



Luís Eduardo Batista



Doutor em Sociologia (Unesp), integrante do GT Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), líder dos grupos de pesquisa "Saúde da População Negra e Indígena" (Instituto de Saúde) e "Educação, Territórios Negros e Saúde" (UFSCar), Luís Eduardo Batista é o entrevistado do mês de fevereiro do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS). O pesquisador coordenou a área técnica Saúde da População Negra da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo durante oito anos e desenvolve estudos sobre temas como impactos do racismo na saúde e desigualdades raciais e saúde. Em conversa com nossa equipe, Luís Eduardo fala sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, avanços e fragilidades da inclusão do debate sobre racismo e saúde nos eixos ensino-pesquisa-extensão, o acirramento dos ataques às políticas afirmativas e as perspectivas de defesa das políticas voltadas para redução de iniquidades. "Só vejo nesse cenário todo quem vai pagar por isso: os gays, as mulheres, os negros, os indígenas, os moradores de rua, os quilombolas, os ribeirinhos. Se nós continuarmos monitorando as políticas públicas é isso que vamos ver de forma direta ou indireta. [...] Tudo isso vai impactar esses grupos que começavam, a partir dessas políticas, a ter um pouco mais de acesso e espaço dentro da sociedade", avalia. Boa leitura!

Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS): O combate ao racismo, seu reconhecimento enquanto determinante social para as condições de saúde e de seus impactos para a saúde da população negra são questões incorporadas à PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral

da População Negra, resultado de um longo histórico de mobilização de diversos atores. A academia tem avançado na inclusão do tema racismo e saúde? Houve mudanças significativas no debate, formação de profissionais e produção científica nos últimos anos?

Luís Eduardo Batista: *Sim, acredito que este debate está se ampliando. Quando fui convidado a estar nessa discussão – porque originalmente eu discutia a questão da saúde da mulher – foi a partir de lideranças negras e mulheres negras que chegaram aqui na sala do Instituto de Saúde, que me provocaram a desagregar os dados de morbidade e mortalidade por raça/cor. A minha trajetória dentro dessa discussão foi muito provocada por lideranças do movimento social, do Movimento Negro. Quando se começou lá atrás, eu, em especial, só tinha os trabalhos dos cadernos feitos pelo Geledés – Instituto da Mulher Negra, editados pela Edna Roland; tinha alguma coisa da Diva Pinho; uma outra coisa do Nepo – Núcleo de Estudos de População da Unicamp, Dra. Elza Berquó, Estela Cunha; e a tese da Maria Inês da Silva Barbosa, que é a primeira a colocar racismo e saúde como tema. Era isso o que a gente tinha de produção.*

O momento seguinte que eu vejo desse processo é a chegada de um grupo de pesquisadoras e pesquisadores que estiveram ligados à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), oriundo do Grupo de Trabalho Interministerial que introduziu o quesito cor no sistema de saúde, em 1996. Era um grupo de trabalho aqui, duas ou três pessoas ali no Nepo, duas ou três pessoas em Geledés fazendo essa discussão. Hoje em dia há pelo menos 28 instituições de ensino superior onde tem pesquisadores trabalhando a temática racial, mais diretamente com esse eixo racismo e saúde. E há alguns outros pesquisadores que não têm essa discussão sobre o impacto do racismo na saúde como tema, mas têm se proposto a olhar a questão das políticas de promoção da equidade ou olhar o quesito raça/cor e como é ele acaba dialogando com as iniquidades em saúde. Isso é um avanço.

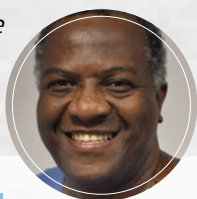
E, por fim, vejo como um grande avanço a gente ter constituído dentro da Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva o GT Racismo e Saúde. Para mim é expressão máxima do quão esse campo ou essa discussão do impacto do racismo na saúde começa a chegar na pesquisa. No que diz respeito à extensão, também tem vários desses grupos fazendo trabalhos com comunidades quilombolas, doença falciforme, com a

discussão de saúde mental, hipertensão, Aids, saúde da mulher em geral, câncer de colo uterino, câncer de mama.

