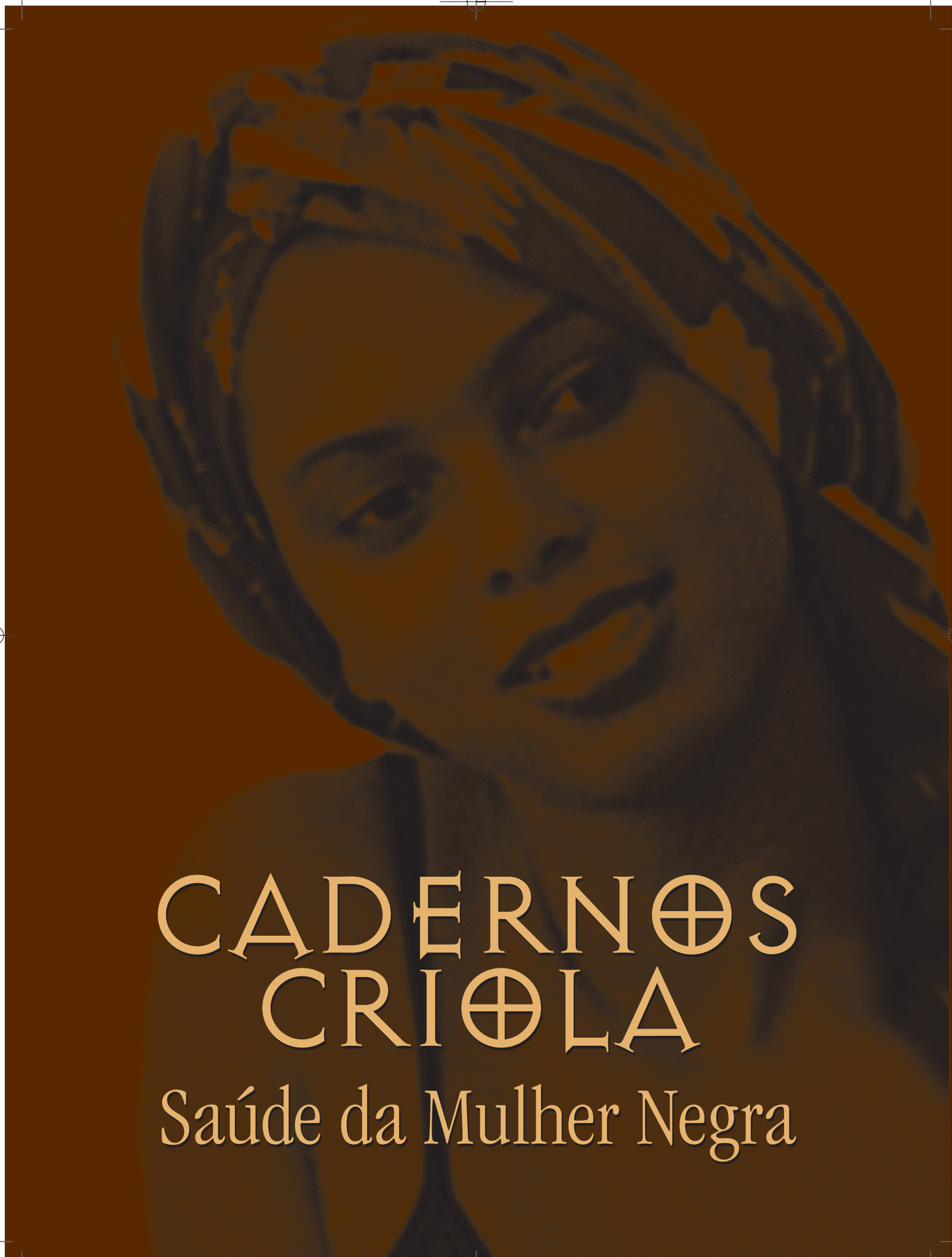
Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:34 Page 1



CADERNOS CRIOLA

Saúde da Mulher Negra

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:34 Page 2

CRIOLA é uma instituição da sociedade civil sem fins lucrativos, fundada em 2 de setembro de 1992. Foi fundada e é conduzida por mulheres negras de diferentes formações, voltadas para o trabalho com mulheres, adolescentes e meninas negras, basicamente no Rio de Janeiro.

Nossa missão institucional é instrumentalizar mulheres, adolescentes e meninas negras para o desenvolvimento de ações para o combate ao racismo, ao sexismo, à homofobia e para a melhoria das condições de vida da população negra. CRIOLA dedica-se ativamente à inserção de mulheres negras como agentes de transformação para uma sociedade fundada em valores de justiça, equidade e solidariedade. Onde a presença e contribuição das mulheres negras sejam acolhidas como um bem da humanidade.

Para a implementação da missão institucional de CRIOLA, nosso trabalho está organizado em 6 linhas de ação:

- Oficinas, cursos e treinamentos;
- Economia, trabalho e renda;
- Saúde da mulher negra;
- Defesa e garantia de direitos humanos;
- Ação política e articulação com instituições e movimentos sociais;
- Publicações, difusão de informações e documentação.

Estas são conduzidas por suas sócias fundadoras, com o auxílio de colaboradoras e voluntárias.

Jurema Werneck
Mestre em Ciências (COPPE/UFRJ), médica. Coordenadora Geral de CRIOLA, secretária executiva da Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras. Fellow da Ashoka – Empreendedores Sociais. Integrante do Projeto Ghente – Estudos Sociais, Éticos e Jurídicos sobre Acesso e Uso de Genomas na Área da Saúde (GESTEC/FIOCRUZ), bolsista FAPERJ.

Projeto Gráfico • Luciana Costa Leite
Fotos • Adriana Medeiros
Apoio • Public Welfare Foundation e Bird

RIO PREFEITURA
SAÚDE E DEFESA CIVIL

SUS

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:34 Page 3

SUMÁRIO

Apresentação 4
Introdução: O Brasil em que vivemos 6
Um "novo" conceito: saúde da população negra 7

Parte 1

CULTURA AFRO-BRASILEIRA E SAÚDE

Arkhé & logos no século XXI – aqui se afirma conceitos de saúde 8
A cultura afro-brasileira e a saúde 11

Parte 2

RACISMO E SAÚDE

As políticas de saúde e a população negra 12
Saúde da mulher negra 14
As mulheres negras: alguns dados 15
A mulher negra tem papel central na comunidade negra 15
Saúde e doença: um modelo de análise 17
Agravos à saúde de maior prevalência entre as mulheres negras 18

Parte 3

RACISMO E GENISMO

Novas tecnologias reprodutivas, clonagem, modificação genética hereditária: portas abertas à tecno-eugenia 20
Considerações finais 25
Bibliografia 26

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:34 Page 4

APRESENTAÇÃO

É preciso que você saiba logo de início que esta publicação é inundada de ideologia. Aqui, advogamos e buscamos a hegemonia das lutas anti-racistas, atravessadas pelo enfrentamento do sexismo, da homofobia e das desigualdades sociais, na construção de uma sociedade igualitária. Desnudando nossa opção política, buscamos visibilizar para você a vigência de uma ideologia racista que impregna diversos aspectos da vida social brasileira, agindo de forma diferenciada sobre as mulheres.



Esta ideologia poderosa tem como principal estratégia sua invisibilidade, que é construída a partir de um processo de naturalização das desigualdades raciais. Assim, faz com que eu, você, nossos vizinhos, a sociedade em geral, encaremos como "naturais" o fato das mulheres negras terem rendimentos em média 295% inferiores a de um homem branco[1]. E ainda acreditemos ser "natural" a constatação de que isto acontece porque a maioria das mulheres negras "naturalmente" tem baixa escolaridade e conseqüentemente menor acesso a profissões de maior valor social e de mercado. O que mantém as mulheres negras como maioria entre os mais pobres do país é visto com naturalidade.

E quase não há estranhamento diante de um quadro como este. Mas é preciso estranhar muito. Estranhar tudo. A menos que se acredite na inferioridade "natural" ou "social" de mulheres e de negros. E, somando tudo, se encontre aí a justificativa do porquê as mulheres negras vivem deste jeito.

Mas é claro que você recusará a armadilha e a linearidade do pensamento racista e sexista. Porque a produção da inferioridade social de pessoas e grupos é fruto, antes de tudo, de extrema violência. Esta violência tem muitos nomes: exploração, usurpação, desrespeito, falta de solidariedade e muito mais. E só prossegue sua trajetória de sucesso porque conta com a alienação de muitos – os brancos ou quase, os comuns. Contando também com a inércia daqueles que não se importariam se tudo fosse diferente, os que buscam trabalhar para construir um mundo melhor. Estes, quando diante do racismo, infelizmente têm se alinhado junto a uma minoria que movimenta a máquina da desigualdade em proveito próprio e dos seus.

A diferença é a tomada de decisão. Decidir, a partir de agora, fazer diferente. Descobrir os mecanismos que dão vigor ao racismo, ao sexismo, à homofobia e às desigualdades sociais em nossa vida cotidiana. E lutar contra eles *por todos os meios necessários,* como disse Malcolm X.

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 5

Aqui vamos fornecer a você alguns elementos de apoio. Nosso interesse primeiro é contarcom sua ação na melhoria das condições de saúde das mulheres negras. O que quer dizer, no desenvolvimento de ações de manutenção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento. Isto implica dizer que há ações a serem desenvolvidas em diversos níveis – e você poderá atuar exatamente a partir do lugar que você ocupa. Dentro ou fora do sistema de saúde, dentro ou fora da elaboração e gestão de políticas públicas. Sendo ou não usuário do SUS.

Mas é preciso que você faça sua escolha.



Esta publicação estará constituída de três partes interligadas. Em cada uma delas, oferecemos elementos que possibilitem o aprofundamento de seus conhecimentos e, principalmente, de suas ações.

