

**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais**

**Políticas Públicas para a População Negra: a Construção de uma Agenda  
Federal na Área da Saúde**

**Marcos de Jesus Oliveira**

**Brasília, 2015.**

Universidade Federal de Minas Gerais  
Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais

Políticas Públicas para a População Negra: a Construção de uma Agenda  
Federal na Área da Saúde

Monografia de Conclusão de Curso sob a orientação da Professora Doutora Lilian Cristina Bernardo Gomes e apresentada à banca examinadora como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Democracia participativa, república e movimentos sociais, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Marcos de Jesus Oliveira

Brasília, 2015.



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FAFICH  
Departamento de Ciência Política  
Centro de Referência em Ciências Humanas - Sala 305 - Anexo  
Av. Antônio Carlos 6627 Pampulha - Campus Pampulha.  
Belo Horizonte/MG - CEP 31270-901  
E-mail: adm\_edist@fafich.ufmg.br TEL: (031) - 3409-5004


---

## **ATA DE APRESENTAÇÃO DE MONOGRAFIA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DEMOCRACIA PARTICIPATIVA, REPÚBLICA E MOVIMENTOS SOCIAIS**

No 1º (primeiro) dia do mês de abril de 2015 (dois mil e quinze), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), reuniu-se a Comissão Avaliadora da monografia intitulada **"POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO NEGRA: A CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA FEDERAL NA ÁREA DA SAÚDE"** elaborada por **MARCOS DE JESUS OLIVEIRA**.

A Comissão, composta pelos professores **Lilian Cristina Bernardo Gomes** e **Thiago Coacci Rangel Pereira**, após apresentação da monografia, deliberou pela sua **aprovação**, o que confere ao aluno o título de Especialista em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais. Para constar, foi lavrada a presente ata, assinada pelos membros presentes.

Belo Horizonte, 1º de abril de 2015.

  
\_\_\_\_\_  
Lilian Cristina Bernardo Gomes (DCP/UFMG)

  
\_\_\_\_\_  
Thiago Coacci Rangel Pereira (DCP/UFMG)

À minha mãe e ao meu pai,  
dedico.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha mãe Elmira e ao meu pai João, pelo amor gratuito;

A minha orientadora, professora Doutora Lilian Cristina Bernardo Gomes, pela leitura atenta e criteriosa;

Aos demais professores do curso, pela sabedoria compartilhada;

Aos amigos e colegas, pelo convívio.

O racismo que existe,  
o racismo que não existe.  
O sim que é não,  
o não que é sim.  
É assim o Brasil?  
Ou não?

Oliveira Silveira

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo discutir as possíveis relações entre racismo e condições de saúde a partir da análise do Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288/10) cujo texto especifica políticas públicas nacionais na área de saúde para a população negra. Antes disso, no entanto, são recuperadas algumas das tensões históricas entre racismo e saúde nos finais do século XIX quando se dá a desagregação do regime escravocrata. Em seguida, apresentamos como o consenso em torno da inferioridade do negro das discussões iniciais vai se deslocando progressivamente para a ideia de miscigenação, outra forma de negar a pluralidade racial do país. Com a consolidação e institucionalização do movimento negro, assistiremos à emergência da racialização da saúde como instrumento de luta contra injustiças e iniquidades sociais. O estudo sugere que a racialização da saúde tal como consagrada pelo Estatuto tende a sacralizar a vida de modo a reiterar o caráter autoritário do Estado brasileiro visto em outras épocas da história do país. Quanto a este último aspecto, a análise pretende tensionar alguns dos pressupostos do Estatuto a partir do conceito foucaultiano de biopolítica.

**Palavras-chave:** saúde; raça; políticas públicas, ação afirmativa.

## ABSTRACT

This paper aims to discuss the possible relationships between racism and health conditions according to the “Brazilian Racial Equality By-law” (Law nº 12.288/2010) whose text specifies national public policies on health for the black population. Before that, however, some of the historical tensions between racism and health in the late nineteenth century when it gives the breakdown of the slave regime are recovered. Then we present as the consensus around the black inferiority of the initial discussions will gradually shift to the idea of miscegenation, another way to deny the racial plurality of the country. With the consolidation and institutionalization of the black movement, the health racialization will emerge as a tool to combat injustice and social inequities. The study suggests that health racialization, as observed in the Racial Equality By-Law, tends to make biological life a supreme value, by reiterating the centralizing and authoritarian character of the Brazilian state. On the latter aspect, the analysis seeks to rise some questions from Foucault's concept of biopolitics.

**Keywords:** health; race; public policies; affirmative action.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1. BREVE PANORAMA SOBRE SAÚDE E RELAÇÕES RACIAIS NO BRASIL</b> .....	13
1.1. As relações raciais na era da eugenia-higienista: entre a purificação e o branqueamento, traços da biopolítica moderna .....	13
1.2. As relações raciais na era da higiene: o declínio do discurso eugênico, a formação do mito da democracia racial e as tentativas mais recentes de ruptura .....	18
<b>2. SAÚDE E RELAÇÕES RACIAIS NA ERA DO ATIVISMO NEGRO</b> .....	24
2.1. Sobre o ativismo negro e a racialização da saúde .....	24
2.2. Algumas reflexões sobre os limites da racialização da saúde ....	32
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	34
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	36

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES**

CECAN	Centro de Cultura e Arte Negra
FNB	Frente Negra Brasileira
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome
MNU	Movimento Negro Unificado
PBQ	Programa Brasil Quilombola
PNPCT	Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais
ONU	Organização das Nações Unidas
SEPPIR	Secretaria Especial de Promoção de Políticas para a Igualdade Racial
TEN	Teatro Experimental Negro
UHC	União dos Homens de Cor

## INTRODUÇÃO

O objetivo do presente trabalho é discutir as possíveis relações entre racismo e condições de saúde a partir da análise do Estatuto da Igualdade Racial, doravante, designado por “Estatuto”, cujo texto especifica políticas públicas nacionais na área de saúde para a população negra. Na diversidade de planos, leis e programas federais, o Estatuto se destaca como resultado da correlação de forças entre líderes e representantes do movimento negro, representantes de organismos nacionais e internacionais governamentais e não governamentais bem como de representantes de instituições universitárias e de centros de pesquisa. Além disso, ao reconhecer oficialmente a necessidade da proposição e formulação de ações afirmativas nacionais com recorte racial na área de saúde, o Estatuto continua a impactar e singularizar a trajetória de produção do campo de ações afirmativas na área.

A leitura e a análise do Estatuto seguem algumas das questões postas por Foucault (1997, p. 7), em especial, quando versa sobre precauções metodológicas acerca da interpretação de documentos. Segundo o autor, não é mais tarefa da análise documental determinar se diz a verdade nem qual é seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo no interior e elaborá-lo, perceber como o documento se organiza, recorta, distribui, ordena e reparte em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é. Para Foucault, o importante é identificar elementos, definir unidades, descrever relações. Para dizê-lo de outro modo, o documento não é mais compreendido como matéria inerte através da qual o pesquisador tenta reconstituir o que homens e mulheres fizeram ou disseram. Pelo contrário, o pesquisador precisa definir, no próprio tecido documental, as unidades, os conjuntos, as séries, as relações (idem, ibidem).

As proposições públicas de ações afirmativas resultam da convergência de interesses de distintos grupos em disputa num determinado momento. Assim, descobrir, no interior do tecido documental, seus próprios modos de construção de sentidos e significados a respeito de certa questão não me parece totalmente suficiente. Às orientações metodológicas de Foucault, destaco a necessidade de se considerar o contexto sócio-histórico, o conjunto de forças que geram práticas e representações sociais, as estratégias,

as relações e os interesses envolvidos no processo de formulação dos documentos públicos que especifiquem planos e ações. Nesse sentido, é importante considerar, em alguma medida, a influência da sociedade civil, em especial, do movimento negro, bem como a produção acadêmica a respeito do tema.

A discussão sobre as relações raciais no Brasil tem se construído na intersecção entre reflexão acadêmica e intervenção política (Cf., por exemplo, MONTEIRO; MAIO, 2008). Isso justifica a necessidade da leitura crítica da produção intelectual sobre o tema, mencionada acima, destacando não apenas a contribuição reflexiva em termos de definições conceituais, mas também sua capacidade de impactar os processos sociais no que diz respeito às políticas públicas na área de saúde para a população negra. O movimento negro também precisa ser considerado tanto na construção das políticas públicas como em sua influência na produção acadêmica (Cf. GOMES, 2012; PEREIRA, 2008). A tríade academia, sociedade civil e Estado, cada qual guardando as especificidades de seu campo de atuação e em suas mútuas implicações e interpenetrações, trânsitos e influências, compõe o campo de correlação de forças na construção de uma agenda política no que tange às questões raciais no Brasil, e serão tomadas em diferentes momentos do presente trabalho.