O terceiro eixo, que é o ensino, eu vejo com uma deficiência ainda, apesar da gente ter, numa legislação que propõe a inclusão da discussão racial no processo de formação, as diretrizes curriculares nacionais para educação das relações étnico-raciais e para o ensino da história e da cultura afro-brasileira e africana. No âmbito do Ministério da Educação, foram instituídas as Diretrizes Curriculares que são orientações para elaboração dos currículos e devem, necessariamente, ser adotadas por todas as instituições de ensino superior. Em 2004 foram aprovados o Parecer CNE 03/2004 e a Resolução CNE/CP 01/2004, que instituíram as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (DCNERER), regulamentando os artigos 26 A e 79B da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. As DCNERER afirmam que, prioritariamente, os cursos de formação de professores estão obrigados a incluir os conteúdos relacionados à história e à cultura afro-brasileira e africana, o que implica a atenção de alguns cursos da área da saúde, isso está na Lei 10.639/2003. Mas a gente ainda tem poucos registros de universidades, cursos da área da saúde, que estão incluindo essa discussão nos currículos dos cursos da graduação, da pós-graduação, na formação inicial ou na formação permanente dos profissionais de saúde.

OAPS: A pesquisa “Avaliação do processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: indicadores de monitoramento e avaliação” constatou que a PNSIPN, instituída há 10 anos, foi implantada em apenas 57 municípios. Quais os principais obstáculos para a implantação da política?

Luis Eduardo Batista: Eu tenho dito que temos um racismo estruturado em nossa sociedade e esse racismo estrutural impede que a gente veja a temática racial como políticas de direitos. Isso é um complicador da nossa sociedade. Outro grande complicador é que nós, na área da saúde, sempre aprendemos que o processo saúde-doença é determinado pelas desigualdades sociais, pela classe social, então isso está no berço da nossa formação. Quando o movimento



“**Eu vejo como um estranhamento da sociedade você pensar o racismo como estruturante, consequentemente impactando o processo saúde-doença e a morte, porque a gente foi treinado para pensar classe como o único determinante social da saúde**”

de mulheres começa a questionar, a colocar gênero como categoria de análise e discutir que essas desigualdades sociais eram demarcadas para além de classe social, que gênero é um determinante social, a gente também teve um estranhamento.

Eu vejo como um estranhamento da sociedade você pensar o racismo como estruturante, consequentemente impactando o processo saúde-doença e a morte, porque a gente foi treinado para pensar classe como o único determinante social da saúde. E na hora em que vamos ampliando, principalmente no campo da Saúde Coletiva, essa discussão das desigualdades, depois discutindo equidade e, mais recentemente, iniquidade, aí não teve como não pensar como se articulam essas questões sociais para além

de classe, como elas acabam impactando no processo saúde-doença e morte. Mas para o gestor, para os profissionais de saúde, isso é muito novo. Essas 50 e poucas experiências são daqueles gestores que dizem assim ‘olha, eu reconheço que as iniquidades determinam o processo saúde-doença, acredito que as iniquidades raciais impactam o processo de saúde-doença e morte e é por isso que no meu município – ou nos sete estados da federação – eu tenho uma pessoa, uma área técnica, um comitê técnico com a tarefa de implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra’. Esse foi o lado que eu consegui coletar.

Tem uma pesquisa feita pela Denise Rinehart do Conasems [Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde] em que ela entrevista gestores regionais do Conselho e percebe que alguns não falam que estão implementando, mas ao dar exemplos, estão em um processo de implementação da política. Ou seja, eles estão desenvolvendo algumas ações que estão descritas no texto da política, mas não percebem.

Acho que em junho ou julho devemos ter outros dados sobre a implementação da política porque o IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística], com quem fizemos contato no processo de construção desse projeto de pesquisa, colocou essa pergunta nos instrumentos chamados Munic [Pesquisa de Informações Básicas Municipais] e Estadac [Pesquisa de Informações Básicas Estaduais], que foram a campo no ano passado. Devemos ter daqui a

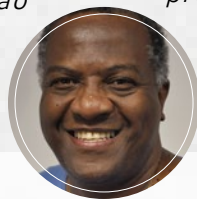
pouquinho novos números sobre esse tema.

OAPS: Segundo análise da socióloga Marcia Lima (USP), ainda que haja significativa sobreposição raça e classe na desigualdade brasileira, políticas universais não são suficientes para o combate às desigualdades raciais. O peso da renda nas análises sobre a desigualdade no país tem encoberto as diversas dimensões da desigualdade racial na sociedade brasileira, como a violência racial e os estereótipos que são associados às mulheres negras?

