



A GENETIZAÇÃO DAS IDENTIDADES: DISCUTINDO RAÇA E GÊNERO NA PRÁTICA DO ACONSELHAMENTO GENÉTICO (AG)

Ana Cláudia Rodrigues da Silva¹

Este trabalho versa sobre a interface entre raça, gênero e nova genética e sua influência nas construções identitárias de mulheres. Pretende analisar a inserção desta discussão em políticas públicas de saúde como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Integral de Genética Clínica. Os dados aqui expostos são frutos de minha pesquisa de doutorado ainda em andamento em unidades de saúde da cidade do Recife-Pe.

Apesar da popularização de temas como genoma, clonagem, teste de DNA e células tronco a genética ainda é um assunto desconhecido de muitos, assim como sua atuação por meio da genética clínica e da engenharia genética nos corpos e subjetividades dos indivíduos. O aconselhamento genético é o carro-chefe da entrada da nova genética na saúde pública, passando de artigo de luxo para quem pode pagar à popularização através da Política Integral de Genética Clínica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Diniz, 2006).

Pesquisas em torno do aconselhamento genético referem-se a este como prática endereçada especialmente às mulheres (como mães)- tenham elas alguma anomalia genética ou não- e aos seus filhos. O controle de doenças dos genes ocorre no corpo da mulher, por isso, os ônus dos cuidados com seus descendentes são destinados a elas. As mulheres submetem-se às testagens genéticas devendo estar atentas aos riscos de problemas genéticos na reprodução de novos seres, um controle que passa por si e pelo Estado a partir do discurso de risco (Ripoll e Wortmann, 2004; Correa e Guilam, 2006). Das mulheres exigem-se “comportamentos geneticamente corretos”, como por exemplo: ter um diagnóstico genético que lhe informa dos riscos com uma futura gestação e mesmo assim insistir em tê-la. Por outro lado, o aconselhamento genético também tem sido analisado como um espaço onde as relações raciais podem ser observadas, principalmente, por se relacionar a presença do traço e da doença falciforme² à população negra (Calheiro e Fry, 2008; Guedes e Diniz, 2007).

¹ Doutoranda. Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Antropologia. acrodrigues@gmail.com

² O termo doença falciforme engloba um grupo de anemias hemolíticas hereditárias que têm em comum a presença de hemoglobina S dentro da hemácia. Dentre estas a Anemia falciforme se destaca pelo alto índice de morbimortalidade. A Organização Mundial de Saúde estima que, anualmente, nasçam no Brasil 2.500 crianças com doença falciforme, das quais cerca de 1.900 têm Anemia Falciforme. Trata-se de uma doença crônica, incurável, embora tratável, que traz



A nova genética vem sendo apontada como desestabilizadora das noções de raça e gênero (Paul Rabinow e Nicolas Rose, 2006). Quando estas duas categorias se cruzam desvendam profundas relações de poder ancoradas no racismo e no sexismo, campo fértil para as novas discussões sobre biopoder tangenciando temas como natureza e cultura, biológico e social.

Que limites existem entre o que é dito nos aconselhamentos genéticos e o que é feito na prática cotidiana das pessoas marcadas pela genética. Conhecer os genes cria uma lógica racional e responsável? Como isso reflete na ideia de descendência? Existem culpados por transmitir doenças genéticas? Os indivíduos (aqui me reporto principalmente às mulheres) têm que ser taxados, carimbados se desejarem procriar? É realmente importante o conhecimento *a priori* de doenças para impedir sofrimentos futuros? A ciência pode evitar esse sofrimento? Mesmo que todas essas perguntas não estejam ao alcance deste texto elas são boas para pensar sobre.

Aconselhamento Genético e políticas públicas de saúde

A importância da genética e, em especial da engenharia genética, é uma discussão internacional. No Brasil, isso é percebido através da mídia que expõe notícias polêmicas sobre genética humana, produção de seres em laboratórios e assuntos correlatos. Na esfera das políticas públicas de saúde, algumas ações do Estado refletem seu interesse pela questão. Programas que utilizam o conhecimento genético, respaldados pela genética médica e clínica, estão presentes em várias políticas de saúde.