A despeito do crescente número de estudos sobre a problemática racial brasileira, investigações sobre a relação entre racismo e saúde ainda são escassas, sendo um grande desafio para qualquer pesquisador. O presente trabalho pretende contribuir para o campo de estudos e pesquisas sobre as relações raciais no Brasil na área da saúde. Como o objetivo da pesquisa será desenvolvido a partir da análise do Estatuto que orienta ações afirmativas, espera-se também contribuir para a compreensão a respeito dos limites e dos alcances do material analisado, a saber, as possibilidades abertas para superar as desigualdades raciais existentes no Brasil. Para uma melhor compreensão das ideias aqui propostas, o trabalho segue dividido em três etapas. Inicialmente, é realizada a reconstituição histórica das relações raciais no campo da saúde no Brasil. A hipótese defendida é que esse campo, dentro do recorte temporal escolhido e a partir da leitura de bibliografia específica, se organiza a partir de três correntes, não necessariamente sobrepostas ou cronologicamente ordenadas.

A primeira delas é a “era da eugenia-higienista” cujas feições melhor se delineiam nos finais do século XIX quando da desagregação do sistema escravocrata em que o problema das relações entre saúde, medicina e raça é posto no interior dos debates sobre a nação, sobre o desenvolvimento do país e sobre a modernidade. A segunda tendência é a “era da higiene” ou “era sanitaria” marcada pelo mito da democracia racial tornado hegemônico a partir dos anos seguintes ao fim da República Velha. Prevalece a ideia de que a educação seria o caminho para inserir o país na modernidade ocidental. Após um período de relativo silêncio, a raça volta a ser utilizada para pensar a questão da saúde, sobretudo, a partir da última década do século XX no interior dos desdobramentos contemporâneos sobre identidade e reconhecimento. Com o acúmulo das discussões sobre as relações raciais e o ativismo do movimento negro consolidado nas décadas anteriores, raça se torna categoria político-analítica cujo uso se justifica pela promessa em revelar mecanismos (re)produtores de desigualdades sociais com o qual se espera superar o abismo de disparidades que separa brancos e não-brancos.

Depois de fazer a apresentação histórica das relações entre raça e saúde, passo à análise do Estatuto, de modo a desenvolver o objetivo anteriormente exposto. Como considerações finais, são discutidos alguns dos limites e dos alcances das políticas públicas na área de saúde. O argumento se encaminha no sentido de tensionar alguns dos pressupostos da racialização da saúde, já que tende a tornar a vida biológica um valor supremo com o qual se reitera o caráter centralizador e autoritário do Estado brasileiro visto em outros momentos da história do país. A apreciação crítica da racialização da saúde não assume a forma de uma crítica à racialização da saúde per se, mas aos modos pelos quais esta se configurou no Estatuto. O desafio continua a ser o de como avançar na proposição de ações afirmativas para a população negra por meio da reinvenção da política e por meio da instauração de novas linguagens, e não apenas pela aceitação do jogo tacitamente imposto, na maioria das vezes, de cima para baixo pelo Estado.

## **1. BREVE PANORAMA SOBRE SAÚDE E RELAÇÕES RACIAIS NO BRASIL**

### **1.1. As relações raciais na era da eugenia-higienista: entre a purificação e o branqueamento, traços da biopolítica moderna**

Ao percorrer os estudos a respeito dos desenvolvimentos sobre a eugenia no Brasil, consegue-se perceber que as ideias eugênicas seguiram um caminho diferente dos países centrais de onde tais ideias foram importadas. Na Grã-Bretanha, nos Estados Unidos e na Alemanha, desenvolveu-se uma eugenia de tipo mendeliano segundo a qual a hereditariedade não sofre influências do meio. Por outro lado, no Brasil assim como em outros países latino-americanos, firmou-se uma eugenia de tipo lamarckiana segundo a qual a hereditariedade era interpretada como decorrente da conjunção de fatores internos (a raça) e fatores externos (o ambiente social). Por essa razão, pareceu-me mais apropriado falar em “eugenia-higienista”, já que o segundo termo remete aos fatores ligados à influência do meio.

A questão racial no Brasil sempre apresentou certa tensão entre a aceitação das teorias estrangeiras – que condenavam o cruzamento racial – e sua adaptação a um povo muito miscigenado (SCHWARCZ, 1993). Havia, portanto, uma oscilação entre a adoção de modelos deterministas e a reflexão sobre suas implicações. A discussão sobre a questão racial no Brasil não pode ser vista apenas como uma transposição do debate europeu. Pelo contrário, a nação não era uma consumidora passiva das ideias em voga na Europa, mas produziu reflexões um tanto originais a respeito delas. Se os estrangeiros viam a miscigenação brasileira um grande problema, um problema insolúvel, como o caso de Conde de Joseph Arthur de Gobineau (1816-1882), o sociólogo e psicólogo francês Gustave Le Bon e o suíço-americano Louis Assagiz, professor de Geologia na Universidade de Harvard nos EUA, alguns brasileiros que refletiram sobre a questão a pensaram de outra maneira.

Para alguns, a nação poderia ser salva desde que houvesse um branqueamento da população. Entre estes adeptos estava Sílvio Romero (1851-1914) para quem a mestiçagem faria com que o sangue negro e indígena desaparecesse por completo após um longo período de tempo, resultando no desenvolvimento moral e civilizatório quando de seu desaparecimento. Outro nome do pensamento social brasileiro, Euclides da

Cunha (1866-1909), responsável por estabelecer a sociedade brasileira como um objeto de reflexão, também foi adepto da ideia da inferioridade de certas raças em relação a outras. Por sua vez, para Francisco José de Oliveira Vianna (1883-1951), a formação de uma raça pura e totalmente saudável e desenvolvida seria factível com o incentivo da reprodução da raça branca e com a política de controle imigratório. Segundo Stepan (2005), o autor de *Populações meridionais do Brasil* (1920) acreditava que, graças a uma influência regressiva de atavismos étnicos e de cruzamento de mulatos com brancos, a linhagem mulata seria filtrada e eliminada ao longo do tempo.

O branqueamento pensado por alguns intelectuais brasileiros está, diretamente, ligado ao processo de higienização das cidades com o qual se tentou varrer a prostituição (RAGO, 1991), a loucura (COSTA, 2004), a homossexualidade (GREEN, 199), o alcoolismo, entre tantas outras condutas sociais consideradas desviantes. O período está marcado por práticas higiênicas no sentido de um conjunto de técnicas e conhecimentos com o objetivo de evitar e prevenir doenças bem como o estabelecimento do bem-estar. O principal instrumento da higiene é a educação. No entanto, o período também convive com práticas e ideias eugênicas cujas diferentes correntes interpretativas concorrem pelo projeto de nação, de modernidade e de desenvolvimento.

Em relação às práticas eugênicas, estas encontraram seu caminho nas agendas de reforma científica de muitos países, inclusive o Brasil. O médico e farmacêutico Renato Khel funda, por exemplo, em 1918, a “Sociedade Eugênica de São Paulo”, publicando a partir de 1929 um jornal mensal “Boletim de Eugenia”. Muitos outros exemplos como Monteiro Lobato, em seu célebre discurso de 1918, “O problema vital”, atestam o modo pelo qual a eugenia estava na pauta dos intelectuais e políticos do início do século XX. Em uma carta a Khel, em 1936, Lobato teria escrito:

[...] país que nasce torna não endireita nem a pau. A receita [...] para consertar o Brasil é a única que me parece eficaz. Um terremoto de 15 dias, para afofar a terra; e uma chuva de... adubo humano de outros 15 dias, para adubá-la. E começa tudo de novo. Perfeita, não? (LOBATO apud DIWAN, 2007, p. 137)

A ideia de que o Brasil era um país torto, degenerado, era compartilhada por um conjunto de intelectuais brasileiros da época, de grandes

representantes da cultura letrada, legitimando a necessidade de reforma e de intervenção. Nos fins do século XIX, o médico e antropólogo brasileiro Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906) terá um papel importante no sentido de consolidar a perspectiva de Cesare Lombroso segundo a qual a criminalidade seria uma característica hereditária. Essas observações acerca do modo pelo qual a medicina social se desenvolveu no Brasil talvez nos habilitem a concordar com Michel Foucault (1979), sobretudo, quando, ao analisar a emergência da medicina moderna e científica na Europa dos séculos XVIII e XIX, alerta que ela é uma medicina, desde seu surgimento, social, uma prática que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente. Dessa perspectiva, a medicina é, antes de tudo, uma tecnologia de intervenção social, uma tecnologia de intervenção no biológico, no corporal.

Segundo Maio e Monteiro (2005), 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 de integração de segmentos sociais marginalizados. Para se entender as relações entre raça e saúde pública, é importante destacar o processo pelo qual a medicina passa a integrar cada vez mais o projeto de nação brasileira com o intuito de perceber o solo político de seus desdobramentos mais recentes. As políticas públicas na área de saúde do século XIX estão perpassadas pela ideologia do branqueamento. Nesse sentido, é importante aprofundá-la para se apreender algumas das forças operantes no processo de construção das relações entre saúde e raça.

