necessários. Não recebeu o devido destaque para pesquisas e discussões que merecia inicialmente, considerando que em meados da década de 90 pouca pesquisa sobre a situação de saúde da população negra, bem como a recente introdução do quesito raça / cor nos estabelecimentos do Sistema de Saúde, dificultariam um cenário mais amplo do problema.

⁶ O documento é chamado de *Grupo de trabalho interministerial para a valorização da população negra* e é assinado por José Gregori e Hélio Santos, presidente e coordenador respectivamente do GTI. In: *Construindo a democracia racial*, 1998.

No governo de Luís Inácio de Lula e Silva uma série de medidas e acontecimentos trouxe novos ares. Foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), vinculada diretamente à Presidência da República, foi realizada o 1º. Seminário Nacional de Saúde da População Negra (2004) e a 1ª. Conferência Nacional de Promoção de Igualdade Racial (2005), assim como a multiplicação de iniciativas públicas e privadas de ações afirmativas para atendimento e reparação da população negra.

O Decreto 4.887/2003 que regulamenta procedimentos básicos de identificação, de reconhecimento, de delimitação, de demarcação e de titulação de *terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos* prevê a atuação o Ministério da Saúde no território titulado através do Comitê Gestor criado pelo Decreto. Nesse Comitê Gestor não há participação oficial de representantes das populações remanescentes. Apenas o artigo 17 menciona que o título coletivo e pró-indiviso será outorgado às comunidades através de suas *associações legalmente constituídas*.

Primeiro aspecto que abordarei aqui é o das concepções de saúde encontradas nos documentos analisados. É importante ressaltar que a análise empreendida está baseada na análise do discurso e em posicionamentos teóricos assumidos pelo autor, como em toda pesquisa ou análise realizada. Para isso, partimos dos repertórios linguísticos encontrados nesses documentos. Repertórios linguísticos caracterizam-se pelos conteúdos e pelo processo. Os repertórios como enunciados vão produzindo sentidos no contexto (Spink, 2004). Por isso, um documento textual não é uma unidade de comunicação morta. Ele atua na percepção daqueles que o lêem ou ouvem e que produzem políticas na sociedade. Nesse caso, será privilegiado o discurso encontrado nos documentos, gênero mais estruturado que as práticas discursivas.

DOCUMENTOS EM EVIDÊNCIA

No caso do Projeto de Estatuto Racial elaborou-se o *Quadro sobre noções de saúde no Projeto de Lei do Estatuto da Igualdade Racial* (encontra-se como apêndice) contendo categorias baseadas em campos mais estáveis do conhecimento e categorias que incluíssem dimensões gerais, sugerindo haver permanências nas idéias, não quanto a formas e conteúdos, mas em maneiras de enfrentar os temas.

Por isso, as categorias utilizadas usualmente pelo campo da saúde como *biológico*, *social* e *psicológico* não foram descartadas.

O projeto do Estatuto da Igualdade Racial, apresentado em 1997 pelo então deputado Paulo Paim, agora Senador, juntamente com setores do movimento negro, está em tramitação no Congresso Nacional e continua recebendo emendas.⁷ Neste projeto destacam-se duas partes que interessam na análise empreendida neste trabalho. O capítulo I, sobre o direito à saúde, artigos 11 ao 18 e o capítulo VI sobre a questão da terra, artigos 39 ao 60. No capítulo I sobre a saúde encontra-se o artigo 12 que inclui o quesito raça/cor nos documentos em uso no Sistema Único de Saúde, além de outras medidas necessárias para ampliar e qualificar o acesso da *população afro-brasileira*. Este capítulo apresenta predominantemente a concepção de doença de natureza genética, concentrando-se nas *hemoglobinopatias, em especial o traço falciforme e a anemia falciforme*.