Luís Eduardo Batista: O que a Marcia está dizendo é que há um diálogo entre classe, raça, gênero. Atualmente a gente fala em intersectorialidade dessas categorias, elas dialogam, hora uma sobrepõe a outra, outra hora uma puxa mais. A Heleith Saffioti, nos anos 80, chamava isso de teoria do nó, puxando um lado, não necessariamente soltava o outro. No que diz respeito à política, eu vejo essa interface gênero, classe e raça como fatores que precisamos olhar para apurar melhor a política pública. Esse é um olhar de quem está olhando politicamente a implementação das políticas de promoção da equidade.

Quando falamos dessas políticas de promoção da equidade – política da população negra, população de rua, LBTT, ciganos, povo do campo e da floresta etc. – muitas pessoas dizem que são uma política para combater a pobreza, uma política focal. Como isso é uma política focal se nós estamos sob a égide do Sistema Único de Saúde (SUS)? O SUS tem entre seus princípios a questão da equidade e todas essas políticas de promoção da equidade buscam aprimorá-lo. Não estão fora do Sistema Único de Saúde, fazem parte do SUS, são políticas do SUS, portanto, não são políticas focais que estão buscando combate ou enfrentamento à pobreza. Nós estamos sob a égide de uma política universal que

é o SUS, então, nesse caso, não faz sentido falar que essas políticas de promoção da equidade são políticas focais, que são apenas para enfrentamento à pobreza, mas faz sentido pensar, entre os pobres, quem são os mais pobres; faz sentido pensar, entre a população de mulheres, quem são as mulheres que nesse momento ou em um determinado espaço estão sofrendo mais a violência física, obstétrica, a violência de morrer por estar grávida.



“ Se você invisibiliza que existe o racismo, nós não temos problema e, se não temos problema, não tem o que fazer, não tem por que pensar em políticas para determinados grupos populacionais ”

É essa discussão que temos feito e para isso o Movimento Negro foi extremamente feliz ao pensar que a forma para captar esse racismo, fazer essa discussão gênero, classe e raça, era incorporar o quesito cor no sistema de informação. Então, se sexo é uma proxy da discussão de gênero; se escolaridade, renda, locais de moradia são proxy da questão econômica e social; raça/cor passa a ser então uma proxy para discutir racismo ou iniquidades raciais no campo da saúde. Nesse sentido, na hora em que os dados melhoram, que a qualidade da informação é boa o suficiente, a gente consegue aprimorar o Sistema Único de Saúde porque vai vendo que, dentre grupos em situação de vulnerabilidade, alguns precisam mais que outros em determinados locais. E aí você aprimora a atenção do SUS, a política pública, a política universal.

OAPS: A invisibilização do racismo é uma estratégia para não adoção dessas políticas específicas, como as ações afirmativas?

Luís Eduardo Batista: Acredito que sim. Se você invisibiliza que existe o racismo, nós não temos problema e, se não temos problema, não tem o que fazer, não tem por que pensar em políticas para determinados grupos populacionais. No Brasil a gente tem trabalhado muito racismo com o link direto com população negra, mas podemos também ampliar essa discussão de racismo, chamar racismos, e trazer outras questões – a questão judaica, religiosa, cigana, indígena –, vários outros racismos que estão ancorados na nossa sociedade e a gente invisibiliza também. Mas a gente traz para a questão da raça, da população negra, essa maior invisibilização.

As políticas afirmativas avançaram muito e, ao avançar, hoje estão sofrendo ataques de todos os lados... hoje não, sempre receberam ataques de vários lados.

Explicitamente, desde a primeira gestão Dilma essas políticas de ações afirmativas começam a cair dentro da gestão federal, começam a se deteriorar, a não ter mais tanto investimento, a ser invisibilizadas no que diz respeito aos próprios gestores. Eu estou falando isso não só da política de saúde da população negra, [também] estou falando da política ocupacional, da permanência na universidade, da política de cotas, do Ciência sem Fronteiras, começam a ter ataques a essas

políticas, tanto no Executivo, como no Legislativo.