Segundo Jurandir Freire Costa (2004), a partir do século XVIII, a administração portuguesa desenvolveu um novo tipo de interesse pelas cidades brasileiras. Para o autor, antes deste período os instrumentos homeostáticos da lei colonial restringiam-se ao aparelho jurídico-policial, sendo o poder político dividido na Colônia, entre o Estado, as famílias e o clero. Este cenário começa a mudar, sobretudo, com a vinda da família real. A pressão populacional e as exigências higiênicas ocasionadas pela chegada da Corte, de comerciantes, diplomatas, etc. ao Rio de Janeiro fez com que a medicina

passasse a ser solicitada com mais intensidade. No recurso a citação direta, lemos:

[o] que importa é notar que a própria eficiência científica da higiene funcionou como auxiliar na política de transformação dos indivíduos em função das razões do Estado. Foi porque a medicina era, de fato, empírica e conceitualmente científica que sua ação política foi mais operante. (...) [O] Estado brasileiro que nasce com a abdicação é o moto-propulsor do súbito prestígio da higiene. A atividade médica coincidia e reforçava a solidez de seu poder, por isso recebeu seu apoio. (COSTA, 2004, p. 32)

Para Jurandir Freire Costa, há uma estreita relação entre o cuidado higiênico e o preconceito racial, já que o parâmetro das condutas será o corpo do homem branco burguês. Com isso, a medicina exercerá um papel preponderante na regulação política da vida dos indivíduos, tendo efeitos disciplinares em suas condutas, em seus modos de pensar e sentir. O papel crescente da medicina na regulação das condutas de indivíduos no Brasil e, de modo mais amplo, na América Latina, também é atestado por Nancy Leys Stepan. Cito-a:

De todos os ramos da ciência cultivados na América Latina, a medicina era a mais profissionalizada e avançada institucionalmente. As escolas de medicina estiveram entre as primeiras instituições de orientação científica estabelecidas na América Latina. Ao longo de todo o século XIX, os ensinamentos de medicina e direito serviram como os equivalentes latino-americanos da graduação em artes liberais. Muitos dos estudantes que freqüentavam a escola médica ou deixavam de formar-se, ou usavam seus diplomas, uma vez formados, para avançar socialmente, não para praticar profissionalmente a medicina. Assim, a medicina não era uma profissão restrita à ciência e à técnica. Antes, estava associada aos problemas sociais mais amplos da época. Nas décadas de 1870 e 1880 no Brasil, por exemplo, muitos médicos republicanos e darwinistas participavam ativamente dos movimentos em prol das abolições da escravatura e da monarquia. (STEPAN, 2005, p. 50)

Importa perceber o modo pelo qual a medicina é uma forma de controle social e seus conceitos não devem ser compreendidos apenas como um constante refinamento teórico, mas como diretamente articulados à ordem social e política que os tornam possíveis. Dessa perspectiva, convém destacar, conforme apontou Costa (id.), a salubridade é um conceito chave da medicina praticada no Brasil a partir do século XVIII, sendo ele mesmo um modo de intervenção na realidade. A salubridade, conforme lembrou Foucault (1979), não é a mesma coisa que saúde, e sim o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível. O processo de

definição, de estabelecimento e de classificação de elementos constitutivos está ligado ao surgimento do biopoder, ao poder de normalização, ao poder de divisão da população em séries, grupos, conjuntos, dos indivíduos em diferentes espécies e tipos. Em uma palavra, ao racismo.

Do trabalho de classificação dos seres humanos, veremos o surgimento de diferentes técnicas analíticas. As técnicas analíticas farão aparecer noções como a de grupos inferiores e/ou patológicos em oposição a grupos considerados superiores e/ou saudáveis. Para dizê-lo de outro modo,

[n]esse momento, a temática racista não vai mais parecer ser o instrumento de luta de um grupo social contra um outro, mas vai servir à estratégia global dos conservadorismos sociais. Aparece nesse momento – o que é um paradoxo em comparação aos próprios fins e à forma primeira desse discurso de que eu lhes falava – um racismo de Estado: um racismo que a sociedade vai exercer sobre ela mesma, sobre os seus próprios elementos, sobre os seus próprios produtos; um racismo interno, o da purificação permanente, que será uma das dimensões fundamentais da normalização social. (FOUCAULT, 2005, p. 73.)

A biopolítica se apoia no exercício da exclusão includente e/ou no extermínio dos indivíduos e/ou grupos que são considerados politicamente perigosos. Darwinismo social, eugenia, higiene, diferentes concepções sobre a (in)salubridade, teorias da hereditariedade, da degenerescência e da criminalidade são expressões desses momentos e estão, diretamente, relacionados ao sonho moderno de pureza ocidental cuja configuração ocorreu no interior da construção dos Estados nacionais. É neste contexto que a discussão sobre o negro, após a abolição da escravidão no Brasil, se desenvolve.

## **1.2. As relações raciais na era da higiene: o declínio do discurso eugênico, a formação do mito da democracia racial e as tentativas mais recentes de ruptura**

A partir da década de 1920, o discurso eugênico, pelo menos em sua elaboração explícita, deixa de ser publicamente defendido. Aqui é importante reiterar que não se trata do fim do discurso eugênico, já que, conforme argumentam alguns estudos, é possível encontrar traços de eugenia nos discursos médicos contemporâneos.<sup>1</sup> A hipótese elaborada é de que as relações entre higiene e eugenia são muito mais de ênfase do que de períodos históricos acabados. Apesar disso, parece acertado supor que, a partir dos anos de 1920, um conjunto de intelectuais começa a questionar, de modo mais frontal, os discursos eugênicos. O próprio Monteiro Lobato que, em “A questão vital”, defendeu a eugenia, passa a atenuar seu discurso, defendendo, pelo menos, num plano discursivo, o modelo higiênico-sanitarista.

O personagem Jeca Tatu teria inspirado o Jeca Tatuzinho, adaptação da figura para o público juvenil e estratégia para cultivar o público adulto para suas ideias. Segundo Mario Luiz Gomes,

Sua efetiva contribuição, porém, viria com a adaptação para a publicidade de seu controvertido personagem ‘Jeca Tatuzinho’. Capitalizado para alavancar a campanha contra a verminose (promovendo a Ankilostomina e o próprio Biotônico Fontoura), foi lançado em livreto (no princípio dos anos 20), transformando-se em sucesso imediato. Nessa breve e divertida fábula sobre o progresso, a saga do homem do campo brasileiro vencendo os males da opilação, chamou a atenção e conquistou a simpatia de milhões de leitores. Em sua trigésima quinta edição (1973) alcançou um total de 84 milhões de exemplares, transformando o ‘Jeca’ na obra de maior divulgação em todo o Brasil. (GOMES, 2006, p. 1013).

Em relação aos problemas raciais, Edgar Roquette-Pinto desafiou a opinião de alguns dos mais renomados pensadores da época como Renato Khel, afirmando que o cruzamento de brancos e negros era normal e saudável (STEPAN, 2005). Durante a era Vargas, o “Manifesto dos Intelectuais Brasileiros contra o Racismo”, assinado por Roquette-Pinto, Gilberto Freyre e Arthur Ramos, é lançado. Nesse contexto, aparece “Casa grande e senzala”, de Gilberto Freyre. Publicada originalmente em 1933, a obra inaugura a chamada vertente culturalista da interpretação da realidade brasileira.

---

<sup>1</sup> Para uma problematização a respeito, confira, por exemplo, SANTOS & MAIO, 2005 e LAGUARDIA, 2005.

Influenciado por Franz Boas, Freyre assinala a diversidade regional como um dos traços distintivos da cultura brasileira, destacando a continuidade entre as esferas doméstica e pública no Brasil a partir do relativismo metodológico inerente ao “particularismo histórico” do mestre estadunidense. O livro defende a tese de que haveria, diferentemente de países como Estados Unidos que deram origem a práticas de segregação racial, uma harmonia entre os distintos grupos raciais. Negros e brancos viveriam em perfeita – ou quase perfeita – união, segundo o autor.

A noção elaborada por Gilberto Freyre de que o Brasil era um país racial e culturalmente miscigenado, passava a vigorar como uma espécie de ideologia não oficial do Estado (SCHWARCZ, 1993). À obra de Gilberto Freyre seguem, a partir dos anos de 1950, importantes estudos sobre as relações raciais. O sociólogo brasileiro Florestan Fernandes foi um dos primeiros estudiosos das relações raciais no Brasil a mostrar o caráter estrutural das desigualdades raciais (Cf., por exemplo, FERNANDES, 2009). Segundo o autor, a passagem da sociedade escravista para o regime capitalista da livre empresa não representou mudanças significativas na condição do negro. Pelo contrário, o que o autor observou em seus trabalhos dos anos de 1950 a respeito da condição do negro em São Paulo foi a persistência de atitudes, comportamentos e valores do regime social próprio ao período escravocrata. Fernandes (idem, ibidem) sugere que a transformação verdadeira na condição do negro só aconteceria por meio da mudança na estrutura de distribuição de renda, do prestígio social e do poder, estabelecendo um mínimo de equidade econômica, social e cultural, entre brancos, negros e mulatos.