Em 2001, foi criado o Programa Nacional de Triagem Neonatal para detectar doenças congênitas, genéticas e hemoglobinopatias. Os testes realizados em recém-nascidos são recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pois, a partir deles várias medidas podem ser tomadas, tais como o encaminhamento para o aconselhamento genético e testagem genética. Algumas políticas de saúde trazem a marca da genética. Na Política de Saúde Integral da População Negra, ela aparece no Programa de Anemia Falciforme (PAF)- através do aconselhamento genético para pessoas portadoras de traço e doença falciforme.

muito sofrimento. O traço falciforme (hemoglobinas do tipo AS) é uma característica genética que não representa restrições ao metabolismo, morbidade ou risco de vida como a doença anemia falciforme, ou seja, ele não é uma doença. Entretanto, um casal portador do traço falciforme tem 25% de chances de ter um filho com anemia falciforme. Embora presente em pessoas de diferentes cor/raça, há maior prevalência do traço e da anemia falciforme entre a população preta e parda. A literatura sobre o assunto identifica um recorte de raça e classe para a doença, pois os dados demográficos demonstram que os pretos e os pardos estão entre os mais pobres do país (Guedes e Diniz, 2007; Guimarães et al, 2009; Paiva e Silva et al, 2003).



Considerando os avanços das tecnologias genéticas e sua relativa popularização, o Ministério da Saúde instituiu no âmbito dos SUS a Política de Atenção Integral em Genética Clínica (Brasil, 2009). Débora Diniz (2003, 2005) alerta para as inquietações geradas à medida que informações genéticas são incorporadas na lógica sanitária. A justificativa para esta política de saúde se baseia nos argumentos da OMS e da Sociedade Brasileira de Genética onde afirmam que cinco por cento das gestações no Brasil resultam no nascimento de uma criança com algum tipo de anomalia congênita ou doença genética que comprometerá seu desenvolvimento e qualidade de vida. Problemas genéticos são responsáveis por vinte e cinco por cento das causas de mortalidade perinatal.

A portaria nº 81 do Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União de 21 de janeiro de 2009 estabelece o aconselhamento genético como o pilar da atenção à saúde em genética clínica. Ele deve ser garantido a todos os indivíduos e familiares sob o risco de anomalia congênita ou doença genética. Deve-se frisar a parte “sob o risco”, pois com o crescimento de clínicas particulares oferecendo este serviço, o AG tem sido utilizado como garantia de que os filhos nascerão perfeitos. O “risco” parece ser destinado à parcela pobre da população. Isto levanta sérias questões referentes à necessidade em saúde genética e ao uso do discurso do risco³ como mecanismo biopolítico de controle do Estado para com a reprodução.

O aconselhamento genético é uma prática internacional que consiste num processo de comunicação para informar problemas associados à ocorrência ou risco de doença genética em uma família. Trata-se de informar a família sobre o curso da doença, conduta disponível, compreender o que é uma doença hereditária e como isso pode afetar os familiares. Foi criado em 1947, pelo geneticista Sheldon Reed, para se contrapor a antigas práticas científicas de eugenia⁴. A intenção era criar um conceito e uma prática que enfatizasse a neutralidade científica. No entanto, seu discurso enfatiza a responsabilidade dos pais em propagar genes defeituosos denominada de prática disgênica, ao invés de não terem filhos, considerada uma prática eugênica. O aconselhamento genético serve tanto para eugenia como para disgênia (Dias e Gardini, s/d; Brunoni, 1997; Ripoll e Wortmann, 2004; Correa e Guilam, 2006). Segundo a Organização Mundial de Saúde o AG deve ser não diretivo, voluntário e confidencial.

No Brasil, a nova política parece preencher uma lacuna, pois, apesar de doenças genéticas serem consideradas um problema de saúde pública, as ações em genética eram restritas. Os centros

³ Para discussão sobre risco em saúde ver Scott (2008), Rabinow (1999) e Castel (1987).

⁴ É interessante saber que o termo eugenia significa “bem nascer”. Para compreender seu surgimento ver Edwin Bleck (2003).



de testagens e aconselhamento genético estão localizados nos hospitais universitários, em alguns hospitais públicos dos grandes centros urbanos e nos centros de referências para doação de sangue. Considerando que o aborto por anomalia fetal é crime neste país, as sessões de aconselhamento genético ocorrem preferencialmente no período neonatal para fins de diagnóstico ou de planejamento reprodutivo futuro ou em centros de doações de sangue após a realização dos exames compulsórios pré-doações (Diniz, 2003).