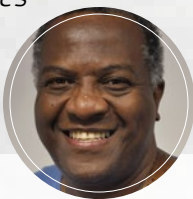
Dentro do Judiciário também começa a ter esses ataques. A expressão máxima, às vezes, era o STF [Supremo Tribunal Federal], mas em vários estados as políticas de cotas, as políticas de verificação – nós estamos na área da saúde, os maiores fraudadores das políticas de cotas, as pessoas que mais fazem enfrentamentos estão nos cursos de medicina. Com isso eu estou dizendo que são pessoas que têm o conhecimento, mas também têm no seu rol a possibilidade de ter apoio, de serem amparadas pelos operadores de direito. Conseguem contratar bons advogados para entrar em medicina, no espaço de uma vaga de cota e dizer 'isso não está valendo não, eu tenho direito de estar aqui'. E mais, em algumas instituições de ensino superior nem chegaram a questionar o fato dessa pessoa estar ali ocupando

uma vaga no espaço da cota. Não sei se fugi um pouco do tema, mas a ideia é dizer que esse ataque, agora, nesse momento de uma gestão fascista, possibilita o recém-eleito presidente da República chegar na Avenida Paulista e dizer 'isso tudo é mi mi mi, eu vou atacar os quilombolas, os indígenas, os negros, as mulheres...'. Ele fez uma declaração explícita nesse sentido.

OAPS: No artigo “Enfrentando o racismo nos serviços de saúde”, que escreveu junto com Sônia Barros (IS-SP), você fala que nos últimos tempos houve um avanço de forças conservadoras e ataques a direitos sociais, em especial aqueles que atendem às populações negra e indígena, a mulheres e comunidades LGBT. Nesse atual cenário, e considerando particularmente o papel do racismo na violação de direitos, quais as perspectivas para garantia de políticas voltadas para redução das iniquidades?

Luís Eduardo Batista: Eu não sei te responder. No momento em que a gente tem os direitos humanos sob ataque, em que as propostas de direitos humanos são colocadas como políticas que privilegiam as pessoas que em verdade são vítimas, eu não sei o que te dizer porque inverteu-se tudo, não é? Quem eram as vítimas da sociedade, agora passam a ser não portadoras de direitos; os direitos humanos agora são não-direitos; os direitos dos grupos vulnerabilizados agora são

ideologias, são não-direitos, eu não sei o que te dizer.



“ Só vejo nesse cenário todo quem vai pagar por isso: os gays, as mulheres, os negros, os indígenas, os moradores de rua, os quilombolas, os ribeirinhos. Eu sei te dizer que se nós continuarmos monitorando as políticas públicas é isso que nós vamos ver de forma direta ou indireta ”

Só vejo nesse cenário todo quem vai pagar por isso: os gays, as mulheres, os negros, os indígenas, os moradores de rua, os quilombolas, os ribeirinhos. Eu sei te dizer que se nós continuarmos monitorando as políticas públicas é isso que nós vamos ver de forma direta ou indireta. De forma direta estou falando nos indicadores tradicionais de mortalidade, de morbidade etc, nos indicadores de suicídio (que a gente começa a olhar mais), mas também nos indicadores de não permanência na universidade, não ter bolsa para poder se alimentar, não ter acesso à moradia dentro das universidades.

Tudo isso vai impactar esses grupos que começavam, a partir dessas políticas, a ter um pouco mais de acesso e espaço dentro da sociedade. Agora passa a ser 'nós temos que atacar essas pessoas, temos que atacar esses direitos' que a gente lutou tanto para ter. Essas pessoas agora são duplamente agredidas, violentadas por essas políticas de engessamento, de não ter dinheiro para bolsa, de ter um SISU [Sistema de Seleção Unificada] que não dá acesso a elas nos dias de fazer as suas escolhas.

OAPS: Em entrevista à Abrasco você afirmou que “a redução das iniquidades no SUS não será feita unicamente pelos sanitaristas da academia ou pelos gestores, terá de se dar numa ação conjunta com os movimentos sociais, com os mais jovens e outros setores da sociedade”. Como você avalia essa articulação com movimentos sociais atualmente? Gestores/as, pesquisadores/as e movimento social organizado têm conseguido pautar a defesa do SUS conjuntamente?

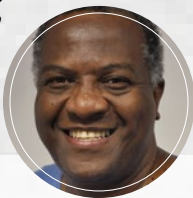
Luís Eduardo Batista: Eu não lembro mais por que falei isso (risos), mas nós, do Movimento Sanitário, acreditamos que nós somos a verdade. O SUS recebe ataques, ataques, ataques e nós reagimos a esses ataques, no entanto, quando eu olho para o rapaz que trabalha aqui com a gente, fazendo a segurança do prédio, vejo que ele está pleiteando com a empresa o plano de saúde e dizendo 'o SUS não funciona, por isso tenho que fazer isso'. E na hora em que se congela o orçamento, ele não percebe que aquilo é um ataque ao Sistema Único de Saúde. Na hora em que a gente pega

R\$ 18 milhões do Departamento de Gestão Estratégica e Participativa e coloca na Secretaria de Assistência, em que contingencia esses R\$ 18 milhões que eram para pensar políticas, pesquisas e intervenções para essas políticas de promoção de equidade, e a sociedade não reclama, a gente está tendo um ataque a esse segurança aqui da porta, mas ele não percebe que esse contingenciamento o vai agredir.