O quadro está organizado a partir de categorias construídas segundo campos de saber e de atuação de maior tradição histórica. Essas categorias são utilizadas atualmente por indicar campos de saber definidos, assim como para elaborar políticas públicas e distribuir recursos viabilizar as políticas que sustentam esses campos. Porém, a definição desses campos e seus desdobramentos enquanto políticas públicas não são tão didáticas quanto parece. Poucas iniciativas voltadas para um trabalho multidisciplinar vigoram hoje. Há uma seqüência nos extratos selecionados para evitar descontextualizar os parágrafos do conjunto do documento e, assim, ser possível identificar as associações dos artigos.

Alguns repertórios lingüísticos (termos e seus enunciados) encontrados no Projeto do Estatuto chamam atenção pela centralidade que ganham no texto: *peculiaridade*, *genética* ou seus derivativos como *prevalentes*. Esses repertórios indicam tendências interpretativas do fenômeno saúde e as formas de tratá-la.

O termo *peculiaridades* que aparece no Art. 11, primeiro artigo do capítulo referente ao Direito à Saúde, na sua origem etimológica pode não apresentar maiores esclarecimentos ao nosso problema, a não ser sua condição de atributo de algum objeto ou fenômeno. Contudo, na sua acepção genérica e dicionarizada (Houaiss), é recorrente na linguagem cotidiana do brasileiro. Peculiaridade é a *qualidade ou condição do que é peculiar, característica de alguém ou algo que se distingue por traços particulares, originalidade, singularidade, particularidade* ou ainda *traço peculiar, próprio de alguém ou algo; próprio (clima, temperamento)*. Peculiar, que é um adjetivo de dois gêneros, em Houaiss, tem duas acepções: 1. referente a pecúlio; 2. que é predicado de algo ou alguém. Pecúlio tem como Pecu (antepositivo): de uma raiz indo-européia (peku – gado, rebanho).

⁷ Atualmente o Projeto do Estatuto da Igualdade Racial tem seu substitutivo com oitenta e cinco artigos e foi encaminhado para a Câmara dos Deputados.

O significado dicionarizado do termo e seus derivados podem produzir vários sentidos no cotidiano das práticas sociais. No campo da Saúde pode tornar-se amplo identificando peculiar com o paciente e não com a condição que o atinge. A pergunta que surge aqui é se é possível caracterizar uma situação, produzir contextos para ação sem incorrer na política da representação realista que define e pode estigmatizar pessoas.

Se o artigo 14, no seu parágrafo 1 atribui ao Ministério da Saúde a definição das doenças prevalentes da população negra, o artigo 15 já define e destaca a anemia falciforme como uma das doenças prevalentes da mesma população contando com um programa específico do Ministério da Saúde para atender aos portadores do traço falciforme e pacientes com anemia falciforme.

O documento do 1º. Seminário de Saúde da População Negra, escrito depois do projeto de Estatuto tem aspectos ampliados da noção de saúde. O *Caderno de Textos-Base* elaborado para o 1º. Seminário Nacional de Saúde da População Negra traz perspectivas novas ao apontar problemas de acesso, tratamento e recursos que atingem a população negra através de políticas de saúde de baixo custo e qualidade insatisfatória. Assume o Sistema Único de Saúde (SUS) como um conquista importante da sociedade brasileira e que deve ser aprimorado principalmente na alocação de recursos. Problematisa a relação entre *raça* e medicina, mesmo de forma ainda que incipiente, citando o *Manual de Doenças mais Importantes por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-Descendente* do Ministério da Saúde, 2001, e a relativização levantada por seus autores.

O *texto-base* elaborado para a 1º. Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, realizado entre 30 de junho e 02 de julho de 2005 em Brasília, é um documento que tem o objetivo de orientar a discussão na Conferência. Na parte referente às políticas públicas no campo da saúde verifica-se uma mudança de perspectiva. A atenção dada ao SUS, com a reivindicação de mais verbas, indicação de problemas de acesso da população aos serviços, atenção à zona rural, revelam a tendência a considerar os problemas de saúde numa dimensão que vai além da assistência médica aos problemas de saúde e doença. Na parte específica às comunidades remanescentes de quilombo, não há nem um tratamento ao campo da saúde, havendo apenas destaque para a titulação e o plano de etno-desenvolvimento que a titulação deve gerar. É importante notar que a maioria das comunidades negras tituladas ou que requerem titulação estão na zona rural, em lugares com precariedade ou inexistência dos serviços de saúde.