No Brasil não existir um corpo médico especializado em número considerado para o atendimento no aconselhamento genético. Apesar de ser tido como uma prática médica, fora dos hospitais universitários e centros de saúde pública de referência não se encontram geneticistas treinados no *ethos* do aconselhamento genético, desta forma a informação genética é repassada por outros profissionais de saúde sem treinamento específico para este serviço. É o caso de alguns centros de doações de sangue e algumas clínicas particulares, onde a informação e a **testagem genética** são tidas como exame de **rotina** desconsiderando as especificidades da informação genética e seu impacto na vida das pessoas.

No Recife o aconselhamento genético é oferecido em Policlínicas que prestam atendimento a portadores de anemia falciforme, através do PAF, implementado pela prefeitura desde 2001, oferecendo os testes para detecção da doença e tratamento médico. As pessoas são encaminhadas a estas clínicas através da triagem neonatal do Hemocentro- Fundação Hemope (Estadual). O modelo de política desenvolvida no Recife serve de exemplo para outros estados, com destaque para o programa de investigação familiar, teste nos demais membros da família e o aconselhamento genético para pais portadores de anemia ou traço falciforme. A saúde da população negra é bastante enfatizada pela prefeitura tendo sido criada a Gerência Operacional de Atenção a Saúde da População Negra, ligada à Secretaria Municipal de Saúde.

Quem realiza o aconselhamento nessas unidades de saúde são hematologistas, demonstrando o quanto a escassez de profissionais é um problema compartilhado com hospitais e centros de doações de sangue. Aqui é um bom espaço para se pensar como são utilizadas as informações genéticas e como são passadas para as pessoas. É importante saber quais impactos essas informações podem trazer para a subjetividade de homens e mulheres que passam por este procedimento.

A anemia falciforme é considerada a doença genética⁵ mais importante no cenário epidemiológico brasileiro e tem sido um elemento importante para o estudo da questão racial no

⁵ A literatura especializada oscila entre os termos doença hereditária e hemoglobinopatia.



Brasil (Fry, 2004; Monteiro e Chor, 2004; Diniz e Guedes, 2006; Brasil, 2001). Esta passa a ser considerada não apenas de interesse médico, mas, sobretudo, social na medida em que, a exemplo dos Estados Unidos, ela é reiterada pelo movimento social negro no seu aspecto biológico/genético como mecanismo para tornar uma “comunidade negra responsável” e no seu aspecto social como uma bandeira de luta. Neste sentido, é importante pensar como uma doença associada à genética agencia identidades negras (Fry, 2005).

É interessante observar a conexão entre dois discursos com grande poder, o biomédico e o dos movimentos sociais, interferindo nas construções subjetivas dos usuários do sistema de saúde brasileiro. As políticas em torno da anemia falciforme têm se pautado num caráter preventivo que contorna a legislação brasileira sobre o aborto, ao mesmo tempo em que reconhecem as limitações de terapias gênicas (Diniz, 2006). Ainda não há cura para a anemia falciforme. Neste sentido, homens e mulheres são considerados potenciais geradores de crianças com anemia falciforme, suscitando o esforço sanitário em identificá-los e orientá-los antes mesmo que iniciem seus projetos reprodutivos, por isso cresce a prática do aconselhamento genético.

O que está em jogo no aconselhamento genético do PAF é a reprodução e seu controle. Um casal que descobre que seu filho possui anemia falciforme é aconselhado a não ter mais filhos, pois o risco é grande. A literatura feminista tem mostrado que há uma maior concentração de intervenção médica sobre o corpo da mulher. A reprodução é, em grande parte, responsável por esse controle, sendo a gravidez um dos momentos mais medicalizados da vida da mulher (Correa e Guillem, 2006). Por meio do discurso biomédico a mulher grávida se vê cercada de uma rede de vigilância do seu corpo passando a ser responsabilizada não só pela própria saúde, mas pela produção de um feto saudável, com saúde perfeita.

Assim as práticas médicas geradas em volta da reprodução são importantes na formação subjetiva das mulheres (mesmo considerando-as nas esferas culturais e sociais) e se apresentam como forte elemento nas construções identitárias do ser feminino e negro⁶. Lembrando sempre que as identidades necessariamente são intercaladas por categorias como classe, gênero, nacionalidade, raça e etnicidade.