A primeira parte é dedicada à cultura. A partir da compreensão dos significados da cultura afro-brasileira, buscamos demonstrar a presença de um conceito de saúde vigoroso e operante no cotidiano da população afro-descendente e que, portanto, deve ser considerado nas leituras e formulações em torno dos processos de saúde/doença.

A segunda parte visa demonstrar a pertinência da abordagem do racismo como fator patogênico importante, que deve ser incorporado como variável tanto em estudos epidemiológicos, como atividades de prevenção, práticas clínicas, formulações e gestões de políticas públicas.

Consideramos também importante abordar as perspectivas de futuro que a modernidade da técnica oferece. Com isso, desenvolvemos na **terceira parte** deste documento uma análise sobre as novas tecnologias reprodutivas, abordando também a clonagem e a modificação genética hereditária. As possíveis repercussões destas técnicas sobre a população negra são abordadas neste momento.

Antes, porém, traremos alguns dados para maior aproximação com o conceito de população negra, afro-descendente ou afro-brasileira. Informamos que, apesar de diferentes conotações políticas, os três termos serão utilizados nesta publicação como sinônimos, carregando significados originados na história do povo, na idéia de diáspora, na afirmação de uma identidade forte e nas lutas políticas dos descendentes de africanos no Brasil.

Desejamos a você uma boa leitura.

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 6



foto: Adriana Medeiros

Introdução

O BRASIL EM QUE VIVEMOS

Este é o país de maior população negra fora da África e o segundo maior do mundo (o primeiro é a Nigéria). Mas este dado tem sido insuficiente para desencadear ações específicas de atendimento às necessidades dos afrodescendentes, tanto no âmbito das políticas públicas quanto no espectro mais amplo das relações sociais. De fato, constata-se que ao longo dos séculos, parte significativa da sociedade brasileira – os brancos - tem de diversos modos se beneficiado de modelos de desigualdade desenhados pelo racismo no Brasil.

A sustentabilidade do sistema lucrativo de escravidão, o racismo buscando o embranquecimento da nação, a manutenção de privilégios sociais restritos a uma minoria (branca) – tudo isto tem requisitado processos extremamente violentos que já duram séculos e são estruturantes das relações no interior da sociedade brasileira. Esta violência, ou melhor, estas violências compreendem uma gama variada de processos, abrangendo desde a violência física, à violência simbólica, psicológica, com repercussões em diversos campos da vida de indivíduos e grupos.

Uma das faces mais agudas da violência de que falamos é a naturalização das desigualdades sociais, que cristaliza modelos de inferiorização de importantes segmentos da população brasileira, compreendendo, segundo o IBGE, quase 50% da população do país. Traduzindo-se em menor nível de escolaridade, menor esperança de vida, menor acesso a políticas públicas, por exemplo, com graves repercussões sobre o desenvolvimento da nação brasileira, para não falar do que acontece no âmbito privado, individual, do viver cotidiano da marginalização.

O período 2000-2001 suscitou, a partir do processo preparatório da III Conferência Mundial contra o Racismo, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas (ONU, África do Sul, 2001), a instalação em nosso país de um ambiente favorável para a discussão e elaboração de propostas que possibilitassem o enfrentamento do racismo e suas conseqüências, visando melhoria das condições de vida da população. Tal ambiente favorável, é preciso que se diga, foi resultado principalmente da atuação das organizações negras brasileiras, calcada no trabalho das mulheres negras reunidas na Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras, na defesa e negociação de propostas tanto no nível da sociedade civil, quanto junto ao Estado e às Nações Unidas. Um exemplo na área da saúde é o resultado da Conferência das Américas (Chile, 2000) que incorporou, no artigo 111 do Plano de Ação, um requerimento à Organização Panamericana de Saúde/OPAS, para que:

> ***Promova ações para o reconhecimento da raça/grupo étnico/gênero como variável significante em matéria de saúde e que desenvolva projetos específicos para a prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas de descendência africana[2].***

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 7

Tal parágrafo foi incorporado, com modificações, ao documento final da Conferência Mundial contra o Racismo, em Durban.

Reconhece-se assim, a necessidade de se explicitar um campo especifico de ação em saúde voltado para a população negra, assinalando também o campo da saúde da mulher negra como um viés necessário. A inclusão deste artigo no Documento de Santiago e no Documento de Durban é resultado, em grande parte, da mobilização das organizações de afrodescendentes brasileiros ao longo de décadas. Isto, no sentido de visibilizar a extrema vulnerabilidade a que a população negra, considerando também os diferenciais de gênero, têm estado exposta no campo da saúde, situação esta demonstrada como constante em toda a região das Américas.

Assim, o passo seguinte e urgente é o delineamento, implantação e monitoramento de políticas públicas eficazes que reduzam o impacto das desigualdades raciais na qualidade de vida da população negra. Constituindo-se numa condição necessária a contribuir com a construção da equidade entre grupos populacionais no Brasil.

UM "NOVO" CONCEITO: SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

O campo definido como saúde da população negra no Brasil é e tem sido uma novidade definida nas duas últimas décadas por nós mesmos, a população negra, principalmente nós ativistas e profissionais de saúde (onde se destacam as mulheres negras). Trata-se de uma operação estratégica de desocultamento de um campo vital, sem trocadilhos, para a sobrevivência de uma parcela numericamente importante da população brasileira.

Quer dizer: a criação deste conceito incorporara elementos de diversas áreas de conhecimento, ampliando para além da biologia e da medicina as possibilidades de leitura da gênese dos processos de saúde-doença junto à população negra e toda a população brasileira. Assim, o racismo e suas conseqüências; os significados de cultura (e cultura negra); análises das desigualdades sociais e seus efeitos, entre outros, são parte essencial da construção de um significado adequado às necessidades deste grupo populacional em particular.

O conceito de saúde da população negra no Brasil, elaborado isoladamente pelo próprio segmento populacional interessado, se volta desse modo para a melhoria das condições de vida da população negra. E reivindica a implementação de ações que provoquem mudanças tanto estruturais, como também atuem na elaboração, implementação e monitoramento das políticas públicas, em particular as de saúde.



Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 8

Parte 1

CULTURA AFRO-BRASILEIRA E SAÚDE

ARKHÉ & LOGOS NO SÉCULO XXI – AQUI SE AFIRMA CONCEITOS DE SAÚDE:

Trata-se de uma realidade multifacetada, a brasileira. A abordagem deste fato requer a retirada de antolhos para o (re)conhecimento das variadas formas de linguagem, expressão e de conceituação de saúde vigentes entre nós.

Reconhecer, portanto, expressões de culturas vigorosas, portanto dialógicas, como as visões de saúde da população brasileira, negra ou não. Deparar-se com elas é dispor de muitas portas de entrada. Muitas formas de afirmação do humano. Muitas maneiras de querer viver e ser feliz.

QUADRO I

Por exemplo:

Numa casa chamada terreiro por seus ocupantes, num bairro residencial da cidade do Rio de Janeiro, uma mulher debruça-se sobre conchas recém dispostas sobre uma mesa. Um momento de concentração e reflexão antecede as palavras. Trata–se de uma mensagem sendo lida, endereçada a uma outra pessoa que se senta junto a ela. A mulher fala como se recitasse um poema, as palavras usadas nem sempre são o português do Brasil. A mensagem vem acompanhada de uma receituário de medidas a tomar. Lavagem de contas, bori, fazer o santo são expressões que podem estar sendo ditas como remédios prescritos. A pessoa expõe problemas e a mulher receita caminhos de solução.

Numa outra cena, uma pessoa se dirige a um templo evangélico onde se lê, numa larga faixa disposta logo em frente: "sessões de descarrego". Um homem de fala vigorosa dirige os trabalhos diante de uma pequena multidão concentrada. Seu discurso oferece alívio aos males vividos por cada um dos participantes da reunião. Se olharmos mais de perto, veremos que todos têm os olhos fechados e uma expressão emocionada no rosto. O corpo tenso. Os braços levantados.

Talvez ainda estejamos na mesma parte da cidade e pode-se ver uma fila de quatro horas de espera por atendimento a pessoas com febre alta, dores pelo corpo, manchas vermelhas na pele, além do temor da dengue hemorrágica. São poucos os médicos disponíveis, a realização dos exames necessários é cercada de incertezas, mas a população, ali presente, espera. Reivindica alívio e cura. E espera.

Veja o quadro acima. Nesta multiplicidade de expressões, o interessante é constatar que são realidades simultâneas do século XXI do Rio de Janeiro. Ou de qualquer outra parte do país.

As cenas descritas no quadro I traduzem uma variedade de sentidos e entre estes, apontam a presença de um conceito de saúde dialógico, onde a tradição insere-se com vigor na construção de uma modernidade complexa e rica de elementos essenciais para se pensar propostas voltadas para a população brasileira. No caso aqui tratado, de propostas de políticas de saúde.

Assim, como diz Muniz Sodré[3], demonstra-se uma cultura de *arkhé* operante, pujante. Ao mesmo tempo em que a ciência (o *logos*) afirma sua pertinência, traduzida na esperança que a população deposita nela, através do reconhecimento da função da medicina alopática na resolução de crises e ameaças à integridade corporal dos sujeitos.

Compreendemos, desse modo, porque é preciso desnudar os muitos elementos que produzem linguagem e leituras da realidade cotidiana das pessoas na busca de compreensão destes mesmos sujeitos. Ou porque é preciso admitir a presença, o encontro e o choque entre as múltiplas culturas que se encontram no todo chamado de cultura brasileira.