Estudos mais recentes como o de Carlos Hasenbalg (1979) reafirmaram a condição de desigualdade do negro. Em “Discriminação e desigualdades raciais no Brasil”, o autor argumenta que o preconceito e a discriminação não eram apenas resquícios da ordem escravocrata, mas cumpriam novas funções na dinâmica de manutenção de certos privilégios a determinados grupos na ordem liberal. A partir dos anos de 1980, os estudos crescentes sobre a questão racial no Brasil começam a se diversificar, mostrando que as desigualdades raciais estão presentes nas mais variadas áreas da vida social (HOFBAUER, 2006). Os estudos de Florestan Fernandes e de Carlos Hasenbalg se tornam centrais por ensejar a possibilidade de

estudar e compreender o caráter estrutural e socialmente produzido das diferenças e das desigualdades raciais. Pode-se dizer que esses autores contribuíram para a institucionalização de uma agenda de pesquisa sobre a temática racial ainda hegemônica nas ciências sociais hoje.

No período posterior ao término da Segunda Guerra Mundial e do Estado Novo, a ênfase é colocada na relação entre saúde e desenvolvimento, não havendo propriamente reflexões sobre as relações entre saúde e raça. O período é marcado por diversas iniciativas na direção da ampliação do acesso da população aos serviços de saúde em consonância com as reformas sociais em curso (MAIO; MONTEIRO, 2008). A partir da instauração da ditadura militar em 1964, há um desmonte das reformas sociais em curso que serão retomadas apenas na década de 1980 quando o regime autoritário começa a enfraquecer rumo à democratização (idem, ibidem). É neste período que o Sistema Único de Saúde (SUS) começa a ser idealizado com vistas à universalização do acesso à saúde.

As mudanças se tornaram possíveis graças ao ativismo do movimento negro, apresentado no próximo subtópico. Aqui será discutida como a perspectiva de autores que utilizam o conceito de raça para evidenciar os mecanismos de produção das desigualdades raciais foi importante na consolidação de um conjunto de estudos que se mantém até hoje. Paulatinamente, institui-se certo consenso em torno da ideia de que a inclusão do quesito raça/cor para pensar as condições de saúde da população negra é importante, tanto por facilitar o diagnóstico e a prevenção de certas doenças consideradas étnicas como por tornar possível a compreensão do que adocece e do que morre a população negra no país (PINTO & SOUZAS, 2002).

No que diz respeito à desigualdade na área de saúde, Vanessa Moraes Bezerra et al (2013) encontrou uma maior prevalência de pressão arterial alta entre as comunidades quilombolas. Há investigações que revelam que a mortalidade infantil também é mais recorrente entre mulheres negras (CUNHA, 2001; BATISTA, 2003). Outros pesquisadores têm mostrado acesso desigual aos bens de saúde com desigualdades sociais, sócio-demográficas e na assistência pré-natal e ao parto (LEAL, GAMA, CUNHA, 2005). Alaerte Leandro Martins e Ana Cristina d'Andretta Tanaka (2000) também utilizaram a variável cor/raça e chegaram a resultados semelhantes no que diz respeito à

morte materna. Na linha de desigualdade de acesso ao sistema de saúde, Suzana Kalckmann e sua equipe (2007) revelam como as desigualdades de acesso aos bens de saúde acontecem em algumas unidades hospitalares brasileiras ligadas ao SUS. O racismo se produz e se reproduz no *ethos* das instituições públicas que, supostamente, se pautam pelo princípio da isonomia e da igualdade. Riscado et al (2010) identificou precárias condições de vida, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e falta de prática preventiva para as doenças sexualmente transmissíveis em comunidades negras.

O estudo de Luis Eduardo Batista e seu grupo (2004) também encontrou correlação significativa entre causas de óbito e raça/cor. Para os autores, a morte tem cor. Há uma morte branca ocasionada por doenças e há também uma morte negra cuja causa não é doenças, mas elementos externos, complicações da gravidez e do parto, transtornos mentais e/ou causas mal definidas. Evidências empíricas produzidas pela investigação de Dora Chor e Claudia Lima (2005) revelam que as categorias raciais são importantes na predição das variações na mortalidade. Segundo o estudo, a mortalidade precoce predomina entre indígenas e pretos; os níveis de mortalidade materna e por doenças cerebrovasculares são mais elevados entre as mulheres pretas; e no capítulo das agressões, os homens jovens pretos apresentam ampla desvantagem. A pesquisa de Maria do Carmo Leal e seu grupo (2005) também observou persistente situação desfavorável das mulheres de pele preta e parda em relação às brancas em relação à assistência ao parto e ao pré-natal.

Se, por um lado, os dados do IBGE vêm mostrando uma diminuição da mortalidade infantil no país como um todo, os índices nas comunidades remanescentes quilombolas não acompanham a média nacional. Vários estudos têm mostrado que os índices são bastante expressivos, superando as médias nacionais regionais e estaduais (Cf. GUERRERO et al, 2007). A questão também aparece no que tange à questão da insegurança alimentar (Cf. PANIGASSI et al, 2008). Algumas pesquisas têm mostrado, por exemplo, que as mulheres e, em especial, as mulheres negras brasileiras, são mais vulneráveis em relação às questões alimentares e nutricionais (IBGE, 2010; OLIVEIRA, 2014).

Estudos recentes também evidenciam como a violência policial incide mais sobre a população negra (CARNEIRO & SILVA, 2009). Nessa

linha, Maria Cecília Minayo e Ednilsa R. de Souza (1993), em um trabalho descritivo a respeito da reflexão sobre homicídios, mostraram como o fenômeno é um dos geradores de morte mais significativo na configuração da violência brasileira. Com relação às taxas de homicídios, Ednilsa R. de Souza (1995) esclarece que a questão se tornou um problema de saúde e que há uma seletividade segundo a qual negros parecem ter maiores chance de serem mortos por causas externas. O trabalho de Edna Maria de Araújo (2007) também revelou que a população negra masculina morre mais precocemente e apresenta maior risco de óbito por causas externas e, especialmente, por homicídios.

No entanto, Samuel Kilsztajn e seu grupo (2005) argumentaram que, embora a taxa bruta de homicídio de negros fosse invariavelmente superior à taxa para não-negros, a variável raça resultou ser não significativa quando controladas as variáveis anos de estudo, sexo e idade. A sugestão dos autores é de que a taxa de homicídio calculada para negros na Região Metropolitana de São Paulo em 2000 é maior que a taxa calculada para não-negros, em decorrência da sobre-representação de negros tanto na população com baixa escolaridade como na população masculina e jovem, principais categorias de exposição para homicídios. O estudo de Andrey Moreira Cardoso (2005) e seu grupo afirma a necessidade de uma melhor formulação do item raça/cor nos sistemas nacionais de informação. Além dos componentes raciais, J. Norberto W. Dachs (2002) mostra que a educação e o rendimento também têm efeitos que se somam e que há diferenças entre homens e mulheres em espaços urbanos e rurais.

As questões colocadas acima servem para evidenciar algumas das tensões que perpassam os estudos das relações raciais no Brasil. Este não é um debate acabado, mas permeado por um conjunto muito amplo de conflitos em seu interior e na sua relação com outros temas de pesquisa. Com a diversidade de leituras no interior do campo de reflexões acadêmicas e de sua relação com o Estado e com a sociedade civil, é sempre importante situar os dados uma vez que, segundo Marcos Chor Maio e seu grupo (2005), há variações nos sistemas de classificação da cor/raça e a dependência contextual de sua aplicação são alguns dos desafios para a realização de estudos de saúde com recorte étnico/racial no Brasil.