Nestes espaços fica, quase sempre, sob a responsabilidade das mulheres os cuidados e precauções para não gerar indivíduos que não se enquadram numa lógica de normalidade da sociedade (Diniz, 2007). A elas é requerido ser um indivíduo moralmente comprometido com a busca de informações genéticas. O aconselhamento genético, associado à medicina preventiva, tem

⁶ Muito se discute na teoria feminista sobre questões referentes a políticas de identidade do sujeito feminino (Scott, 1988; Bondi, 1999; Mouffe, 1999; Haraway, 1990)



se configurado como uma ferramenta a serviço do autoconhecimento que pode ajudar os indivíduos, principalmente as mulheres, a ordenar suas vidas. Assim, conhecendo seus riscos genéticos, podem planejar suas futuras ações como casamentos, nascimentos de filhos, realização de seguro de vida, planos de saúde e até redefinir sua posição no mundo enquanto pessoas marcadas pela genética (Correa e Guilem, 2006).

É neste sentido que vejo a prática do aconselhamento genético como espaço de poder, ancorado na força de verdade da nova genética, e como naturalizador das identidades, pautadas num marcador genético, “genes vilões, problemáticos, defeituosos” criando (bio)identidades⁷ (Ortega, 2000 e Rabinow, 1998). Estudos recentes têm apontado a prática do aconselhamento genético como instituidora e veiculadora de significações envolvendo os corpos e a vida das pessoas a ele submetido, posicionando os sujeitos das formas mais variadas possíveis: como sujeitos geneticamente (ir)-responsáveis pelas suas escolhas; como sujeitos autônomos; como sujeitos “geneticamente suscetíveis”; como sujeitos precavidos; como consumidores; como cidadãos e cidadãs conscientes de suas limitações (Andre, Fleck & Tomlinson, 2000; Correa e Guilem, 2006; Diniz, 2005; Brunoni, 1999). Ou seja, propõe-se o controle sobre o corpo como algo político e moral (Sfez, 1996).

Na nova genética, vários autores defendem a ideia da informação genética como ferramenta transformadora e com poder para superar iniquidades sociais, isso é percebido através dos direitos adquiridos pela população negra através de políticas públicas de saúde diferenciada. A natureza é tida agora sobre o domínio do controle social, a loteria natural pode ser controlada para amenizar desigualdades. Com o avanço da informação genômica os bens naturais (genes) podem ser utilizados para garantir o bem estar das pessoas considerando os bens naturais como bens sociais (Allen Buchanan et al *apud* Diniz, 2000).

Raça, gênero e biopoder

O conceito de biopoder é reiterado e reformulado atualmente por vários intelectuais como Paul Rabinow (1999: 2006) e Nicolas Rose (2005: 2006), principalmente para se estudar contextos de biotecnologias e estratégias de intervenção sobre a vida coletiva. Assim como a constituição de coletividades biossociais, “cidadania genética” e modos de subjetivações dos indivíduos. Estas subjetividades além de sofrerem o controle do Estado, atuam no interior das pessoas interagindo no espaço e no tempo marcado pelo biológico. Neste sentido, se percebe o poder não só do Estado, mas

⁷ Identidades pautadas em marcadores biológicos/genéticos.



de outras instituições, corpos não estatais, como instituições filantrópicas, religião e movimento social.

A raça, a reprodução e a medicina genômica são pontos/lugares que refletem as atuais concepções de biopoder. A ideia de saúde transforma a ideia de raça, de genealogia e de parentesco reestruturando-as por meio de novas concepções de reprodução. Não é por acaso que raça e saúde aparecem como pontos centrais para o conceito de biopoder. Mesmo com a desvinculação entre raça e biologia propagada pela UNESCO, o racismo persistiu sendo muitas vezes associado ao sexismo. Após a Segunda Guerra Mundial, raça é vista como categoria eminentemente social (Stolcke, 2000). Na virada do século XXI, raça e gênero estão mais uma vez mais adentrando no domínio de “verdade biológica” influenciada pela nova genética (Rabinow e Rose, 2006; Bradoti, 2003).