> ***Encontrar a tradição onde ela se expressa. Descortiná-la. E, desse modo, mostrar que outras perspectivas são possíveis, outras histórias podem ser contadas além daquelas que a ideologia produz sobre si mesma, a fim de que talvez se vislumbre algum termo social de paridade entre a Arkhé e o logos da atualidade"[4]***

Faz parte do processo de humanização e projeção de futuro. Sem folclorizar expressões, como opção ética de incorporação da alteridade, da presença do outro, à identidade do sujeito.

É preciso reconhecer outras identidades para além da hegemônica, como pressuposto para o cumprimento dos deveres constitucionais do Estado, como também para cumprir a utopia de realização de justiça entre os seres humanos e os povos.



foto: Adriana Medeiros

O que também quer dizer visibilizar a subordinação de grupos sociais a outros grupos dominantes, vivida como múltiplas formas de violência e com repercussões em variados campos.

É algo assim que dizem as cenas citadas no quadro I. É assim que a população brasileira – e eu não disse somente os negros – falam de seu conceito de saúde. Portanto, um dos grandes desafios a se enfrentar na construção de modelos e propostas no campo da saúde da população negra é a equação posta pelo encontro e enfrentamento entre a tradição e a modernidade neste século.

A base da cultura de que falamos é a compreensão de que tudo o que existe é Força.

Porque representam forças, os elementos da existência interagem e trocam influências. Os antepassados africanos dos brasileiros denominavam esta força de *ntu* (presente na palavra banto ou bantu, por exemplo, plural de *muntu* – ser humano – e que quer dizer povo), de axé.

Como força, o axé é transmissível através de objetos e símbolos, mas só pode ser adquirido por contato. Deve ser cuidado, acumulado, potencializado – eis a obrigação do ser de axé.

Mas o que anima a força, o que faz com que os entes movimentem a existência e que cada qual seja assim: *sendo.* Quem dinamiza a existência é aquilo a que povos bantos denominaram *nommo*, a palavra. Dotada de axé, a palavra faz acontecer. *Nommo* é o sopro de vida que movimenta os seres. É atributo de *muntu*. Somente ele possui a inteligência ativa capaz de dar curso aos processos das coisas. Daí a responsabilidade que deriva inspirando o ser que a profere.

Ao ser de axé, a responsabilidade para com a força estende-se a todos os níveis da existência. Pois a força que cresce faz aumentar a força do grupo. Ao mesmo tempo, o contrário prejudica toda a coletividade, incluindo-se aí os outros seres vivos, mortos, deuses ou não. Agir dentro dos limites de poder e dever é a responsabilidade de *muntu*, do ser dotado de axé, para consigo mesmo, os seus e a existência, uma vez que suas atitudes repercutem sobre as forças existentes, aumentando ou diminuindo-as.



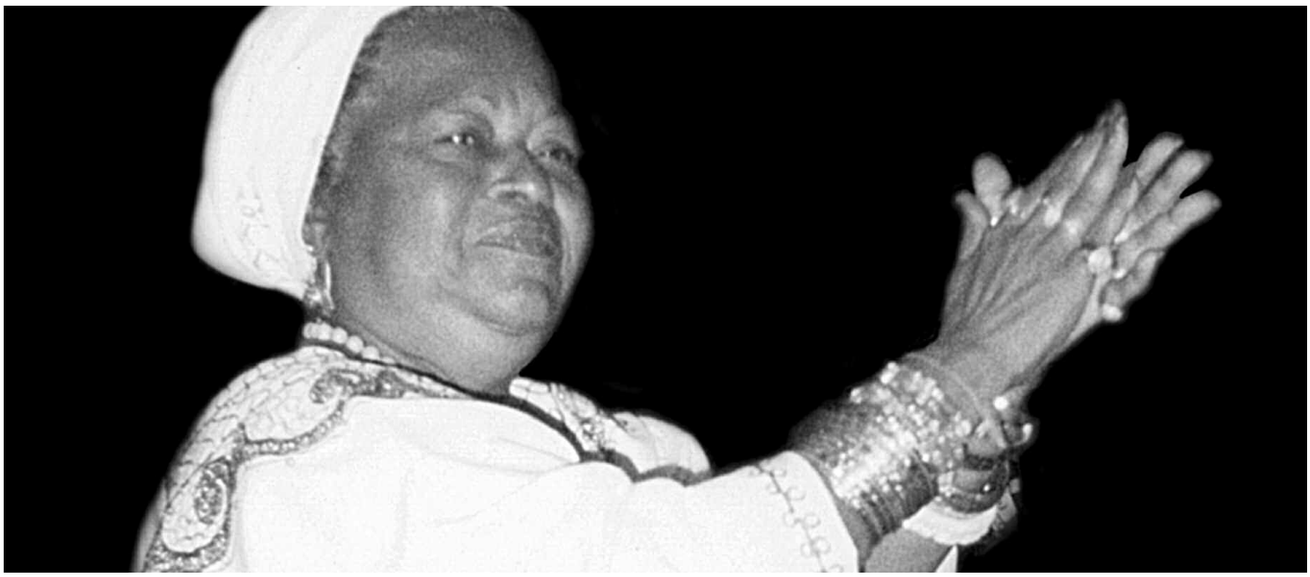
Aqui se visualiza os desdobramentos do *ethos* afro-brasileiro na elaboração de uma ética fundada na força e na coesão do grupo. Aqui, o indivíduo, *muntu*, projeta-se na direção de um dever-ser voltado para a preservação e potencialização de seu axé, fortalecendo toda comunidade. A conseqüência disto é que as diferenças não serão vistas como contradição ou conflito e sim como expressões da existência, de *ntu*, o que implica necessariamente aceitação e não discriminação.

Desse modo fica explicitado a equivalência entre mulheres e homens, negros e brancos e demais pares de diferenças que o modo ocidental produz – todos portadores da responsabilidade para com a força. Ambos capazes de proferir *nommo*. De agir com responsabilidade, para que a existência aconteça.

Aqui, nos deparamos com um importante elemento para a participação de indivíduos e grupos nos processos de vida individual e grupal. Fica explicitada a obrigação para com o autocuidado e com o cuidado com toda a forma de existência.

Viver, necessariamente, torna-se um processo de busca de equilíbrio entre forças, interna ou externamente. Busca que deve ser exercida sob extrema responsabilidade.

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 11



A CULTURA AFRO-BRASILEIRA E A SAÚDE:

Os elementos expostos aqui são parte constituinte da cultura afrobrasileira. E, uma vez que compreendemos cultura como forma de ser, estar, dizer e interpretar a si e ao mundo, torna-se possível admitir a presença de um ponto de vista africano ou afrobrasileiro atuante na sociedade brasileira do século XXI. Esta noção, porque dialógica, necessariamente incorpora elementos da modernidade ocidental, sendo também incorporada por ela. E reivindica reconhecimento de sua presença nos discursos e práticas de saúde da população como um todo, em especial a população afrobrasileira.



Com base nos elementos da cultura expostos acima, podemos considerar que a saúde é vista numa perspectiva dinâmica e interativa, envolvendo todos os elementos da existência: natureza (viva e inanimada), seres humanos vivos e mortos, deuses. Saúde seria, então, a busca de equilíbrio dinâmico e permanente entre as forças que constituem a existência, onde a troca e a reposição são chave nas relações estabelecidas. Ou seja, cada força retirada, recebida, doada ou perdida, deve ser reposta por outra força de igual intensidade, para que a dinâmica seja mantida. Para que assim a existência, compreendida como sistema de trocas, continue.

O sentido de prevenção, portanto, deve ser compreendido, nas suas possibilidades interativas (vista como participação ativa de cada um dos sujeitos envolvidos), admitindo também a importância das coletividades. Por outro lado, esta noção afasta-se radicalmente das iniciativas de medicalização desenfreada dos processos sociais tão em vigor nos discursos de saúde.

Na vida cotidiana de afrodescendentes, os desequilíbrios vividos como problemas (de saúde) vão demandar soluções de amplo espectro, onde o atendimento por profissional de saúde e a medicalização daí resultante constitui apenas uma entre várias possibilidades e necessidades. Ações no campo do sagrado, a festa, a interação com outros – pessoas e demais elementos - são vividos como necessários ao equilíbrio, ao alívio e à cura. E, portanto, à saúde.

Múltiplas práticas são buscadas e vivenciadas para o restabelecimento da saúde. Sua presença e pertinência carecem de maior visibilidade ao olhar da medicina alopática – ainda que preconceitos embutidos na prática médica os rejeitem como expressões de inferioridade e ignorância de indivíduos e comunidades. Tal leitura tem forte elo de origem com o racismo que está presente nas relações entre profissionais e população.

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 12

Parte 2

RACISMO E SAÚDE

AS POLÍTICAS DE SAÚDE:

Há algum tempo a medicina já conhece as principais necessidades da população negra. No campo da biologia e da genética, bem como as novas compreensões no terreno da imunologia, da epidemiologia. Isto enriquecido pelos discursos da sociologia e do ativismo político dos negros brasileiros. É fato que lacunas ainda se apresentam, isto devido não às limitações do método cientifico. Pois estamos diante do grave descaso com que os temas relativos à população negra têm sido encarados pelos centros de pesquisa e assistência no país. Neste campo, firulas metodológicas, como definiu Maria Inês Barbosa, e ignorâncias inexplicáveis alternam-se e potencializam-se, produzindo um quadro de ausências - que em muito contribuem para os altos índices de morbi-mortalidade desta população.

No que se refere aos agravos à saúde de indivíduos e grupos negros, Marco Antônio Zago[5] em 1996 sistematizava em 4 tipos de fatores, segundo suas origens conhecidas:

- *Geneticamente determinados* – ou seja, aquelas cuja presença de um ou mais genes alterados está associada ao desenvolvimento de sintomas específicos. É onde se inserem a doença falciforme e a deficiência de

glicose-6-fosfato desidrogenase. Aqui estão também aqueles fatores ditos dependentes de elevada freqüência de genes responsáveis pela doença ou a ela associados, como no caso da hipertensão arterial e o diabetes mellitus.