Alguns autores têm apontado os limites da abordagem estrutural na compreensão das desigualdades raciais, Peter Fry (2005), por exemplo, argumenta que há três modos de classificação racial operando no Brasil: as categorias preto, pardo, branco e amarelo tal como aparecem nas estatísticas do IBGE; as categorias branco e preto tal como formuladas pelo movimento negro brasileiro; uma pluralidade de categorias usadas no contexto das interações cotidianas. Fry contribui para entender o contexto mutante, ambíguo das classificações raciais no Brasil. A raça, segundo sugere a leitura deste autor, é constantemente configurada e reconfigurada em múltiplos contextos e situações. Ou, para dizê-lo por meio das palavras de Márcio Aguiar:

Observe-se que, no Brasil, as identidades raciais não estão polarizadas. O preconceito opera com a cor, a condição social, o nível de instrução, a aparência. A ambigüidade é um dos traços fundamentais de nossa cultura que, apesar de em certas situações “encobrir” o preconceito e a discriminação, em outras gera possibilidade de convivência e até uma certa rejeição contra o preconceito. Em nossa sociedade, a lógica das relações sociais é muito mais relacional do que orientada por princípios meritocráticos-liberais. Ter relações em determinados grupos sociais pode levar à incorporação de uma pessoa independente de sua tonalidade de pele. (AGUIAR, 2008, p. 123-4)

No entanto, ainda há muitos estudos e pesquisas que se apoiam no conceito de raça como um fenômeno biológico, que a utilizam como fenômeno capaz de prever certas doenças, ignorando a dimensão histórica, cultural e econômica (Cf., LAGUARDIA, 2005, 2007). Para Fernanda Lopes (2005), a saúde deve ser entendida como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado pelo contexto político, socioeconômico, cultural e ambiental. A partir disso, a autora mostra que os estudos sobre as desigualdades, disparidades ou iniquidades em saúde devem ir muito além da comparação de dados estatísticos, uma vez que o racismo nem sempre se apresenta de forma explícita e mensurável nas interações sociais.

## **2. SAÚDE E RELAÇÕES RACIAIS NA ERA DO ATIVISMO NEGRO**

### **2.1. Sobre o ativismo negro e a racialização da saúde**

Petrônio Domingues (2007) divide o movimento negro no período republicano (1889-2000) em quatro fases. Em cada uma delas, o autor salienta as principais ações dos grupos ligados aos movimentos. Entre 1889-1937, ou seja, entre a Primeira República e o Estado Novo, foram criados inúmeros clubes, agremiações e associações. Também é desse período o surgimento de vários jornais e revistas voltadas para a luta contra o preconceito e a discriminação, a chamada imprensa negra. Cabe ainda destacar, dentro do período, o surgimento da Frente Negra Brasileira (FNB), em 1931, considerada uma das entidades mais importantes da época. Nesta entidade, a maioria de seus membros eram mulheres (idem, ibidem). Com ascensão de Vargas ao poder, os movimentos sociais começam a se enfraquecer dado o caráter repressivo do governo em relação aos movimentos contestatórios. No recurso às aspas, obtém-se a síntese desse período histórico:

No período do pós-Abolição (transição do século XIX para o século XX), os/as negros/as criaram diversas associações em São Paulo: grêmios recreativos, sociedades cívicas e beneficentes. (...) As associações tinha como eixo central de atuação garantir o lazer de seus afiliados, principalmente por meio dos bailes dançantes. As associações negras cumpriram, fundamentalmente, o papel de produtoras de uma identidade específica, de um “nós”, negros, em oposição a um “eles”, brancos. (DOMINGUES, 2007, p. 348)

No período de 1945 a 1964, ou seja, da Segunda República à ditadura militar, viu-se o ressurgimento do movimento negro. Segundo Domingues (idem, ibidem), esta fase do movimento negro não teria o mesmo poder de aglutinação do período anterior. Um dos principais agrupamentos dessa época, destaca o autor, foi a União dos Homens de Cor (UHC). Fundada em Porto Alegre em 1943, logo se expandiu para outros estados como Minas Gerais, Santa Catarina, Bahia, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Sul, São Paulo, Espírito Santo, Piauí e Paraná. Cabe ainda assinalar o surgimento do Teatro Experimental Negro (TEN) em 1944 com a figura de Abdias Nascimento. Quanto a este último,

reivindicava o reconhecimento do valor civilizatório da herança africana e da personalidade afro-brasileira. Assumia e trabalhava sua identidade

específica, exigindo que a diferença deixasse de ser transformada em desigualdade (NASCIMENTO & NASCIMENTO, 2000, p. 207).

Entre 1945 a 1964, outros grupos também surgiram e a imprensa negra também se renovou com a fundação de novos jornais. Esta terceira fase (1978-2000) também revelou a força do movimento negro apesar dos anos de chumbo e de repressão da ditadura. O movimento se alia a outros coletivos, como os movimentos populares, sindicais e estudantis. Em 1972, é criado, em São Paulo, o Centro de Cultura e Arte Negra (CECAN), reunindo estudantes e artistas. E, em 1978, surge o Movimento Negro Unificado (MNU). O MNU passa a denunciar, sistematicamente, a discriminação e o preconceito raciais bem como exigir ações afirmativas por parte do Estado. Em relação ao período que se inicia a partir dos anos de 2000, Petrônio Domingues arrisca a hipótese em que o movimento hip hop teria uma grande importância (DOMINGUES, 2007).

Poderia se dizer que este último período também é marcado por uma crescente institucionalização do movimento negro. A criação da Secretaria Especial de Políticas e Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), em 2003, tem contribuído para a institucionalização do movimento negro com a inserção de quadros de ativistas no interior da burocracia estatal. Além da secretaria, há várias iniciativas como as Conferências, Conselhos e Fóruns Nacionais. A crescente necessidade de profissionalização e especialização dos movimentos sociais no horizonte das transformações sócio-econômicas das últimas décadas também tem forçado uma reorganização das atuações do movimento negro e dos movimentos sociais em geral. Se, até pouco tempo, o movimento negro se organizava, sobretudo, por meio de protestos, marchas, espaços coletivos de construção de sociabilidade e de definição de agendas comuns, hoje a tendência é se organizar em torno de balcões de negociação, nos gabinetes governamentais (RIOS, 2012). Com isso, o movimento perde parte de seu potencial afirmativo, crítico e renovador, mas ganha em termos de institucionalização de uma agenda antirracista.

Parece ser uma tendência hoje considerar a democracia não mais como uma realidade dada, mas como um projeto que se realiza progressivamente. Assim, a cidadania passa a ser uma noção multidimensional, agregando elementos estranhos às concepções do século

XIX. Conforme aponta Carole Pateman (1993), em "O contrato sexual", a concepção tradicional de democracia limitava o exercício do poder político aos homens brancos. A divisão público/privado era parte de uma compreensão de mundo que justificava a exclusão das mulheres da esfera da atuação política.

Atualmente, a cidadania abarca dimensões complexas e paradoxais (de gênero, raça/etnia, geração, classe, religiosidade etc.), exigindo a ampliação dos canais de participação, de modo a tornar possível a construção de uma sociedade mais igualitária e equitativa em que se incorporem as demandas de diversos segmentos da população. Pode-se dizer que se afirmam, progressivamente, as concepções democráticas pluralistas e do pertencimento múltiplo em detrimento das compreensões elitistas de democracia. A recuperação da trajetória do movimento negro na sociedade brasileira revela como suas ações e articulações contribuem para agregar dimensões até então invisíveis da democracia e da cidadania. A questão racial se torna um elemento importante na dinamização de novos direitos e na conquista da igualdade por meio da criação de canais de influência nas decisões políticas que afetam a sociedade civil.

A ação afirmativa nasce desse contexto, podendo ser definida, segundo Antonio Sérgio Alfredo Guimarães (1999), como um conjunto de políticas cujo objetivo é o combate de um determinado tipo de discriminação e surge como aprimoramento jurídico de uma sociedade cujas normas e *mores* se pautam pelo princípio da igualdade de oportunidades e de acesso às produções materiais e simbólicas da sociedade. De acordo com Sabrina Moehleck (2002), o termo ação afirmativa tem origem nos Estados Unidos, local que ainda hoje se constitui como importante referência no assunto. Para a autora, nos anos 60, os norte-americanos viviam um momento de reivindicações democráticas internas, expressas principalmente no movimento pelos direitos civis, cuja bandeira central era a extensão da igualdade de oportunidades a todos. É, portanto, no bojo das lutas por direitos civis que as ações afirmativas se desenvolvem, são debatidas e se consolidam. A partir de então, os Estados Unidos passam a aceitar a discriminação afirmativa como ação reparadora específica de discriminação maligna sobre grupos de indivíduos específicos (BARROZO, 2004). No Brasil, assim como nos EUA, as

ações afirmativas são utilizadas como mecanismos para a diminuição da desigualdade entre negros e brancos (SANTOS et al, 2008).

As ações afirmativas vêm se tornando eixos dinamizadores de políticas públicas e vêm sendo apontadas como um importante instrumento na luta contra as desigualdades política, social, econômica e cultural nas quais certos grupos sociais estão historicamente imersos. No que diz respeito à questão racial, a política de cotas tem sido reiteradamente tomada, por exemplo, como uma das principais propostas implementadas no campo das ações afirmativas com o intuito de diminuir o precipício das desigualdades que separam negros e brancos (Cf., MOEHLECKE, 2002). A formulação dessas políticas está, diretamente, ligada à atuação do movimento negro, desde sempre diverso, plural e multifacetado (Cf. PEREIRA, 2008), que, segundo Nilma Lima Gomes (2012), reeduca o Estado e a sociedade sobre as relações étnico-raciais, com vistas à emancipação e à justiça sociais.