O *Relatório Final* da Conferência no seu eixo Saúde traz 87 propostas mais detalhadas para atuar com vários aspectos da problemática racial no Brasil. Houve um esforço coletivo, certamente não homogêneo, para dar novos contornos à saúde da população negra. A introdução ao eixo da saúde demonstra essa tendência:

As proposições e diretrizes relativas à saúde giraram em torno das demandas do direito humano básico de acesso, pela humanização de atendimento, pela incorporação da dimensão étnico-racial em todos os níveis de atenção, nas esferas municipal, estadual e federal. (Relatório Final da I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, p. 37).

A proposta 86, que destaca o cuidado com as pesquisas genéticas no sentido de não serem utilizadas ideologicamente para discriminar e hierarquizar e, assim, promover o racismo, e a proposta 87 que propõe que as pesquisas com as células-tronco dediquem-se também às hemoglobinopatias, sugerem uma outra perspectiva na construção do campo da saúde da população negra, não mais centrada em relações genéticas causais e intransponíveis que perpassou vários modelos biológicos de compreensão do processo saúde-doença.

A predominância de modelos de compreensão de saúde e doença, provindos das ciências biológicas indicada em alguns desses documentos e, em certa medida, apontada por Fry (2004) em documentos elaborados pelo Grupo Interministerial para a Valorização da População Negra, criado em 1995, pelo Governo Federal⁸, convive, em documentos produzidos mais recentemente, com outras perspectivas ou modelos de compreensão. Fica evidente a relação da saúde da população negra com uma noção de raça biológica, característica do século XIX e início de XX, mas presente hoje, senão em práticas médicas, mas principalmente em discursos que dão visibilidade à repertórios lingüísticos que restringem a análise, a compreensão e os desdobramentos que os eventos da saúde propiciam.

A crítica de Fry foi baseada em documentos de 1995 e 1996 e, sendo um campo em constituição bastante dinâmico em sua trajetória, qualquer paper ou artigo também não acompanhará tal desenrolar. Porém, como crítica teve seu papel de importância. Por outro lado, a prevalência de algumas doenças ou traços em determinada população sugere o cuidado redobrado através da vigilância e da pesquisa. Esta é uma postura ética que deve mover os gestores da saúde no provimento de recursos e na sensibilidade para a gestão desse tema na Saúde. A *prevalência* no campo da saúde ainda confunde a muitos quanto a seus determinantes, sendo muito forte uma tendência intra-organismo para explicar as doenças. A razão da confusão pode ser epistemológica, no que diz respeito a forma de conhecer e conceber os seres vivos e aquilo que os cerca; pode ser política, no sentido de defesa de modelos e de espaços profissionais; pode ser um modelo híbrido originário de uma tradição epistemológica de compreender o biológico e as demandas que daí surgem para a assistência médica.

⁸ O trabalho de Peter Fry toma como referência apenas os documentos da Comissão Interministerial do Governo FHC. Documentos mais recentes, assim como o aumento de produção bibliográfica, tornaram a temática mais densa.

Por ora, é importante ressaltar que as formas de compreensão dos problemas de saúde seguem modelos e os reducionismos daí provenientes podem expressar-se em documentos oficiais. Uma solução de enfrentamento para tal problema é que se estabeleça uma abordagem multidisciplinar e coletiva não somente na elaboração de documentos acerca do tema, mas na sua implementação objetivando a satisfação dos usuários e da população em geral. Os documentos desse campo são elaborados a partir da concretude dos problemas de saúde que atingem a população e a finalidade é de orientar políticas para os serviços do Estado. A exigência da reflexão voltada para a ação imediata coloca a necessidade da reflexão cuidadosa ancorada na multidisciplinaridade que o tema da saúde da população negra impõe e sua repercussão nas ações e serviços em saúde.