- *Adquiridos, derivados de condições sócio-econômicas desfavoráveis* – produzindo maior vulnerabilidade a agravos como desnutrição, mortes violentas, altos índices de mortalidade infantil e morte materna, dst/aids, doenças ocupacionais e transtornos mentais e drogadição.

- *De evolução agravada ou de tratamento dificultado;*

- *Condições fisiológicas alteradas por condições sócio-econômicas* – processos como crescimento, gravidez, parto, envelhecimento, terão sua evolução alterada, com graves riscos à saúde.

A forma de classificação dos fatores expostos acima se apóia nos achados da maioria das correntes sociológicas influenciadas pelo pensamento de esquerda, de viés economicista. Tendo o grave problema de invisibilizar a vigência do racismo e do sexismo que, de modo associativo e complementar, atuam produzindo vulnerabilidades e desvantagens sociais sobre mulheres e homens. Atingindo de modo mais agudo as mulheres negras.



> ***Afirma Maria Inês Barbosa que "a maioria das doenças que afetam a população negra, são as mesmas da população de um modo geral. O que diferencia a população negra da população branca é um perfil mais crítico de saúde, que é recorrente de diferentes contextos históricos, recorrência essa que deve ser pautada ao racismo (...)"[6]***

O racismo tem sido um fator importante na determinação dos modos de nascer, viver e morrer da população brasileira, com índices visivelmente piores para a população negra. Afetando seu acesso à bens sociais como saneamento básico, alimentação balanceada, habitação, emprego, serviços de atenção à saúde e, também, aceitação social. Traduzindo-se em maior mortalidade infantil e materna e menor esperança de vida, por exemplo.

O racismo influencia também a progressão de doenças, grande parte delas evitáveis, mas que não têm recebido a devida atenção das políticas públicas. Cólera, dengue, sarampo, meningite meningocócica, esquistossomose, doença de Chagas, malária, diarréia, doenças sexualmente transmissíveis, hiv/aids – todos sabemos que quanto maior o grau de vulnerabilidade social de indivíduos e grupos, tanto maior sua vulnerabilidade a infecções e epidemias. Isso sem falar na hipertensão arterial, no diabetes tipo II, e outras, cuja evolução mais grave ocorre entre a população negra. A única estratégia estatal bem sucedida diante deste quadro tem sido a ocultação dos dados segundo fatores étnico-raciais, como forma de se produzir um termo de "igualdade" na tragédia da saúde pública para a população negra.

Diante de informações disponíveis para formuladores e gestores de políticas públicas no campo da saúde, somente o racismo pode ser levantado como razão suficiente para a omissão desta monta.

Assim, as propostas de saúde da população negra requerem ações emergenciais que busquem fundamentalmente romper com as desigualdades raciais e sociais no Brasil. O que requer atuar em diversas áreas, buscando a ampliação da escolaridade dos negros brasileiros; melhoria das condições habitacionais tanto no campo quanto nas cidades; acesso ao trabalho e a melhores níveis de remuneração; diminuição dos índices de violência e da criminalidade no interior das comunidades negras e pobres; ampliação do acesso à justiça; entre tantos itens nas áreas mais críticas. Como também ações voltadas para políticas de saúde que visem ampliação de acesso aos serviços de prevenção e tratamento - o que quer dizer melhorias quantitativas e qualitativas do Sistema Único de Saúde e atenção adequada àqueles agravos à saúde mais comuns na população negra. Incluindo também a redução dos índices de mortalidade infantil, morte violenta e morte materna, que permanecem mais altos entre nós negros.

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 14

Uma política de saúde voltada para o atendimento das necessidades de afrodescendentes requer políticas de fomento de pesquisas na área de saúde da população negra, de modo a ampliar-se significativamente os conhecimentos disponíveis e subsidiar ações mais adequadas. Considerando essenciais também melhorias na formação de profissionais de saúde, preparando-os para o diagnóstico e tratamento adequados às necessidades da população. E, fundamentalmente, preparando-os também para a busca de mecanismos cotidianos de superação do racismo nas relações entre profissionais e usuários. Neste campo, como em diversos outros, as organizações negras têm muito a contribuir com reflexões e metodologias adequadas.

O combate à violência, considerando desde a violência simbólica à violência física, passando pela "desnaturalização" da inferiorização social do negro, bem como a elucidação do conceito de violência e suas investidas sobre a saúde de indivíduos e grupos também se coloca na pauta. Não apenas no que se refere à saúde mental, mas fundamentalmente às implicações cotidianas do racismo, por exemplo, ao produzir instabilidade e estresse atuantes cotidianamente sobre o organismo humano.

Assim, o campo de saúde da população negra propõe-se a buscar alternativas para a reversão do quadro definido por Fátima Oliveira como ***de morte*** de uma população, em oposição a um ideal de saúde ainda inalcançado.

A "novidade" que o conceito de saúde da população negra significa repõe o termo *integralidade* ao humano e, por conseguinte, às ações voltadas para a saúde da população. E recupera, lado a lado ao *logos* científico, a importância da *arkhé* na constituição de indivíduos e grupos sociais. Trazendo assim a cultura negra para a mesa de debates, onde até o momento somente um fragmento da cultura européia teve acento, possibilitando a incorporação na prática de um conceito de saúde mais adequado à realidade humana de negros e da maioria dos brasileiros.

Roberto Bartholo Jr., recuperando a ética proposta por Hans Jonas – a ética da responsabilidade – apresenta-nos um elemento essencial na tomada de decisões no sentido de se buscar atender às necessidades da população negra no Brasil, em especial as de saúde. Desse modo, a partir da...

> ***"...ética da responsabilidade (...) o Homem se encontra aqui diante de um outro que não é nenhuma expressão de um Bem mais elevado, mas sim que é apenas ele mesmo em seu direito originário à alteridade (...)"***[7].

Encontra-se aqui a chave para uma escolha. E ela precisa ser feita por você.



foto: Adriana Medeiros

SAÚDE DA MULHER NEGRA

Esta é uma linha de conhecimento e ação que se origina no reconhecimento da multiplicidade de fatores que agem sobre os processos de saúde/doença, como também da multiplicidade de situações favoráveis e desfavoráveis que são vividas pelas mulheres negras brasileiras.

Assim, é no cruzamento de relações e dilemas sociais, junto a aspectos culturais, econômicos, conjunturais ou estruturais, que este campo vai se delinear. Incorporando, portanto, saberes oriundos de diversas áreas de conhecimento, ao lado de tradições e culturas diversas que influenciam a definição do que uma pessoa é, seus papéis sociais, seu grau de aceitação e de poder de agenciamento das várias realidades. Aqui, é o conceito de *interseccionalidade*, compreendido como o cruzamento dinâmico de múltiplos fatores, que vai determinar o grau de vulnerabilidade de mulheres e homens, negros ou não, na sociedade brasileira. Biologia, medicina, sociologia, ao lado das tradições afrobrasileiras, são exemplos de fontes de informação e conhecimento que podem dar suporte a elaboração de práticas que visem as necessidades de mulheres negras.

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 15

AS MULHERES NEGRAS: ALGUNS DADOS

Existem diversas formas de descrever a nós, mulheres negras. O viés mais comum é o que nos descreve como aquelas atingidas por graus diferenciados de violência e preconceito resultantes da presença do racismo, do sexismo e da pobreza que agem de forma associada. E que podem ser atravessados por outros fatores, como a presença de alguma deficiência física; de vivência de orientação sexual diferente da heterossexualidade obrigatória; pertencimento a grupos etários discriminados, como juventude ou terceira idade; ou alguns mais dos muitos fatores que constituem identidades dos seres humanos. Mas a presença de fatores com forte carga de desvalor na vida das mulheres negras tem como produto um quadro difícil, com repercussões no campo da saúde.

Desde esta perspectiva, cabe informar aqui alguns dados já disponíveis, divulgados no documento Nós Mulheres Negras – diagnóstico e propostas da Articulação de ONGs de Mulheres Negras Brasileiras rumo à III Conferência Mundial contra o Racismo, elaborado em 2001:

- A população de mulheres negras no Brasil corresponde a 36 milhões de pessoas (IBGE, 2000), vivendo principalmente nas cidades (27% da população urbana) das diversas regiões do país
- As taxas de alfabetização e escolarização entre as mulheres negras correspondem a 78% e 76%, o que significa anos de estudo a menos que as mulheres brancas cujas taxas estão em 90% e 83% respectivamente.
- No mercado de trabalho, as mulheres negras correspondem a 56% das trabalhadoras domésticas.
- O PIB *per capita* das mulheres negras é de 0,76 salário-mínimo (dados de 1999)
- A taxa de desemprego são maiores para as mulheres negras em seis grandes regiões metropolitanas pesquisadas pelo Dieese em 2000.
- Dados de análise de incidência de pobreza e indigência indicam que as mulheres negras estão sobre-representandas nestes dois grupos. 60% dos lares de famílias com rendimento menor que 1 salário mínimo são chefiados por mulheres negras.
- A análise do indicador *Anos Potenciais de Vida perdidos por Óbitos* demonstra que, em geral, as mulheres negras morrem mais cedo, comparativamente a homens e mulheres brancos, com exceção somente para mortes causadas por doenças endócrinas e por causas externas (acidentes, homicídios, suicídios) – vivem 5 anos a menos que as mulheres brancas e 3 anos menos que os homens brancos.

Trata-se de uma situação vivida muitas vezes nos extremos da dignidade humana, onde a violação de direitos humanos, básicos, é regra. O isolamento e a falta de solidariedade são o retrato das relações que integrantes da sociedade brasileira, mulheres e homens brancos principalmente, estabelecem com este grupo populacional.