Alguns consideram que um marco importante no debate sobre as questões raciais se dá com a Constituição de 1988 quando o Estado criminaliza o racismo e reconhece a propriedade de terra dos remanescentes quilombolas. Os anos de 1980 foram, sem dúvida, muito importantes para a consolidação da questão racial como uma agenda do Estado, sobretudo, por conta do ativismo das mulheres negras que já viam desenvolvendo uma série de preocupações com a saúde reprodutiva das mulheres. O governo de Luiz Inácio Lula da Silva marca uma profunda mudança na condução das políticas públicas com perspectiva racial, reflexo das ondas de Durban, mas também na relação do Movimento Negro com o Estado (LIMA, 2010).

Para alguns autores, a atualidade parece marcada pelo acirramento da globalização, tornando a luta contra as diversas formas de opressão uma luta transnacional e mundializada. Os movimentos sociais se internacionalizam e agendas conjuntas são construídas. Conferências internacionais como “III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata”, realizada em Durban na África do Sul no ano de 2001, teve um efeito bastante importante na rearticulação da trajetória do movimento negro no Brasil. É certo que outras conferências, em especial com o ativismo de mulheres com ênfase no recorte racial e de classe como “V Conferência Mundial da População e Desenvolvimento” no Cairo em 1994 e “IV Conferência

Mundial sobre a Mulher” em Beijing em 1995 já vinham favorecendo a formação das redes transnacionais dos movimentos sociais.

Em relação à conferência de Durban, Sueli Carneiro (2002) comenta que, no plano nacional, houve, em abril de 2000, a constituição de um Comitê Impulsor Pró-Conferência, formado por lideranças de organizações negras e organizações sindicais, que assumiram a realização de inúmeras tarefas organizativas. Segundo a autora, o Comitê formulou uma denúncia pelo descumprimento e violação sistemática da Convenção Internacional Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, resultantes de ações diretas e de omissões do Estado brasileiro. Do ponto de vista interno, a preparação para a conferência resultou na rearticulação entre diversas entidades e grupos militantes bem como no estabelecimento de agendas comuns antirracismo.

A conferência de Durban impulsionou a criação de um documento intitulado “Política Nacional de Saúde da População Negra” (PNUD & OPAS, 2001). O documento também foi resultado de debates que já vinham acontecendo no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Em 1995, havia sido criado o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização e Promoção da Saúde Negra. Em 1996, o Plano Nacional de Direitos Humanos reafirmou o compromisso com certa agenda antirracista. No mesmo ano, ocorre um seminário internacional “Multiculturalismo e Racismo: o papel da ação afirmativa nos Estados democráticos contemporâneos” e a “Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra”. É também em 1996 que o “Pro-Programa Nacional de Anemia Falciforme” é criado. O progressivo reconhecimento estatal do racismo se consolida, sobretudo, a partir do governo de Luiz Inácio Lula da Silva. Sob seu governo, é constituída, em 2004, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, integrado por representantes de diversos órgãos e instituições do Ministério da Saúde e da Secretária de Políticas e Promoção da Igualdade Racial, criada em 2003.

Em 2004, ocorre o “I Seminário Nacional da Saúde da População Negra”. O seminário divulgou um conjunto de artigos reunidos sob o título de “Cadernos básicos”, no qual é discutida uma série de questões relativas à saúde da população negra. A partir de então, viu-se surgir um conjunto de programas com vistas ao combate do racismo. Ainda em 2004, lançou-se o

“Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros – Brasil AfroAtitude” (BRASIL, 2004). No ano seguinte, o “Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids” (BRASIL, 2005). Em 2006, foi lançada a “Política Nacional de Saúde da População Negra”, durante o “II Seminário Nacional de Saúde da População Negra”. No mesmo ano, também foram aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra” e o “Programa de Combate ao Racismo Institucional na Saúde”.

Durante todo esse período de intensos debates, destaca-se o Estatuto da Igualdade Racial cuja discussão teve seu começo formal no início do século XXI, mas cuja aprovação se deu dez anos depois por meio da Lei nº 12.288/10. Do projeto original ao texto aprovado, viu-se um conjunto muito amplo de contendas e de disputas em torno de seus sentidos e significados. A grande mídia representada, sobretudo, pelos grupos Folha<sup>2</sup> e Globo<sup>3</sup>, embora admitissem explicitamente a existência do racismo, se colocaram em posição contrária às políticas de cotas, amplamente enfatizadas no texto original. Alguns intelectuais, artistas e escritores<sup>4</sup> também se colocaram em posição contrária sob a alegação de que a racialização da sociedade brasileira poderia gerar animosidades sociais incontroláveis.

---

<sup>2</sup> O governo brasileiro, por exemplo, leva a Durban a proposta de criar cotas para negros e seus descendentes nas universidades públicas. Esta Folha se opõe ao sistema de cotas. Isso não significa, entretanto, que todo tipo de ação afirmativa, de discriminação positiva, deva ser descartada. A ideia de instituir cursos pré-vestibulares dirigidos a negros, por exemplo, parece oportuna. (...) O Brasil precisa sem dúvida enviar esforços para promover a integração racial. Ações afirmativas devem ser consideradas e implementadas. O limite deve ser o da justiça. Admitir que se deve reparar uma injustiça com a criação de outra, uma variação de “os fins justificam os meios”, é um argumento filosoficamente tíbio e historicamente complicado. (Folha de S. Paulo, 30 de agosto de 2001. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz3008200103.htm>. Acessado em 20/02/2015.)

<sup>3</sup> Quanto à outra tese, não é fácil encontrar quem negue à comunidade negra o direito à compensação pelas injustiças. Por outro lado, não é ponto pacífico que essa reparação deva ser feita, como defendem muitos militantes, por vantagens artificiais, como um sistema de quotas no mercado de trabalho e na universidade. Garantir o caráter universal do direito à educação e a habilitação para o mercado de trabalho são caminhos custosos e complicados; por outro lado, eliminar deficiências será mais justo e eficaz do que fingir que elas não existem. (O Globo, 24 de agosto de 2001, p. 6).

<sup>4</sup> Lançado em 2007 em meio à discussão sobre o Estatuto da Igualdade Racial e a Lei de Cotas Raciais em tramitação no Congresso Nacional, o livro “Divisões perigosas: política racial no Brasil contemporâneo” reuniu artigos de autores de diversos campos de reflexão acadêmica, com o objetivo de evidenciar a ideia de que qualquer política pública em benefício daqueles que são vítimas de discriminação racial seria perigosa, na medida em que corresponderia a uma forma de racismo. (cf. FRÝ et al, 2007).

Esses diferentes posicionamentos por parte da sociedade civil, expressos, em sua maioria, pelos setores conservadores, acabaram ressoando sobre o texto original a ponto de muitas das reivindicações do movimento negro serem ignoradas ou profundamente modificadas em relação à proposta original. Em relação ao texto final, as relações entre saúde e racismo são construídas na oposição entre fatores internos e externos. Os artigos 13 e 14 do Estatuto, integrante do capítulo I em que se aborda o direito à saúde como um direito fundamental, são exemplares nesse sentido:

Art. 13. O Ministério da Saúde fica autorizado a produzir, sistematicamente, estatísticas vitais e análises epidemiológicas da morbimortalidade por doenças geneticamente determinadas ou agravadas pelas condições de vida dos afro-brasileiros. Art. 14. O Poder Executivo incentivará a pesquisa sobre doenças prevalentes na população afrobrasileira, bem como desenvolverá programas de educação e de saúde e campanhas públicas de esclarecimento que promovam a sua prevenção e adequado tratamento.

A estatística, ciência do Estado, é evocada sob a promessa de revelar a existência de fatores internos (doenças geneticamente determinadas) e de fatores externos (condições de vida dos afro-brasileiros) da constituição de estados mórbidos e/ou epidemiológicos da população afro-brasileira. A ênfase posta na importância de pesquisas e/ou estudos pretende responder às razões pelas quais certas doenças são prevalentes na população negra. Assim, o Estatuto dá, em alguma medida, continuidade ao imaginário eugênico-higienista no sentido abordado pelo presente trabalho. Sob a autoridade do conhecimento científico de que a população negra estaria sujeita a determinados tipos de doença, o Estatuto abre a possibilidade de intervenção estatal sobre a vida de certos indivíduos, justificando sua ingerência. Não se está afirmando que o texto se configure como uma tentativa explícita de controle biopolítico do politicamente perigoso, mas tão-somente sugerindo sua abertura a essa realidade.

Talvez por essa razão, o racismo está, desde o início, definido a partir de condições sociais, econômicas e culturais específicas, compreensão amplamente difundida nas ciências humanas e sociais. Dentro dessa chave de leitura, lê-se no artigo dois do Estatuto:

Art. 2º Para os fins deste Estatuto considera-se: I – discriminação racial: toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto anular ou

restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, em igualdade de condições, de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública ou privada. II – desigualdade racial: as situações de diferenciação de acesso e gozo de bens, serviços e oportunidades, na esfera pública e privada.