DISCUSSÃO

Os documentos em questão apontam duas tendências gerais. A primeira trata o processo da saúde/doença da população negra por meio de enfoque mais bio-genético, destacando doenças classificadas como de base genética ou como um evento estritamente corpóreo. As razões para tal caracterização das doenças podem ser muitas e não estão apenas restritas há uma leitura discursivamente racializada realizada por alguns setores do movimento negro e da academia como sugere Fry (2004, p. 133ss)⁹. Pode-se considerar que o saber médico está ancorado em uma construção baseada em classificações do corpo humano e das doenças que se construíram nos últimos séculos e que predominam nas práticas médicas atuais, sustentam relações na sociedade e informam outros setores, entre os quais, o próprio movimento negro e a mídia, esta sendo um grande veículo disseminador dos conhecimentos médicos.

As ocorrências de hemoglobinopatias em populações classificadas como negras (pretas e pardas) não são desprezíveis nem como dado epidemiológico nem como experiência individual. As experiências de sofrimento de pais e filhos já se constituem como de fundamental importância para uma atenção à saúde para esses problemas específicos. A abordagem das hemoglobinopatias requer pesquisas e investimentos em programas permanentes de acompanhamento dos portadores e de suporte para seus familiares com o acompanhamento genético, atividade que exige cuidado em razão

⁹ Alguns autores tem apontado uma racialização dos problemas de saúde da população negra (Fry 2004, 2005; Chor, 2005).

da autonomia e direitos envolvidos¹⁰.

A segunda tendência destaca determinantes sócio-econômicos como agravantes em saúde. Localização espacial da população negra em regiões em que equipamentos de saúde atendem em condições precárias, acesso restrito pela alta demanda e a pequena absorção no SUS. Em caso de comunidades rurais negras, atualmente muitas delas auto-identificadas como remanescentes de quilombos, o acesso aos serviços de saúde é um dos grandes problemas, assim como as condições de saneamento básico, tratamento da água. Essa tendência é mais comum nos documentos reivindicatórios dessas comunidades, assim como em alguns documentos oficiais. É difícil precisar que determinantes específicos atingem mais a população negra. Algumas variáveis podem ser distinguidas e relacionáveis como a morte violenta que atinge mais a população jovem negra do que a branca ou oriental, situação nutricional e condições de moradia.

O artigo 14 do Capítulo I, parágrafo terceiro, é ilustrativo sobre a possibilidade que as duas tendências disputem hegemonia nas políticas de saúde quando em seu texto afirma que:

Os órgãos federais de fomento à pesquisa e pós-graduação ficam autorizados a criar, no prazo de doze meses, linhas de pesquisas e programas de estudo sobre a saúde da população negra.

A crítica atual feita à denominada crescente racialização da sociedade brasileira, com desdobramentos para o campo da “saúde da população negra”¹¹, tem se direcionado ao aspecto da classificação racial restrita a um campo binário entre brancos e negros, o que para os críticos reduz a complexidade dos matizes reconhecidamente fenotípicos, que os mesmos recorrem para a argumentação contrária à taxonomia binária, e que constitui a sociedade brasileira em sua heterogeneidade. O problema da crítica é o seu não direcionamento e debate das razões utilizadas pelos setores que acionam o racismo brasileiro, haja vista parecer haver nesse aspecto consenso de que práticas e estruturas viabilizam a diferenciação negativa das populações com base em traços de fenótipo.

¹⁰ Cristiano Guedes de Souza, em dissertação de mestrado intitulada *O campo da anemia falciforme e a informação genética: um estudo sobre o aconselhamento genético* apresenta as dificuldades dos profissionais da saúde em lidar com o aconselhamento genético dos familiares respeitando o direito da autonomia reprodutiva.

¹¹ As aspas são geralmente utilizadas pelos autores que fazem a crítica a esse campo emergente.