A MULHER NEGRA TEM PAPEL CENTRAL NA COMUNIDADE NEGRA

A presença de diversas culturas, variadas formas de ser e de expressão, vigentes na sociedade brasileira traduzem possibilidades diferenciadas de exercício de poderes – e isto é comprovadamente o caso das mulheres negras.

Esta multiplicidade é vista de um lado, na afirmação social de sua inferioridade, que busca justificação no racismo e no sexismo. De outro lado, a mulher negra é chamada a viver um papel de liderança no interior da comunidade, tanto na comunidade religiosa quando na família ou na comunidade de vizinhança. Desse modo, pode vivenciar lugares diferenciados, oportunidades variadas de exercício de poder, que podem ter reflexos diferenciados em sua capacidade de agenciamento da realidade.

Neste sentido, os mitos, as histórias tradicionais, ao lado daquelas que são contados nas escolas, nas televisões, nos livros, os exemplos que vemos e vivemos, as relações que estabelecemos, vão possibilitar a construção de nossa identidade. Possibilitando

também utilizar instrumentos diferenciados no enfrentamento da violência com que a sociedade lida com as mulheres negras. Também vão possibilitar a elaboração individual e coletiva de mecanismos de superação e sobrevivência, junto a formas de preservação da tradição coletiva e de seus indivíduos.

Assim, as mulheres negras vão ser vistas à frente das comunidades religiosas – no papel de desataque que a tradição lhe confere – como também nas ações comunitárias que visam a coesão grupal, o bem estar, a alegria. Lembremos que as mulheres negras, de forma anônima e invisibilizada na maioria dos casos, estão por trás da criação do candomblé e do samba, das agremiações de carnaval, da música popular brasileira, por exemplo, e do forte movimento popular fincado nas associações de bairro e favelas. Atuantes na reelaboração da medicina tradicional africana, ainda hoje utilizada pela população como um todo. Estão na garantia de sobrevivência cotidiana da comunidade enquanto grupo de vizinhança e de afinidade, entre outros.

Tais identidades podem e devem ser consideradas aliadas nos processo de manutenção da saúde e de enfrentamento de doenças, tanto do ponto de vista individual quanto da saúde coletiva.

QUADRO II

Uma história:

Narra esse Odu que havia, naquele tempo, uma modesta e peregrina rapariga que vivia com simplicidade constante e a quem chamavam Oxum, que, tendo empregado todos os esforços para ter bom sucesso na vida, como deve ser de conveniência própria, resolveu procurar pessoas entendidas na matéria.

Dito e feito, lá se foi. Chegando lá, mandaram-na fazer o despacho acima (galinhas, pombos, igbim, preás, peixes assados, etc.), a fim de melhorar as condições. Ela, imediatamente, fez tudo o que foi designado. Mandaram que levasse aquele ebó para a casa de Orixalá e começasse a pedir em voz bem alta o que queria, assim ela obteria tudo em seu favor imediatamente. Assim ela fez sem demora. Chagando no fundo da casa de Orixalá, começou a maldizer Orixalá. Dizia que ele tinha tudo o que necessitava e ela, nada. Atribuía ser ele um malfazejo, enfim, um perverso de marca maior. Assim, nessa difamação feroz, abalou logo toda a cidade e todos vinham para ouvir o honesto choro de humilde pessoa que dizia ter Orixalá procedido muito mal para com ela. Assim sendo, ele não podia continuar como chefe e rei do povo.

Nesse ínterim, tudo chegava aos ouvidos de Orixalá e todos os seus amigos o aconselhavam a dar tudo o que aquela rapariga queria, contanto que deixasse de ficar rogando-lhe pragas. Diante da insistência dos seus íntimos conselheiros, Orixalá fez vir a rapariga à sua presença e mandou dar-lhe tudo o que estava a seu alcance, tudo o que ela queria. Assim ficou Oxum senhora de todas as fortunas, mais do que qualquer outro orixá.

- In: Rocha, Agenor Miranda. Caminhos do Odu,
Rio de Janeiro, Pallas Editora, 1999. 2.ª edição, p. 73-74.

A história contada no quadro II traduz um dos aspectos mais importantes e atuantes na elaboração da identidade das mulheres negras. O inconformismo, a responsabilidade em produzir mudanças. Aliada à afirmação do poder da fala das mulheres no agenciamento de novas realidades – qualificação que na tradição recebe o título de *Ialodê*, a representante das mulheres.

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 17

A cultura confere à mulher negra um potencial de rebeldia, iniciativa e liderança que muitas vezes se choca com os determinantes racistas e sexistas em vigor na sociedade.

No entanto, assinala bell hooks[8], este potencial de insurgência muitas vezes vem coberto de extrema dureza, seqüelas da vivência da discriminação e da violência cotidianas, que muitas vezes abalam o equilíbrio de muitas de nós.

Tais situações, atuantes no cotidiano, são lidas de modo preconceituoso pela sociedade e pelos serviços de saúde. Os resultados são vistos todos os dias.

SAÚDE E DOENÇA: UM MODELO DE ANÁLISE

Como já dissemos, o campo de saúde da população negra e em especial, de saúde das mulheres negras, incorpora, do ponto de vista da atenção à saúde, elementos variados e problemas de diversas origens. Sendo atravessado por aspectos sócio-econômicos, genéticos, ambientais, comportamentais, entre outros.Este campo tem como principal elemento de análise o racismo e a noção de interseccionalidade com que racismo, sexismo e outros fatores produzem vulnerabilidades à condição de vida das mulheres negras.

Aqui, abordaremos os principais problemas de saúde que a mulheres negras enfrentam, propondo uma classificação que dê um passo além daquela proposta por Zago, recuperando-se aí a centralidade do racismo na definição de processos de saúde e doença. Assim, teremos:

Geneticamente determinados:

Aqui, os fatores genéticos são protagonistas dos mecanismos responsáveis pelo aparecimento de doenças como a anemia falciforme e a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. No caso das doenças genéticas de maior incidência sobre a população negra, mulheres e homens, cabe assinalar que o racismo assume papel crucial tanto na sua invisibilização quanto em seu agravamento na vida dos portadores. O exemplo da anemia falciforme é emblemático, uma vez que esta é a doença genética mais comum no Brasil e que conta com pífios ou inexistentes investimentos em termos de políticas de saúde. O Programa de Anemia Falciforme foi criado somente em 2000, no Ministério da Saúde, a partir da ação incisiva das organizações negras brasileiras. Sua operacionalização está a cargo dos estados e municípios, num processo lento e destituído de vontade política para sua efetiva implementação.

Adquiridos a partir da vulnerabilidade estabelecida pelo racismo:

Aqui estão as diversas doenças infecto-contagiosas, cuja disseminação é facilitada em condições de marginalização social. A maior vulnerabilidade da população negra brasileira, em especial as mulheres, a estas doenças tem sido associadas à pobreza, a baixa escolaridade, ao menor acesso a serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento, a baixa qualidade dos serviços prestados, entre outros. Cabe assinalar que os estudos já demonstraram o papel do racismo e do sexismo na diminuição e na qualidade do acesso. Um exemplo é a evolução da epidemia de hiv/aids, cujo programa de prevenção e tratamento é referência mundial e que, no entanto, ainda se mostra incapaz de desenvolver estratégias eficazes voltadas para as mulheres, especialmente às mulheres negras. Por sua resistência em lidar com a variável raça/etnia na visibilização da maior vulnerabilidade e do crescimento da epidemia entre mulheres negras, o Programa Nacional de DST/AIDS continua a ter resultados sofríveis no que se refere à diminuição do crescimento da epidemia entre a maior parte da população brasileira, onde estão as mulheres negras.

Condições sócio-econômicas desfavoráveis têm produzido menor acesso à prevenção e tratamento. O racismo, pano de fundo deste quadro, resulta em ações e campanhas de prevenção insuficientes; descaso com o levantamento adequado dos dados e sua

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 18

divulgação; recepção inadequada nos serviços de diagnóstico e tratamento, entre muitos. Assim, não é surpresa o crescimento descontrolado da epidemia entre mulheres negras – cujas ações de prevenção estão a cargo de organizações não-governamentais dirigidas por mulheres negras e voltadas para este público, cuja abrangência é limitada ao seu espectro de ação. Ação que ainda não foi suficiente para mobilizar a maioria das chamadas ONGs-AIDS (organizações não-governamentais voltadas especificamente para o trabalho de enfrentamento da epidemia) e das políticas públicas – ainda que estes dois segmentos detenham a quase totalidade dos recursos disponíveis no país para a prevenção e assistência à epidemia.

De evolução agravada ou tratamento dificultado pelo racismo:

O racismo é uma ideologia que determina modos de pensar e agir. Assim, não é difícil compreender que sua vigência vai impregnar as relações entre os todos os grupos a ele expostos, em especial aquelas que ocorrem entre os racialmente dominantes (os brancos) e os racialmente inferiorizados (negros e indígenas). A partir dessa leitura, fica fácil visibilizar a presença do racismo (e do sexismo) nas relações entre profissionais e usuários de serviços de saúde, como também entre formuladores e gestores de políticas públicas e as populações em condição de marginalização social/racial.

No cotidiano das ações de atenção à saúde – que engloba prevenção e tratamento de doenças – o racismo é um fator iatrogênico importante.

Por outro lado, as condições de vida que o racismo estabelece (e que já foram exemplificadas neste documento) produzem fatores adicionais que podem complicar a evolução de doenças como a hipertensão e o diabetes, por exemplo. Ainda que não se tenha descortinado a totalidade dos fatores que produzem maior agravamento destas doenças entre a população negra, certamente as barreiras colocadas pelo racismo contribuem para a alta incidência de cardiopatias, insuficiência renal, alto índice de amputações, cegueira e mortes secundárias a estas doenças. O mesmo pode ser dito quanto a evolução de infecções, epidemias, dependência química, demais doenças crônico-degenerativas.