Ao pensar o racismo a partir das condições contextuais, a partir da influência do meio, o Estatuto institui amplas possibilidades de intervenção somática e corporal, sobretudo, porque a noção de salubridade que, conforme posto anteriormente, não é a mesma coisa que saúde, e sim o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível, continua a formar o imaginário médico ocidental. Aqui não se está negando as evidências empíricas que atestam que certas doenças atingem mais a população negra e que esta tem acesso limitado aos bens de saúde. O que está sendo colocado é que a supremacia do saber médico científico como instância legítima na produção de conhecimento sobre a população negra é afirmada em detrimento, por exemplo, dos saberes e dos conhecimentos das próprias comunidades negras, reafirmando o papel do Estado na condução das políticas. Parece haver um silêncio proposital sobre a importância dos saberes das comunidades negras como forma de manter certos dispositivos de controle sobre a população, reiterando as relações entre poder e saber no interior das instâncias estatais.

Ao colocar uma ênfase excessiva na necessidade de produção de conhecimento a partir das instâncias científicas por meio do incentivo governamental, o Estatuto assegura limites muito claros e muito precisos a respeito da direção das possíveis mudanças. Toda e qualquer mudança exigirá a chancela do saber de especialistas ligadas ao poder estatal. O poder do Estado de definir as condições que produzem desigualdades raciais é garantido pelo jogo de um movimento coordenado, racional e previsível cujo controle se dá pela produção de dados estatísticos por agências e/ou grupos que estão sob seu controle. Esse aspecto segundo o qual o Estado aparece como a matriz geradora das políticas públicas para a população negra revela certo caráter autoritário e sua razão de ser pode ser encontrada nas modificações sofridas pela proposta original da qual se retirou grande parte da autonomia que o movimento negro buscava afirmar.

## **2.2. Reflexões sobre os limites da racialização da saúde**

A racialização da saúde em anos mais recentes está eticamente fundada ou é apenas um mecanismo a serviço do controle, de uma biopolítica da população? Parece não ser possível responder a questão de modo peremptório. A circunscrição da resposta à análise do Estatuto sugere que as relações estabelecidas entre raça e saúde se prestam muito mais a um controle da população do que a outras possibilidades, já que nega às comunidades negras protagonismo na proposição de políticas públicas. Isso torna difícil o estabelecimento de relações eticamente orientadas entre sociedade política e sociedade civil, no sentido de uma ruptura com as próprias estruturas estatais quando os limites de sua representatividade são colocados em questão. O Estatuto parece querer bloquear a agência do movimento negro, sobretudo, em sua capacidade de produzir conhecimento sobre suas próprias vivências.

Assim, a apreciação da racialização da saúde proposta pelo presente trabalho não assume a forma de uma crítica à racialização da saúde per se, mas ao modo pelo qual o Estatuto a definiu, já que reafirma o caráter autoritário e centralizador do Estado brasileiro visto em outros períodos da história do país. O levantamento dessa problemática deve servir de guia para a observação das tensões no interior do debate, evitando uma polarização em termos de ser a favor ou contra a racialização. As relações raciais no Brasil são muito complexas e multifacetadas e se conectam a um conjunto muito amplo de questões para ser colocado simplesmente em termos de um “tudo ou nada”. Se só é possível resistir no âmbito das próprias relações de poder, no interior dos processos de captura, logo a compreensão desses processos pode ser importante, já que dele também pode surgir linhas de fuga a partir dos quais outros horizontes se desenham.

Desde a chamada época moderna, a vida vem se tornando um dos principais elementos a alavancar mudanças e transformações no campo das políticas públicas, marcando, decididamente, as relações entre sociedade e Estado. No entanto, não se trata de qualquer noção de saúde. A noção de saúde agenciada pelo Estatuto parece construída segundo uma perspectiva ocidentalizada bastante específica no interior da configuração do Estado moderno e de seus problemas correlatos. Será essa a única noção possível?

Como as próprias comunidades negras espalhadas por todo território nacional agenciam a noção de saúde? A simetriação do debate sobre a vida como um valor precisa acolher as múltiplas vivências e as diferentes possibilidades interpretativas construídas por distintos grupos sociais, numa reivindicação mundana por atividade. É da esfera pública como espaço privilegiado para a ação e para convivência da pluralidade humana que podemos encontrar alternativas para o cenário atual. Embora o movimento negro tenha conseguido cada vez mais estabelecer canais de influência direta em um conjunto de questões que lhe afeta diretamente, esses canais se veem limitados pelo próprio modo histórico como o Estado lida com a sociedade civil.

Isso implica o fim do privilégio intelectual como portador de um saber superior aos dos demais e do Estado como a única agência legitimadora de conhecimentos. Não se trata de ignorar as especificidades do conhecimento científico, sua importância para o debate, mas um esforço em fazer tais conhecimentos dialogar com os “saberes desqualificados”, “saberes assujeitados” (FOUCAULT, 2005). A tática pode oferecer outros caminhos para pensar políticas públicas para segmentos excluídos e, ao fazê-lo, pode também ser a oportunidade de ruptura com as hierarquias, na maioria das vezes, implícitas, de um saber ocidentalizado que se coloca de cima para baixo apesar do grande esforço de ativistas negros em destituir essa centralidade. O Estatuto deve ser, paradoxalmente, ponto de apoio para as políticas de ação afirmativa para a população negra que sofre com um amplo conjunto de exclusões de várias ordens e ponto de resistência para a afirmação da autonomia do movimento negro frente ao caráter, muitas vezes, autoritário do Estado brasileiro. A aprovação do Estatuto não indica o fim de uma luta, o ponto de chegada, mas a permanência de um território em disputa ainda em travessia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo discutir possíveis relações entre racismo e condições de saúde a partir da análise do Estatuto da Igualdade Racial cujo texto especifica políticas públicas nacionais na área de saúde para a população negra. A apreciação pretendeu tensionar alguns pressupostos, entre os quais, a permanência de certo imaginário político segundo o qual a vida biológica é único valor possível, o que tem servido de ponto de apoio para que o Estado brasileiro reafirme seu caráter centralizador e autoritário na condução de políticas públicas, negando autonomia e participação ao movimento negro. Tal compreensão abre a possibilidade de repetir alguns dos traços da biopolítica cuja trajetória se pôde observar a partir da análise das relações entre saúde e racismo ao longo da formação histórico-social da sociedade brasileira.

Da análise do Estado, foi possível perceber que o Estado continua a utilizar uma linguagem muito comum ao imaginário moderno segundo o qual a saúde decorre da conjugação entre fatores internos e fatores externos, (re)afirmando o poder de intervenção somática e biológica dos corpos. Romper com o privilégio estatal na construção de políticas públicas continua a ser um dos maiores desafios com vistas à superação das desigualdades raciais. A retirada de inúmeras propostas elaboradas pelo movimento negro parece dar a exata medida de como o Estado está pouco aberto às influências da sociedade civil e das possibilidades de desmonte de sua racionalidade governamental em favor da emancipação das comunidades negras e de sua participação ativa na formulação de ações que afetam seus cotidianos.

A simetriação do debate sobre as relações entre saúde e racismo precisa acolher as múltiplas vivências e as diferentes possibilidades interpretativas construídas por distintos grupos sociais, numa reivindicação mundana por atividade. Ao colocar a compreensão das desigualdades raciais sob a autoridade do conhecimento científico, o Estatuto abre a possibilidade de intervenção estatal sobre a vida de certos indivíduos, justificando sua ingerência. Assim, a apreciação crítica, ou melhor, pretensamente crítica, da racialização da saúde não assume a forma de uma crítica à racialização da saúde per se, mas aos modos pelos quais esta se configurou no Estatuto. O desafio continua a ser o de como avançar na proposição de ações afirmativas

para a população negra por meio da reinvenção da política e por meio da instauração de novas linguagens, e não apenas pela aceitação do jogo tácito imposto, na maioria das vezes, de cima para baixo pelo Estado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Márcio Mucedula. Raça e desigualdade: as diversas interpretações sobre o papel da raça na construção da desigualdade social no Brasil. **Tempo da Ciência**, (15) 29, 2008, p. 115-133.

ALVAREZ, M. C. Bachareis, criminologistas e juristas: saber jurídico e nova escola penal. São Paulo: Método, 2003.

ARAÚJO, Edna Maria de **Mortalidade por causas externas e raça/cor da pele**: uma expressão das desigualdades sociais em Salvador. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2007.

BARROZO, Paulo Daflon. A ideia de igualdade e as ações afirmativas. **Lua Nova**, 63, 2004.

BATISTA, Luis Eduardo; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; PEREIRA, Julio César Rodrigues. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no estado de São Paulo, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.5, p.630-6, 2004.