O estado atual dos estudos genéticos que apontam algumas patologias prevalentes em populações classificadas como negras ou mestiças, com possibilidades de determinantes diversos, é suficiente para sustentar a caracterização de um campo próprio da saúde voltado para o estudo da população negra? O incentivo para a pesquisa com populações de características diversas pode ser confundido com um campo mais orgânico e totalizante, propiciador de estereótipos, tão marcantes quando se trata das doenças? Estas são perguntas no intuito de fomentar o debate.

Se por um lado, fica difícil sustentar através da genética atual a relação entre “raça” e patologias específicas, tal a inexistência da primeira, não é possível descartar, por outro lado, partindo de uma concepção de saúde ampliada, que determinadas populações, classificadas socialmente, se encontrem em situações propiciadoras de agravos para a sua saúde. José Carlos dos Anjos (2004) destaca que:

Sob essa perspectiva nominalista surgem indagações pertinentes sobre a relação entre epidemias e os grupos sociais de maior vulnerabilidade social. Se o Estado moderno só exerce seu poder de morte deixando morrer, o fato de os negros no Brasil estarem mais sujeitos à falta de informação, meio de prevenção e acesso a serviços de saúde se inscreve no quadro de uma formação social historicamente racista. (p. 104)

Numa perspectiva foucaultiana, além do deixar morrer, políticas sobre a vida dessas populações foram articuladas com uma função reguladora, o que inclui um *lugar* na sociedade. A expansão do capitalismo promoveu processos de racialização com o intuito de governar essas populações, sem uma intervenção mais violenta, características de fases anteriores da história, mas não dissipadas atualmente, pois são procedimentos que sempre retornam quando considerados necessários para uma situação de controle.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se a população negra se concentra em regiões sócio-espaciais com equipamentos de saúde em condições precárias, onde há altos índices de violência contra jovens e o atendimento na saúde pode ser diferenciado segundo essas mesmas classificações, então, estamos diante de situações desfavoráveis a causar impactos nos indicadores da saúde. O tema da saúde da população negra aciona um campo socialmente constituído através de uma longa trajetória de experiências, observações e

reivindicações em que ciência e política se encontram. Confundir ou reduzir esse campo, tanto da parte de acadêmicos como de setores do movimento social negro, ao campo das determinações genéticas é impróprio e um desserviço para o enfrentamento das desigualdades.

Se a *peculiaridade* é construída em torno de uma questão, é preciso saber qual o seu percurso argumentativo, do contrário, a naturalização pode ser o grande resultado, gerando políticas inadequadas ou a ausência delas. O que é peculiar, o é pela diferença construída, pela comparação que pessoas, grupos e instituições efetuam no cotidiano e na organização social que criam. O enunciado *as peculiaridades dessa parcela da população* que o artigo 11 do Projeto do Estatuto da Igualdade Racial explicita é geradora de muitos sentidos. E sentidos constroem realidades. Esta é principal razão para que um documento que orienta e rege políticas tanto universais como específicas evite a naturalização do que é situacional, histórico e provisório.

A ausência de artigos no Projeto do Estatuto da Igualdade Racial que possam ser considerados matéria do campo *psi* reforça a idéia de concepção bio-genética presente no documento. A saúde mental em sua ampla dimensão atual não faz parte do repertório lingüístico do documento. Várias interpretações poderiam surgir dessa ausência. Nesse contexto, o predomínio não é do sujeito histórico, sem direito a opinar sobre suas angústias, sintomas e enfermidades, de manifestar o conhecimento de si, mas do sujeito naturalizado nos manuais e nas pesquisas médicas.

Se há escassez de pesquisas e de indicadores que apontem os principais problemas que cercam a população negra na área da Saúde, os encaminhamentos podem ser inadequados. Se os problemas se concentram nos aspectos da prevenção, do acesso, do atendimento, de vagas em hospitais, então, volta-se à necessidade de potencializar a Atenção Primária e melhorar a gestão dos serviços. Medidas que só serão viabilizadas com mais investimentos na formação dos profissionais de saúde e nos serviços e ações de saúde que devem estar atentos para a emergência de agravos e patologias, assim como, suas condições de produção.