Condições fisiológicas alteradas pelo racismo:

Nascer, crescer, engravidar, envelhecer são condições fisiológicas acompanhadas pelos serviços de saúde. Em condições livres de preconceitos, tais processos serão vividos com o grau de complexidade que lhes são próprios, sem, no entanto traduzir-se em condições patológicas. Na vigência do racismo, a vivência de tais momentos é atravessada por diferentes formas de violência, ensejando perigos resultantes da recusa à alteridade (a pessoa negra, a criança negra, a mulher negra) que se apresenta. A dor daí resultante poderá ter repercussões em diversos aspectos da vida de pessoas e grupos. Altos índices de mortalidade infantil e materna, menor expectativa de vida, são os extremos de um quadro representativo da recusa da sociedade racista em incorporar os negros – e as mulheres negras – ao conjunto da humanidade

AGRAVOS À SAÚDE DE MAIOR PREVALÊNCIA ENTRE AS MULHERES NEGRAS:

Antes de se abordar doenças específicas, é importante assinalar que as ameaças à saúde das mulheres negras têm origens diversificadas, provavelmente mantendo padrões compatíveis com a maioria da população feminina – e mesmo da população em geral.

O diferencial que aqui se insere é a interseccionalidade de racismo e sexismo, produzindo um agravamento das condições de pobreza e marginalização social, alterando o ambiente necessário ao acesso às políticas públicas e a serviços de qualidade. No que

se refere à morbi-mortalidade da população negra – e das mulheres negras – a ação em saúde adquire fator crucial, uma vez que suas falhas, sua entrega desmedida ao racismo, têm sido apontadas como responsáveis pelo quadro de profunda vulnerabilidade desta população.

Numa sociedade de excessiva medicalização como a sociedade ocidental, chamam atenção as ausências da medicina diante das necessidades apontadas pela população negra. Uma iatrogenia (ou seja, capacidade da medicina de *produzir* doença) pouco estudada que, ao mesmo tempo em que detêm o monopólio da informação científica e desautoriza outros discursos de saúde definindo-os como charlatanismo,sonega sua utilização a determinados grupos necessitados. A medicina, exercida por mulheres e homens brancos majoritariamente - em sua entrega ao racismo e ao sexismo, tem sido uma aliada e fator contribuinte para os altos índices de adoecimento e morte entre mulheres e homens negros.

Autores já apontaram que as principais demandas de saúde da população negra, e das mulheres, referem-se àquelas decorrentes dos fatores deletérios da marginalização social, cujo histórico, evolução, prevenção e tratamento já há muito são conhecidos. Ao lado destes, a população negra vive, no campo das chamadas doenças raciais-étnicas, problemas de origens diferenciadas, mas cuja maior prevalência e/ou gravidade entre negros e mulheres negras já foram demonstradas. Hipertensão arterial primária ou essencial, síndromes hipertensivas na gravidez, diabetes mellitus. doença falciforme, miomatoses, doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, lupus, doença inflamatória pélvica, câncer de colo de útero, câncer de mama, estresse, violência, desnutrição, abuso de drogas, doenças mentais são exemplos de agravos que mulheres e homens negros enfrentam com extrema intensidade. A estes, some-se aqueles decorrentes do ambiente insalubre, da falta de saneamento básico, acesso à água potável, coleta regular de lixo, da indigência. Deve-se considerar também, agravos produzidos pela ação preconceituosa dos profissionais de saúde, que se traduzem nos altos índices de esterilização cirúrgica e histerectomias; dos índices inaceitáveis de mortalidade materna e mortalidade infantil produzidos pelo descaso profissional.

Há muito os formuladores e gestores de políticas públicas devem respostas adequadas às demandas de saúde da população negra e das mulheres. Neste grupo, os profissionais de ponta, aqueles que no face a face da ação cotidiana naturalizam práticas racistas, assumem a maior responsabilidade. Não se ouviu até hoje, da boca destes profissionais, denúncias ou propostas de ações de enfrentamento do racismo que cotidianamente é vivido e denunciado por usuárias e usuários negros. No entanto, é preciso que façam *outra* escolha. E rompam com o silêncio e a inércia.

Maria Inês Barbosa, ao analisar o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos demonstrou a extensão da crueldade do racismo, em conexão com o sexismo e a desigualdade social. Diz a autora: *"A inter-relação classe, gênero e raça compõe o perfil da mortalidade da mulher negra; já o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos possibilita uma leitura mais rigorosa das desigualdades, pela mensuração da prematuridade da ocorrência do óbito, associando a duração da vida em um determinado contexto histórico. (...) O indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos por Óbitos mostra que, para as mesmas patologias, as vidas negras são subtraídas mais precocemente".*[9] Assim, demonstra-se que, ao contrário do que comumente se observa, onde homens morrem mais cedo do que mulheres, as mulheres negras morrem mais cedo que os homens brancos na maioria dos casos.

As vidas perdidas, as vidas desestruturadas, a dor, a doença, heranças que o racismo larga na mão das mulheres negras, requisitam rupturas imediatas. É preciso refazer práticas, refazer olhares.

Na boa prática de saúde, esta é a escolha que pode fazer a diferença.

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 20

Parte 3

RACISMO E GENISMO

NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS, CLONAGEM, MODIFICAÇÃO GENÉTICA HEREDITÁRIA: PORTAS ABERTAS PARA A TECNO-EUGENIA:

Nos últimos tempos a humanidade tem se debruçado fascinada sobre as novas fronteiras da ciência. O maior aprofundamento das pesquisas no interior das células humanas abriu novas portas para o ilimitado. A descoberta da dupla hélice do DNA em meados do século XX, responsável pelas características biológicas (genéticas) dos seres humanos, desdobrou-se na criação do Projeto Genoma Humano nos anos 90.

Técnicas de reprodução assistida, ou seja, de procriação tornada possível após um ato médico que contorne quadros de infertilidades, são produtos à disposição daqueles que podem pagar. Agora, este início de século XXI aponta para a criação de novos seres vivos a partir de células de um único doador, num procedimento denominado de clonagem.

Muitas portas, fascinantes, têm sido abertas pela moderna biologia.

No entanto, a par da vigência das desigualdades que estruturam as sociedades humanas, em especial a brasileira, nos cabe alertar para o potencial racista e eugênico que pode estar por trás desta modernidade tecnológica.

As novas tecnologias reprodutivas, que incluem a fertilização in vitro (FIV) e suas variantes, têm sido apontadas como exemplos da chamada "medicina do desejo". Ou seja: uma medicina fortemente influenciada pelo individualismo e pela afirmação da autonomia individual, uma resposta paliativa ao desejo de procriação de indivíduos e casais diante da infertilidade não-desejada[10]. Marilena Corrêa assinala que pesquisas já demonstraram que:

> ***"a liberdade individual, motor da demanda por reprodução assistida, é limitada, antes de mais nada, por fatores econômicos: Os tratamentos médicos contra a infertilidade desenvolveram-se nos Estados Unidos como um fenômeno de classe e, na medida em que classe e origem étnica estão ligadas, a população afro-americana permanece em parte excluída da reprodução assistida"*** [11]

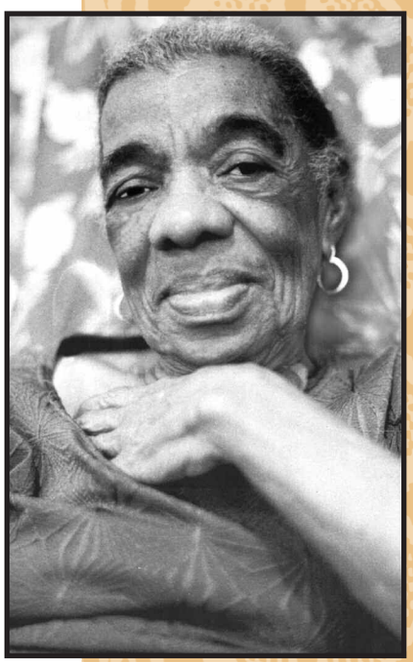


foto: Adriana Medeiros

Este quadro possivelmente não se diferencia da realidade encontrada no Brasil, onde tais técnicas, definidas erroneamente de tratamentos (uma vez que não curam a infertilidade) têm preços que variam de R$ 5 mil à R$ 15 mil, segundo levantamento presente na imprensa brasileira.

Assim, estas tecnologias de afirmação de desejos, afirmam o desejo racista de procriação apenas daqueles racialmente aceitáveis, preferencialmente brancos.

Não queremos afirmar aqui nenhuma aprovação à disseminação indiscriminada destas técnicas, ou mesmo sua distribuição via Sistema Único de Saúde. Ao contrário. Pois se trata de uma técnica cuja validade científica é questionada, uma vez que seus índices de falha variam entre 75% a 90% dos casos. Onde as mulheres são submetidas a sofrimentos e dores ainda pouco considerados; expostas a altas doses hormonais cujos efeitos colaterais não têm sido suficientemente levados em consideração. Ou seja, uma técnica que, segundo já foi assinalado por feministas – e feministas negras – atende somente às necessidades patriarcais de descendência dos homens brancos.

Ao lado disto, as técnicas de reprodução assistida abrem-se a questionamentos éticos, que incluem:

- a criação de gravidezes de risco induzidas pelo alto grau de gemelaridade, por exemplo;
- a produção excessiva de embriões cuja destinação não está definida, uma vez que tanto seu uso em pesquisas quanto sua destruição são proibidos por lei. E cujo futuro apontam para a proliferação de bancos (a escolha do nome não é mera coincidência) de embriões congelados.
- a submissão da mulher ao desejo de filhos e ao poderio da tecnologia médica sem sequer a contrapartida prometida na propaganda enganosa de *cura* da infertilidade, muitas vezes provocada por causas evitáveis e que não recebem da medicina igual investimento.