A relação entre natureza e cultura volta com toda força na era do genoma. Agora, ou em um futuro próximo, a genética deixará de ser uma metáfora biológica e se tornará uma rede de circulação de identidades e de lugares de restrição, gerando um tipo verdadeiramente novo de auto-produção, a biosociabilidade, onde a natureza será modelada na cultura e compreendida como prática (a produção de seres em laboratórios, como alguns especulam). Ela será conhecida e refeita através da técnica, a natureza finalmente se tornará artificial, exatamente como a cultura se tornou natural (Rabinow, 1999; Braidotti, 2003; Haraway, 2000; Sfez, 1996). A nova genética pode fazer aflorar velhos preconceitos e criar novos, não na forma do racismo direto, mas indiretamente, numa forma mais sutil, como em estudos sobre a maior suscetibilidade dos negros à tuberculose e a AIDS (Rabinow, 1999).

Como se pode observar, a nova genética mexe com as relações bio-sociais dos indivíduos e grupos, re-configurando relações micro e macrosociais, históricas e políticas de amplo alcance, gerando uma arena de disputa (Santos e Maio: 2004). Para Paul Brodwin (2002), existe uma inter-relação entre desenvolvimento de tecnologias genéticas, sociedade e construções de identidades resultando em um conhecimento com potencial transformador de coesão social de identidades coletivas e recurso para remediar injustiças historicamente produzidas. Aconselhadas geneticamente, as pessoas podem lutar contra os preconceitos e desigualdades? Estaria a ciência genética fazendo um bem às mulheres livrando-as da responsabilidade dos cuidados na criação de um ser humano “anormal”? Que papel tem o Estado nesse processo, visto que seres geneticamente perfeitos trariam menos gastos para a saúde pública?



Estou pensando o aconselhamento genético na perspectiva foucaultiana como espaço de poder-saber, mas também como um espaço onde se exerce o cuidado de si (Foucault, 1984: 2002) marcado pela moral. As mulheres recebem conselhos para cuidar do seu corpo e para cuidar dos outros, os filhos. No AG o cuidado (mesmo num campo biomédico de poder) passa por estratégias não-repressivas de poder. Como apontou Foucault, nele o poder se dá através do diálogo, do conselho, da persuasão e da prescrição, do encaminhamento.

A nova genética, no entanto, se preocupa com o fato de que identidades individuais e coletivas não sejam reduzidas a características genéticas. Como são re-organizadas essas identidades? Sabemos que a Anemia Falciforme é diretamente relacionada a negros, afro-brasileiros (mas pode acometer qualquer indivíduo). Que impactos tem essas afirmações para as pessoas? E os não negros como reagem? O que é passado sobre raça nestes espaços pelos profissionais de saúde?

A doença falciforme revisa corpos se baseando no não visto, o DNA - como afirma Haraway (2000)-, e acaba sendo percebida como um demarcador social de identidades. Calheiro e Fry (2008), em estudo realizado no HEMORIO, observam que muitas pessoas que se dizem brancas são surpreendidas pela afirmação do traço falciforme, às vezes a descoberta não é positiva. Para outros, ter o traço falciforme é passa-porte para uma afirmação de identidade negra ou afro-brasileira.

Chamo atenção neste trabalho para a visão reducionista da genética, segundo a qual o destino das pessoas é definido unicamente pelo gene. Nem sempre as pessoas deixam de ter filhos por saberem que eles nasceram com alguma doença genética. Penso que a nova genética também deve estar atenta às construções identitárias, pois, falar de reprodução, raça, de eugenia, melhoramento genético interfere diretamente no plano subjetivo. Por isso é uma questão de bio-ética também questionar como a nova genética tem sido um forte demarcador de identidade de gênero e raça.

Há uma tendência na biomedicina em ver o corpo apenas como uma realidade física escamoteando relações socioculturais. Sfez (1996) chama atenção para o que há de não genético na genética, mostrando que doenças genéticas é uma escolha que subestima os fatores sociais. O que diríamos para um casal portador de traço falciforme? Não tenha filho, pois este não será normal. Onde fica a problematização das diferenças, a aceitação dos *anormais*? O que será normal e patológico daqui por diante. Poderemos escolher os filhos baseados nestes critérios?