Atendimento pleno nas áreas de concentração da população de baixa renda, que incluem amplos setores da população negra, saneamento básico e água tratada nas comunidades remanescentes de quilombos, aperfeiçoamento dos programas de emprego e utilização do quesito raça/cor do IBGE nos serviços de saúde e nas pesquisas, fazem parte de um conjunto de medidas necessárias para o enfrentamento do problema. A saúde como fenômeno social requer medidas sociais¹². O tratamento

¹² O mais recente Programa do Ministério da Saúde, *Mais Saúde Direito de Todos 2008 – 2011*, chamado de PAC da Saúde, em alusão ao Programa de Aceleração do Crescimento do Governo Federal, no seu eixo Promoção da Saúde prevê medidas que promovam ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde (para grupos populacionais de negros, quilombolas, GLBTT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros).

discursivo dado aos documentos pode ser um elemento a mais para avaliar os sentidos e a efetividade das políticas geradas pelo Estado brasileiro.

Referências

ANJOS, José Carlos Gomes dos. Etnia, Raça e Saúde: sob uma perspectiva nominalista. In: Monteiro, Simone; Sansone, Livio. (Org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

BARCELLOS, Daisy Macedo et al. *Comunidade Negra de Morro Alto: historicidade, identidade e territorialidade*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

MAIO, Marcos Chor e MONTEIRO, Simone. *Tempo de racialização: o caso da “saúde da população negra” no Brasil*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 4119-46, maio-ago, 2005.

FRY, Peter. *As aparências que enganam: reflexões sobre “raça” e saúde no Brasil*. In: Etnicidade na América Latina. Monteiro, Simone e Sansone, Lívio (orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

_____. *O significado da anemia falciforme no contexto da política racial do governo brasileiro 1995-2004*. In: A persistência da raça: ensaios antropológicos sobre o Brasil e a África austral. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005, p.273-300.

RABINOW, Paul. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

Schwarz, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870 – 1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SOUZA, Cristiano Guedes de. *O campo da anemia falciforme e a informação genética: um estudo sobre o aconselhamento genético*. Mestrado em Sociologia, Universidade de Brasília, 2006.

SPINK, Mary Jane. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

SPINK, Mary Jane (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, Mary Jane e MENEGON, Vera Mincoff. *Práticas discursivas como estratégias de governamentalidade: a linguagem dos riscos em documentos de domínio público*. In: Iñiguez, Lupicínio. 2ª. Ed. *Manual de Análise do discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

DOCUMENTOS OFICIAIS CONSULTADOS

BRASIL. *Decreto n. 1.678* (cria o Comitê Técnico de Saúde da População Negra), 13.08.2004.

_____. *Decreto n. 4.887* (regulamenta o procedimento de identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes de quilombos), 20.11.2003.

_____. *Constituição Federal do Brasil*. Curitiba, CEDCA, 2001.

_____. *Construindo a democracia racial*. Brasília, Presidência da República, 1998.

1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL. Texto-base. Brasília, 2005.

Relatório da Audiência Pública Ocupação das terras e águas do Município de Salvaterra, Ilha do Marajó.

Substitutivo ao Projeto de Lei do Estatuto da Igualdade Racial. Versão 2003. Senador Paulo Paim.

Projeto de Lei de Biossegurança. www.camara.gov.br/sileg/integras/176917.htm

SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA. Caderno de Textos Básicos. Brasília, 2005.

UNESCO. *Declaração de 1950*. In: VVAA. Raça e Ciência II. São Paulo, Perspectiva, 1972.

UNESCO. *Declaração de 1951*. In: VVAA. Raça e Ciência II. São Paulo, Perspectiva, 1972.

Revisão do texto: Teresa Cristina de Costa. Bacharel em Língua e Literatura Portuguesa – PUC-SP.