Cenas macabras antes pensadas somente na arte, que expõem venda de óvulos, de úteros, manipulação e seleção de embriões, nascimentos de seres híbridos, são parte do enredo das novas tecnologias reprodutivas. E estão acontecendo neste momento.

⊕ que se quer apontar aqui é o fator racismo influenciando mais uma vez os passos da medicina, mesmo quando empurrada pelo sexismo na direção da subjugação de mulheres à técnica. Às mulheres negras, o senso comum racista tem oferecido controle da natalidade, esterilização em massa, gravidezes desassistidas e altos índices de mortalidade materna e fetal.

A clonagem e a modificação genética hereditária abrem novo patamar aos desejos de eugenia. Como afirmou Bárbara Katz Rothman:

> ***As lições da história nos mostraram o que acontece quando as pessoas são classificadas em melhores e piores, superiores e inferiores, merecedores ou não de viver... O que pode acontecer quando a tecnologia utilizada para pôr em prática o pensamento genético não é a tecnologia grosseira de grilhões e navios negreiros, de chuveiros despejando gás letal e de fornos crematórios, ou mesmo a tecnologia de esterilização cirúrgica, mas a fabulosa, fantástica, extraordinária tecnologia da nova genética? Meus filhos não serão conduzidos para a tecnologia genética a ferros ou amontoados em vagões de transporte de gado. Ela lhes será oferecida.***[12]

Há muito o mundo conhece a aliança perversa que o racismo, a eugenia, a ciência e a medicina são capazes de fazer. Muitos exemplos, vividos por negros, judeus, indígenas, ciganos, homossexuais e deficientes mentais ilustram este conhecimento. São memórias de dor e aniquilamento de povos e indivíduos considerados inferiores.



Terá o desejo de eliminação dos ditos inferiores desaparecido neste século XXI? O recrudescimento do racismo e da xenofobia no final do século XX demonstra que não ainda. E requisita de todos alerta máximo.

Portanto, não são infundados os receios de uma aliança perversa entre o racismo e as novas tecnologias genéticas.

Vejamos o que declarou a este respeito o biólogo molecular Lee Silver, da Universidade de Princeton, nos Estados Unidos:

> ***Muitos pensam que é profundamente injusto que algumas pessoas tenham acesso a tecnologias que podem proporcionar-lhes vantagens, enquanto outras, menos bem aquinhoadas, sejam forçadas a depender exclusivamente da sorte (...) Argumentarei [que] o emprego das tecnologias genético-reprodutivas é inevitável... Gostemos ou não, o mercado global reinará soberano.***

Este mesmo autor, em seus sonhos (realizáveis?) de eugenia afirmou seu desejo de futuro:

> ***Os geneticamente ricos – que representam 10% da população americana – carregam genes sintéticos. Todos os aspectos da economia, da mídia, da indústria de entretenimento, e da indústria do conhecimento são controlados por membros da classe geneticamente rica... Os naturais trabalham como mão-de-obra barata ou como operários... [Finalmente] a classe dos geneticamente ricos e a classe dos naturais se transformarão em espécies inteiramente separadas, sem capacidade de cruzamento, e com tanto interesse romântico uma pela outra, quanto um homem atual teria por um chimpanzé.***[13]



Publicadas em 1997, as afirmativas acima falam da reedição da eugenia, agora auxiliada pela moderna biologia molecular.

Tida como método de melhoramento da espécie humana, a eugenia constituiu-se em movimento político ainda no século XIX nos Estados Unidos. Naquela época, propunha melhoramentos raciais a partir do controle da natalidade e esterilização dos considerados inferiores: negros, pobres, deficientes mentais. A primeira lei de **eugenia** no mundo surgiu em 1907 nos Estados Unidos e



advogava a esterilização cirúrgica de "inferiores". Na década de 30, a maior vitória deste movimento foi comemorada a partir da aprovação, na Alemanha, de leis que visavam o controle, o confinamento e a posterior eliminação dos inferiores – judeus, deficientes, ciganos, negros, homossexuais. Era a Alemanha nazista. O mal daí advindo o mundo todo conhece.

A clonagem e a modificação genética hereditária estão na ordem do dia das pesquisas científicas. No entanto, a sociedade precisa cumprir sua responsabilidade na determinação dos limites à ciência. Até onde se pode ir? Qual a responsabilidade dos cientistas?

Atualmente o debate sobre a clonagem apresenta-se em duas vertentes: a chamada clonagem reprodutiva e a clonagem terapêutica, envolvendo discussões acalorados na comunidade científica, nas comunidades religiosas, nos parlamentos, nas associações de portadores de doenças genéticas e/ou hereditárias. A sociedade, vista numa perspectiva mais ampla, permanece em silêncio.



Alguns esclarecimentos se fazem necessários acerca da nomenclatura científica e seus usos. **Clonagem** é uma palavra de origem grega (decorre de *klon*, que quer dizer o broto do vegetal). É uma forma de reprodução assexuada. Atualmente, o termo clonagem descreve a possibilidade de se fazer uma cópia de um ser vivo, a partir de células do doador, cópia esta feita em laboratório. Alguns cientistas têm tentado separar a clonagem em dois grupos, diante da rejeição que a técnica, compreendida como fabricação de uma cópia de um ser humano, tem sido alvo. Assim, estes criaram o termo *clonagem reprodutiva* para se referir à criação de um ser humano inteiro e o termo *clonagem terapêutica* para a feitura de cópias parciais, ou seja, de tecidos ou órgãos somente, de partes do corpo. Estas cópias parciais seriam utilizadas para transplantes de tecido, por exemplo, sendo o doador o próprio usuário, afastando-se assim a possibilidade de rejeição. Enquanto a clonagem reprodutiva seria uma "opção" diante das necessidades reprodutivas dos indivíduos.

É importante afirmar que esta diferenciação tende a ser apenas semântica, uma vez que tecnicamente o procedimento é o mesmo. Ou seja, a clonagem terapêutica e a reprodutiva são o mesmo procedimento, ou seja, a criação de uma ou mais cópias do indivíduo, que em estado embrionário poderá ter destinações diferentes: o crescimento até o estado adulto ou a manipulação em laboratório para a obtenção de células a ser utilizadas na fabricação de órgãos e tecidos.

A **modificação genética hereditária** consiste na manipulação genética de células, alterando suas características originais. Assim, sendo capazes de fabricar, por exemplo, seres humanos com características escolhidas antecipadamente. Tal modificação seria transmitida aos descendentes desta criatura.

Genismo é um termo novo, que vem sendo propagado recentemente, para definir a modalidade de racismo desenvolvida a partir das possibilidades abertas pelo mapeamento genético empreendido a partir do Projeto Genoma Humano. Muito se tem visto através da mídia notícias de descobertas de genes ligados a doenças como hipertensão arterial, fibrose cística, mal de Alzheimer, por exemplo. E a comportamento, como o anunciado gene da homossexualidade. Visões deterministas afirmam que a descoberta de genes deste tipo abrirá portas para diagnósticos precoces e terapias genéticas – acreditando que os genes sozinhos são responsáveis pela definição do que um ser é, ignorando o papel de fatores ambientais, grupais, familiares, por exemplo. As possibilidades de diagnóstico precoce através da detecção de genes "defeituosos" ou indesejáveis nos indivíduos poderia significar também a realização de seleções com bases nas características genéticas – indo além daquelas seleções baseadas no sexo, na cor da pele, na orientação sexual ou na idade, por exemplo. Assim, abrindo possibilidades de ampliação das discriminações e exclusões para além das vividas hoje em dia – uma vez que seriam baseados no genótipo, nas características genéticas de indivíduos e grupos. Um novo racismo portanto.

São muitos os impedimentos éticos para a realização de aventuras deste tipo. O primeiro tem origem na ética de Kant, que advogando em nome da dignidade humana, afirma que seres humanos não podem ser utilizados como *meios* ou como artefatos. Hans Jonas definiu tais possibilidades técnicas como submissão dos seres futuros ao passado dos seres humanos originais, bem



como uma violação do direito inalienável a ser único e imprevisível. Muitos apontaram a clonagem como um atentado à dignidade humana, aqui compreendida como dignidade de *toda* a espécie.

Aponta-se assim caminhos para melhor compreendermos porque a clonagem humana e a modificação genética hereditária são inaceitáveis desde uma perspectiva ética.

Quando se pensa a clonagem como poderoso instrumento potencial da tecno-eugenia, a serviço do racismo e do sexismo, nossa recusa deve ser veemente.

Não há justificativas terapêuticas na clonagem ou na manipulação genética hereditária, como alguns cientistas querem nos fazer crer. Já há pesquisas que demonstram a viabilidade de produção de novos tecidos e órgãos a partir do próprio doador, sem ser necessário recorrer-se à clonagem e manipulação de embriões. Pois é sabido que há em indivíduos adultos células-tronco capazes de dar origem a órgãos e tecidos – e esta técnica tem sido estudada, com sucesso, no Rio de Janeiro, Brasil. Sem requisitar recursos astronômicos, esta pesquisa ajuda a questionar quais são os verdadeiros interesses dos defensores da clonagem.