Bibliografia

- ANDRE, Judith; FLECK, Leonard M. & TOMLINSON, Tom. On being genetically “irresponsible”. *Kenned Institute of Ethics Journal*, vol.10, n.2, 129-146, 2000.
- BLACK, Edwin. *A guerra contra os fracos*. Rio de Janeiro. Editora: A Girafa, 2003.
- BONDI, Liz. Localizar as Políticas da Identidade. In: *Cidadania e Feminismo*, São Paulo. Melhoramentos, 1999.
- BRAIDOTTI, Rosi. Genero e pós-genero? El futuro de uma ilusion? In: *Feminismo, diferecia sexual y subjetividad nômade*. Barcelona: Gedisa, 2004.
- BRASIL. *Programa Anemia Falciforme*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL, Ministério da saúde. *Portaria n 81*, 20 de Janeiro de 2009 (Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica.)
- CALHEIROS, Orlando. *Revisando corpos: Anemia falciforme como demarcador social*. Rio de Janeiro: In: WIKIA, 2008.
- CASTEL, Robert. *A Gestão dos Riscos*. Rio de Janeiro: Editora: Francisco Alves, 1987.
- CORREA, Marilena C. D. V. e GUILAM, M. Cristina. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(10):2141-2149, out, 2006.
- DIAS, Suzana e GARDINI, André. Uso de Dados genético é polemico. In: *Comciência*. Revista eletrônica de jornalismo científico, nº 72, 2006.
- DINIZ, Débora. Anemia Falciforme: Um Problema Nosso. Uma abordagem bioética sobre a nova genética. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(6): 1761-1770, nov-dez, 2003.
- _____. Prevalência do Traço e da Anemia Falciforme em Recém-nascidos do Distrito Federal, Brasil, 2004 a 2006. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(1):188-194, jan, 2009.
- _____ e GUEDES, Cristiano. Informação genética na mídia impressa: a anemia falciforme em questão In: *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2006.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade :a vontade de saber.V.1*.Rio de Janeiro:Grael,1984.
- _____.*História da Sexualidade 3 :o cuidado de si.V.1*.Rio de Janeiro:Grael,1984.
- FRY, Peter. As Aparências que Enganam: reflexões sobre ‘raça’ e saúde no Brasil. In: Monteiro, S.; Sansone, L. (org.) *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.
- _____. *A Persistência da Raça: ensaios antropológicos sobre o Brasil e a África austral*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- GUIMARÃES, Tânia M. R., MIRANDA, Wagner, TAVARES, Márcia. O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme. In: *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 2009, 31(1).



GUEDES, Cristiano e DINIZ, Débora. Um caso de Discriminação Genética: o traço falciforme no Brasil. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(3):501-520, 2007.

HARAWAY, Donna J. Manifesto do Ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: SILVA, Tomaz, Tadeu (Org) *Antropologia do Ciborgue: as viagens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

_____. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial In: *Cadernos Pagu*. Campinas, São Paulo, 1990.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S.: Em Tempos de Racialização: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil. História. In: *Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2, p. 419-46, 2005.

MOUFFE, Chantal. Por uma Política da Identidade Nômade. *Cidadania e Feminismo*, São Paulo. Melhoramentos, 1999.

ORTEGA, Francisco. Biopolíticas da Saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. In: *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, 2004.

PAIVA e SILVA, Roberto, RAMALHO, Antônio. Anemia falciforme como problema de saúde no Brasil. In: *Revista de Saúde Pública*, 27(1), 1993

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

_____ & Rose, Nicolas. O conceito de Biopoder Hoje. In: *Política e Trabalho*, Revista de Ciências, n. 24, Abril de 2006.

RIPOLL, Daniela e WORTMANN, M.L.C. Educando Cidadãos e Cidadãs Geneticamente Responsáveis na Prática do Aconselhamento Genético. CD-ROM do *ESOCITE*. México, 2004.5

SCOTT, Joan. Igualdade versus diferença: os usos da teoria pós- estruturalista, *Cidadania e Feminismo*, São Paulo. Melhoramentos, 1999.

SCOTT, R. Parry. *Mortalidade Infantil, Famílias, Geração e Serviços De Saúde: Discursos de Disciplina e de Riscos*. CD-ROM ANPOCS, 2008.

SFEZ, Lucien. *A Saúde Perfeita: crítica de uma nova utopia*. Loyola: São Paulo, 1996.