APÊNDICE - Quadro sobre noções de *saúde* no Projeto de Lei do Estatuto da Igualdade Racial

Biológica (campo médico)	Psicológica (campo psi)	Social (acepção ampla)	Política /Movimentos (participação)	Acepção genérica
		Art. 11. O direito à saúde dos afro-brasileiros será garantido pelo Estado mediante políticas sociais e	Art. 11. O direito à saúde dos afro-brasileiros será garantido pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas	Parágrafo único. O acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde para promoção, proteção e recuperação da saúde da

		<u>econômicas destinadas à redução do risco de doenças e outros agravos.</u>	destinadas à redução do risco de doenças e outros agravos.	população afro-brasileira será proporcionado pelos governos federal, estaduais, distrital e municipais com ações e serviços em que sejam focalizadas <u>as peculiaridades</u> dessa parcela da população.
		Art. 12. O quesito raça/cor e o quesito gênero serão obrigatoriamente introduzidos e coletados, em todos os documentos em uso no Sistema Único de Saúde, tais como:	Art. 11	
Art. 13. O Ministério da Saúde produzirá, sistematicamente, estatísticas vitais e análises epidemiológicas da morbimortalidade <u>por doenças geneticamente determinadas</u> ou agravadas pelas condições de vida dos afro-brasileiros.		Art. 13. O Ministério da Saúde fica autorizado a produzir, sistematicamente, estatísticas vitais e análises epidemiológicas da morbimortalidade por doenças geneticamente determinadas <u>ou agravadas pelas condições de vida dos afro-brasileiros.</u>		
Art. 14				Art. 14. O Poder Executivo incentivará a pesquisa sobre <u>doenças prevalentes na população afro-brasileira.</u> bem como desenvolverá programas de educação e de saúde e campanhas públicas de esclarecimento que promovam a sua prevenção e adequado tratamento. § 1º. O Ministério da Saúde fica autorizado a definir, em regulamento, as doenças prevalentes na população afro-brasileira e os programas mencionados no caput deste artigo.
Art. 15. Os estabelecimentos de				

<p>saúde, públicos ou privados, que realizam partos, farão <u>exames laboratoriais nos recém-nascidos para diagnóstico de hemoglobinopatias</u>, em especial o traço falciforme e a anemia falciforme.</p>				
			<p>§ 1º. O Sistema Único de Saúde deve <u>incorporar o pagamento dos exames</u> citados neste artigo em sua tabela de procedimentos.</p> <p>§ 2º Os gestores municipais ou estaduais do Sistema Único de Saúde <u>organizarão serviços de assistência e acompanhamento</u> de pessoas portadoras de traços falciforme e crianças com diagnósticos positivos da anemia falciforme mediante:</p>	
<p>I- aconselhamento genético para a comunidade, em especial, para os casais que esperam filhos;</p>				
		<p>Art. 16. O Ministério da Saúde, em articulação com as secretarias estaduais, distrital e municipais de saúde, implantará, no prazo de um ano, o <u>Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, em dois anos, o Programa de Saúde da Família</u>, ou programas que lhes venham a suceder, em todas as comunidades de remanescentes de quilombos existentes no País.</p>		
		<p>Parágrafo único. <u>Os moradores das comunidades de</u></p>	<p>Parágrafo único. Os moradores das comunidades de</p>	

		<p>remanescentes de quilombos terão acesso preferencial aos processos seletivos para a constituição das equipes dos Programas referidos no caput.</p>	<p>remanescentes de quilombos terão acesso preferencial aos processos seletivos para a constituição das equipes dos Programas referidos no caput.</p>	
		<p>Art. 17. O quesito raça/cor será obrigatoriamente introduzido e coletado, de acordo com a autoclassificação, em todos os documentos em uso nos sistemas de informação da Seguridade Social.</p>	<p>Art. 17. O quesito raça/cor será obrigatoriamente introduzido e coletado, de acordo com a autoclassificação, em todos os documentos em uso nos sistemas de informação da Seguridade Social.</p>	
		<p>Art. 18. Dê-se ao art. 54 da Lei n o 6.015, de 31 de dezembro de 1973, a seguinte redação:</p> <p>“Art. 54. O assento de nascimento deverá conter:..... 2) o sexo e a cor do registrando;</p>		