Acerca da modificação genética hereditária e da clonagem um cientista, Gregory Pence, professor de filosofia nas escolas de Medicina e Artes/ Humanidades da Universidade do Alabama, Estados Unidos, perguntou:

> ***Muitas pessoas adoram seus cães e seu jeito alegre ao redor das crianças e adultos. Poderiam as pessoas ser escolhidas do mesmo jeito? Seria tão terrível permitir aos pais ao menos almejar um determinado tipo, da mesma maneira que os grandes criadores... tentam combinar um tipo específico de cachorro às necessidades de uma família?***[14]

Nós, população negra, sabemos o alto custo que a humanidade paga ao considerar e utilizar seres humanos como coisa. Como produto a ser mercantilizado. Conhecemos o tanto de dor, de sofrimento, de desesperança. Carregamos marcas que não desaparecem, cicatrizes que não fecham. Nós mulheres negras sabemos os esforços que fazemos há séculos para afirmar e defender a humanidade de nossos filhos, de nossa comunidade e a nossa. São inaceitáveis para nós os caminhos que a moderna ciência aponta. Dizemos não. Veementemente dizemos não. Do lugar dos recusados, dos portadores de um "defeito de fabricação" como dizia a campanha publicitária do controle da natalidade de negros na Bahia capitaneada por Elsimar Coutinho na década de 70. Em nome destes, nós mulheres negras dizemos não.

Mas não podemos e não queremos estar sozinhas nessa repulsa. A sociedade precisa se manifestar amplamente. Profissionais de saúde não devem calar-se. O narcisismo da ciência e sua aliança perversa com grandes empresas de biotecnologia que enxergam um futuro promissor no mercado de artefatos biotecnológicos para aqueles que podem pagar - tudo deve ser desmascarado. É preciso romper com o racismo e com a eugenia. A ciência deve ser chamada à responsabilidade, reconhecer e respeitar limites. Naquele momento em que o que há a perder é muito. É o tudo que significa *Humanidade.*

Agora chega!

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 25

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ação saúde das mulheres negras requer, antes de tudo, uma nova abertura para o mundo. Assim, é preciso buscar cotidianamente romper com as discriminações e preconceitos que, de tão naturalizadas, se tornaram invisíveis nas práticas de profissionais de saúde.

Requer também um olhar abrangente para os recursos disponíveis na sociedade e na cultura, nas outras práticas de saúde em curso. É preciso questionar a hegemonia do aparato médico e perceber que outros caminhos devem ser considerados lado a lado com a moderna medicina.

No âmbito das políticas públicas, ações de universalização de programas de saúde devem considerar as necessidades específicas de afrodescendentes – e das mulheres negras em especial. Considerando a produção de indicadores de monitoramento, bem como a elaboração de mecanismos de superação do racismo, do sexismo e da homofobia no interior das políticas públicas de saúde, como partes fundamentais da expansão e adequação dos serviços e políticas públicas à população.

É preciso reconhecer também que o campo de saúde da população negra e o campo de saúde das mulheres negras têm como tarefa urgente apontar mecanismos de ruptura com os altos índices de morbi-mortalidade desta população específica. Compreendendo que a abrangência destas ações extrapola os limites do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde, atravessando os diversos setores da vida pública nacional.

O enfrentamento do racismo com políticas públicas de ações afirmativas, de reparação e de melhoria da qualidade de vida da população coloca-se lado a lado com a valorização da contribuição negra e do papel das mulheres negras. Assim, reconhecer nas mulheres negras seu papel protagônico na busca de soluções para a manutenção da saúde, bem como de busca de alívio e cura, vividos como múltiplas possibilidades, é imperativo.

Não há uma nova medicina para ser inventada. O que se requisita são profissionais e sujeitos comprometidos com a transformação de si mesmos e dos serviços que prestam. Dentro e fora dos serviços de saúde, dentro e fora das políticas públicas. Capazes de colocar-se diante deste outro que a usuária mulher negra representa como que diante...

> ***de um outro que não é nenhuma expressão de um Bem mais elevado, mas sim que é apenas ele mesmo em seu direito originário à alteridade (...)***[15].

Não custa repetir.

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 26

BIBLIOGRAFIA

- BARBOSA, Maria Inês. *Racismo e Saúde.* Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, USP, 1998
- _____. É Mulher, mas É Negra: perfil da mortalidade do "quarto de despejo", In *Jornal da Rede Saúde nº 23,* março de 2001
- CARNEIRO, Fernanda & EMERICK, Maria Celeste (orgs.). *LIMITE. A Ética e o Debate Jurídico sobre Acesso e Uso do Genoma Humano.* Rio de Janeiro, Fiocruz, 2000.
- CENTER FOR GENETICS AND SOCIETY. *O Caso contra a Clonagem Humana e a Modificação Genética Hereditária.* San Francisco, mimeo, s/ data.
- CORRÊA, Marilena Vilela. *Novas Tecnologias Reprodutivas – limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro, EDUERJ, 2001.
- _____ Ética e Reprodução Assistida: a medicalização do desejo de filhos. In *Bioética,* Revista do Conselho Federal de Medicina, vol. 9 nº 2. 2001
- CRENSHAW, Kimberle. *Position paper and training Workshop on the Intersectionality of race and Gender Discriminations.* New York, Columbia University Law School, 2000.
- ILLICH, Ivan. *A Expropriação da Saúde – Nêmesis da Medicina.* Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 2ª edição, s/ data.
- Ministério da Saúde. *Relatório Final da Mesa Redonda sobre A Saúde da População Negra.* Brasília, 1997.
- Ministério da Saúde. *Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-descendentes.* Brasília, 2001.
- OLIVEIRA, Fátima. As Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas a Serviço da Materialização de Desejos Sexistas e Eugênicos? In: *Bioética,* Revista do Conselho Federal de Medicina, vol. 9, nº 2-2001
- _____ *Oficinas Mulher Negra e Saúde.* Belo Horizonte, Mazza Edições, 1998
- Rede Nacional Feminista de Sexualidade e Direitos Reprodutivos. *Jornal da Rede Saúde nº 23,* março de 2001.
- ROCHA, Agenor Miranda. *Caminhos de Odu.* Rio de Janeiro, Pallas Editora, 1999, 2ª edição.
- SODRÉ, Muniz. *O Terreiro e a Cidade – A forma social negro-brasileira.* Petrópolis, Vozes, 1988.
- _____*A Verdade Seduzida – por um conceito de cultura no Brasil,* Petrópolis, Vozes, 1988
- WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa e WHITE, Evelyn C. *O Livro da Saúde das Mulheres Negras – Nossos passos vêm de longe.* Rio de Janeiro, Criola/ Pallas Editora, 2000.
- ZHIWEI Bi. *African-American Heath Book – A prevention guide to the deadlist diseases.* Columbus, Ohio, Columbus Aids Task Force, 2000.

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 27

NOTAS

1 De acordo com dados de 1999 divulgados por Marcelo Paixão e Wânia Sant'Anna.

2 Conferência das Américas contra o Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas. Santiago, Chile, 2000.

3 Sodré, Muniz, A Verdade Seduzida – por um conceito de cultura no Brasil, Petrópolis, Vozes, 1988, p. 11.

4 Sodré, op. cit., p. 11

5 Zago, Marco Antônio. Problemas de Saúde das Populações Negras no Brasil. O papel da anemia falciforme e de outras doenças genéticas. In Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade. Sistema Nações Unidas. Brasília, 2001. Mimeo.

6 Barbosa, Maria Inês, Racismo e Saúde, p. 100.

7 Bartholo Jr, Roberto. A Ética da Responsabilidade e o Poder Científico-Tecnológico Moderno. In Labirintos do Silêncio – Cosmovisão e Tecnologia na Modernidade. Rio de Janeiro, Editora Marco Zero/ Coppe/ UFRJ. !986, p. 112.

8 hooks, bell, Vivendo de Amor, In O Livro da Saúde das Mulheres Negras, p. 188.

9 Barbosa, Maria Inês. É Mulher, mas É Negra: perfil da mortalidade do "quarto de despejo", In Jornal da Rede Saúde n.º 23, p. 38.

10 Corrêa, Marilena Vilela, Ética e Reprodução Assistida: a medicalização do desejo de filhos. In Bioética, Revista do Conselho Federal de Medicina, vol. 9, n.º 2, p 72

11 Idem, p. 73.

12 Rothman, Bárbara Katz. A Sociological Skeptic in the Brave New World, In O Caso contra a Clonagem Humana e a Modificação genética Hereditária, anexo 5.

13 Silver, Lee, Remaking éden: How Cloning and Beyond Will Change the Human Family. In O Caso contra a Clonagem Humana e a Modificação genética Hereditária.

14 Center for Geneticis and Society, O Caso contra a Clonagem Humana e a Modificação Genética Hereditária. San Francisco, mimeo, s/data.

15 Bartholo Jr, Roberto. A Ética da Responsabilidade e o Poder Científico-Tecnológico Moderno. In Labirintos do Silêncio – Cosmovisão e Tecnologia na Modernidade. Rio de Janeiro, Editora Marco Zero/Coppe/ UFRJ. !986, p. 112.

Final Caderno Saude SUS:Final Caderno Saude 28.09.12 14:35 Page 28

A série de publicações denominadas Cadernos Criola visa principalmente disseminar informações e conhecimentos em diversos campos, voltadas para a melhoria das condições de vida das mulheres negras e da população negra como um todo. E, desse modo, da população brasileira em geral.

Esta série vem juntar-se a várias iniciativas de Criola, de produzir publicações diversificadas, baseadas na interpretação e disseminação de conhecimentos em linguagem acessível para o grande público – em especial as mulheres negras e profissionais de saúde – visando contribuir com instrumentos de mobilização, reflexão e apoio às diversas ações necessárias à transformação social.

Assim, Criola busca mais uma vez cumprir sua missão de instrumentalizar mulheres, adolescentes e meninas negras para o desenvolvimento de ações de superação do racismo, sexismo, da homofobia e da desigualdade social atuantes na sociedade brasileira.