BEZERRA, Vanessa Moraes et al. Comunidade quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, 29(9), p. 1889-1902, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Estatuto da igualdade racial**: Lei no 12.288, de 20 julho de 2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nºs 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003 – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

CARDOSO, Andrey Moreira; SANTOS, Ricardo Venturi; COIMBRA JR, Carlos E. A. Mortalidade infantil segundo raça/cor: o que dizem os sistemas nacionais de informação. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1602-8, 2005.

CARNEIRO, Suelaine; SILVA, Rodnei Jericó. **Violência racial**: uma leitura sobre dados de homicídios no Brasil. São Paulo: Gedelés Instituto da Mulher Negra; Global Rights Partners for Justice, 2009.

CARNEIRO, Sueli. **A batalha de Durban**. Estudos Feministas, 10(1), 2002.

CHOR, Dora; LIMA, Cláudia Risso de Araújo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1586-94, 2005.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica, norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

CUNHA, E.M.G.P. Mortalidade infantil e raça: as diferenças da desigualdade. **J. Rede saúde**, v.23, p.48-50, 2001.

DACHS, Norberto W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Cienc. Saúde Colet.**, v.7, p.641-57, 2002.

DAMATTA, Roberto. **O que faz o Brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DIWAN, Pietra. **Raça pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo.** São Paulo: Contexto, 2007.

DOMINGUES, Petrônio José. Negros de almas brancas? – a ideologia do branqueamento no interior da comunidade negra em São Paulo (1915-1930). **Estudos Afro-Asiáticos**, 24(3), 2002.

\_\_\_\_\_. Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos. **Tempo**, 12 (23), pp. 100-122, 2007.

\_\_\_\_\_. Frentenegrinas: notas de um capítulo da participação feminina na história da luta anti-racista no Brasil. **Cadernos Pagu**, 28, p. 345-374, 2007b.

ENGEL, Magali. As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 5 (3), pp. 547-563, 1995.

\_\_\_\_\_. “Psiquiatria e feminilidade”. In: DEL PRIORE, Mary (org.). **História das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2009.

FERNANDES, Florestan. **O negro no mundo dos brancos.** São Paulo: Global, 2007.

FERRARA, Miriam Nicolau. A imprensa negra paulista (1915-1963). **Boletim FFLCH**, 1996. (Coleção Antropologia, nº 13).

FOUCAULT, Michel. **Historia da sexualidade I: vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade:** curso do Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Segurança, território, população:** curso do Collège de France (1977-1978) São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 2009.

\_\_\_\_\_. **Dits et écrits 1954-1988.** Paris: Gallimard, 1994. 4 v.

\_\_\_\_\_. “O nascimento da medicina social”. In: **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande & Senzala:** formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. Rio de Janeiro: Editora Record, 1989.

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

FRY, Peter; MAGGIE, Yvone; MAIO, M.C.; MONTEIRO, S.; SANTOS, R.V. (orgs.). **Divisões perigosas:** políticas raciais no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2007.

GOMES, Mario Luiz. Vendendo saúde! Revisitando os antigos almanaques de farmácia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1007-18, out.-dez. 2006.

GOMES, Nilma Lino. Movimento negro e educação: resignificando e politizando a raça. **Educação e Sociedade**, 33(120), 2012, pp. 727-744.

GREEN, James. **Beyond carnival: male homosexuality in twentieth-century Brazil**. London / Chicago: The University of Chicago Press, 1999.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **Racismo e antirracismo no Brasil**. São Paulo: Ed.34, 1999.

\_\_\_\_\_. **Classes, raças e democracia**. São Paulo: Ed. 34, 2002.

\_\_\_\_\_. Preconceito de cor e racismo no Brasil. **Revista de Antropologia**, 47(1), 2004.

GUERRERO, Ana Felisa Hurtado et al. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do município de Santarém – Pará, Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, 16(2), p.103-110, 2007.

HASENBALG, C. **Relações raciais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1992.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar (2004/2009)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS - IPEA. **Desigualdades raciais no Brasil: um balanço de intervenção governamental**. Brasília: IPEA, 2002.

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, Aug. 2007.

KILSZTAJN, Samuel et al. Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo Brasil, 2000. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1408-15, 2005.

LAGUARDIA, Josué. Raça, genética e hipertensão: nova genética ou velha eugenia? **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, 12(2), p. 371-93, 2005.

\_\_\_\_\_. Raça e epidemiologia: as estratégias para a construção de diferenças biológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(1), p. 253-261, 2007.

LEAL, Maria do Carmo et al. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.1, p.100-7, 2005.

LIMA, Márcia. Desigualdades raciais e políticas públicas: as ações afirmativas no governo Lula. **Novos Estudos**, 87, 2010.

LOPES, A.A. Significado de raça em pesquisas médicas e epidemiológicas. In: BARATA, R. et al. (Orgs.). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997, p. 245-56.

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1595-601, 2005.

\_\_\_\_\_. Raça, saúde e vulnerabilidades. **Bol. Inst. Saúde**, n.31, p.7-11, 2003.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma**: a medicina e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAIO, Marcos Chor et al. Cor/raça no estudo pró-saúde: resultados comparativos de dois métodos de auto-classificação no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.171-80, 2005.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Etnicidade, raça e saúde no Brasil: questões e desafios. In: MINAYO, Maria Cecília de S.; COIMBRA JR, Carlos E. A. (orgs.). **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_\_. "Cor/raça, saúde e política no Brasil (1995-2006)". In: PINHO, Osmundo & SANSONE, Livio (orgs.). **Raça**: novas perspectivas antropológicas. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA, 2008.

MARTINS, Alaerte Leandro; TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. Mulheres negras e mortalidade materna no estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, 10, p. 27-38, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SOUZA, Edinilsa R. Violência para todos. **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.1, p.65-78, 1993.

MOEHLECKE, Sabrina. Ação afirmativa: história e debates no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, 117, 2002, p. 197-217.

MURICY, Kátia. **A razão cética**: Machado de Assis e as questões de seu tempo. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

NASCIMENTO, Abdias do & NASCIMENTO, Elisa Larkin. Reflexões sobre o movimento negro no Brasil, 1938 – 1997. In: GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo & HUNTLEY, Lynn Walker. **Tirando a máscara**: ensaios sobre o racismo no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

OLIVEIRA, Marcos de Jesus. **Políticas públicas de segurança alimentar e nutricional para as comunidades quilombolas**: uma análise a partir da transversalidade de gênero e raça/etnia. 2014. 42 f. Monografia (Especialização em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça) – Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

PANIGASSI, Giseli et al. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. **Cad. Saúde Pública**, 24(10), p. 2376-2384, 2008.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. São Paulo: Paz e Terra. 1993.

PEREIRA, Amauri Mendes. **Trajetória e perspectivas do movimento negro**. Belo Horizonte: Nandyala, 2008.

PINHO, Osmundo. "Introdução". In: PINHO, Osmundo & SANSONE, Livio (orgs.). **Raça**: novas perspectivas antropológicas. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA, 2008.

PINTO, E. A. & SOUZAS, R. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 18(5), 2012.

PNUD & OPAS. Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade. Brasília: PNUD; OPAS, 2001.

- RAGO, Margareth. **Os prazeres da noite:** prostituição e códigos de sexualidade feminina em São Paulo (1890-1930). Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1991.
- RIOS, Flavia. O protesto negro no Brasil contemporâneo (1978-2000). **Lua Nova**, 85:41-79, 2012.
- RISCADO, Jorge Luis de Souza et al. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre a vulnerabilidade da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/AIDS em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Saúde Soc. São Paulo**, 19 (2), p. 96-108, 2010.
- SANSONE, L. **Raça, etnicidade e saúde e reprodutiva:** o caso afro-latino-americano. In: *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Brasília: Fiocruz, 2004.
- SANTOS, Sales Augusto dos et al. Ações afirmativas: polêmicas e possibilidades sobre igualdade racial e papel do Estado. **Estudos Feministas**, 16 (3), 2008.
- SANTOS, Ricardo Ventura; MAIO, Marcos Chor. Antropologia, raça e os dilemas das identidades na era da genômica. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Aug. 2005.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças:** cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930). São Paulo: Cia. Das Letras, 1993
- SOUZA, Ricardo Luiz. **Identidade nacional, raça e autoritarismo:** a Revolução de 1930 e a interpretação do Brasil. São Paulo: LCTE Editora, 2008.
- SOUZA, E. R. **Homicídios:** metáfora de uma nação autofágica. 1995. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1995.
- STEPAN, Nancy Leys. **A hora da eugenia:** raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- SZWARCWALD, Célia Landman; CASTILHO, Euclides Ayres. Mortalidade por armas de fogo no estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.4, p.161-70, 1998.
- THEODORO, Márcio (org.). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil:** 120 anos após abolição. Brasília: IPEA, 2008.
- TRAVASSOS, C.; WILLIAMS, D.R. O conceito e mensuração de raça em relação à saúde pública no Brasil e nos Estados Unidos. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.3, p.660-78, 2004.
- VIANNA, Solon Magalhães et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil.** Brasília: Organização Panamericana de Saúde/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.