Acho que por isso fiz essa fala, de que precisamos ampliar a nossa conversa com outros atores e atrizes para além do Movimento Sanitário, para além de nós defensores que estamos na mesma barca, defensores do Sistema Único de Saúde, porque eu preciso conseguir falar para o cara da portaria que na hora em que ele passa manteiga no pão teve uma Vigilância Sanitária olhando para que aquela manteiga estivesse legal para ser consumida. Eu preciso mostrar para ele que contingenciamento do orçamento por 20 anos para educação significa que ele não terá para a filha dele a possibilidade de fazer uma especialização em nutrição que ela tanto desejava. Esse diálogo, essa conversa com nossos tios e tias, a gente precisa fazer.

Agora, é só eu? Não. É o Luís Eduardo que precisa fazer isso mais institucionalmente, é o Instituto de Saúde que precisa pensar em comunicar os seus produtos e pesquisas em formatos diferentes para a população. Temos feito aqui evidências científicas para tomada de decisão, o que tem ajudado a gestão, mas não temos conseguido transformar essa evidência científica em um formato para dar ampla divulgação à sociedade, para que em um click a pessoa leia o boletim ou que tenha acesso àquela informação da evidência científica para adolescentes com doença falciforme, por exemplo. A gente precisa trazer um pouco mais dos movimentos sociais.

Para finalizar, eu queria chamar atenção para uma coisa. Muitos dos meus colegas dizem assim 'ah, mas eu dialogo com o movimento social'. É verdade, ele dialoga com o movimento social, mas na hora de fazer a fala quem faz são os meus colegas, não é o movimento social, então eu falo por ele, eu não o coloco no mesmo espaço. Ele não está na mesma mesa que eu no Abrascão, eu é que vou lá falar por ele; ele não está na mesma mesa que eu na hora de dar uma entrevista, para termos outros lados. Isso vai exigir da gente outras formas de ver, fazer e pensar.



“Muitos dos meus colegas dizem assim ‘ah, mas eu dialogo com o movimento social’. É verdade, ele dialoga com o movimento social, mas na hora de fazer a fala quem faz são os meus colegas, não é o movimento social, então eu falo por ele, eu não o coloco no mesmo espaço”

Estou na Comissão Científica do Congresso de Ciências Sociais em Saúde, em que começamos a fazer essa discussão de trazer as lideranças dos movimentos sociais para compor a comissão científica. Mas vamos pensar uma coisa, que aconteceu comigo no Abrascão, convidamos os meninos e as meninas do Coletivo NegreX – Coletivo de Negras e Negros da Medicina para participar das atividades pré-congresso e eles falaram ‘olha Luís, legal, mas a gente quer estar no congresso’. Mas quanto custa a inscrição no congresso? Essas meninas e meninos – eram dez, alguns cotistas – têm que se deslocar da sua cidade para o local do congresso. Além do deslocamento, tem inscrição, alimentação, uma série de coisas. A gente fala

em incorporar os movimentos sociais nas nossas discussões, mas isso exige outros arranjos, exige da gente abrir mais o campo da Saúde Coletiva.

OAPS: Tem algum tema que não foi abordado durante a entrevista e que queira acrescentar?

Luís Eduardo Batista: *Eu queria falar de uma coisa que está no Observatório, que é essa questão da formação, e da construção do GT Racismo e Saúde da Abrasco, que tem sido muito legal. Ter dentro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva um GT Racismo e Saúde, composto tanto por profissionais de saúde, como por pessoas de instituições de ensino superior e instituições de pesquisa, 28 pessoas que têm como marca do trabalho o enfrentamento ao racismo, vejo como um grande passo dado pela Abrasco. É uma ação política de uma instituição no campo da saúde que passa a ter um GT para fazer análises políticas das políticas de enfrentamento às iniquidades. É uma decisão política da Abrasco na hora em que institui o GT com tanta gente bacana do país inteiro para fazer essa discussão. Tem sido um barato estar com essas pessoas, mesmo com toda a dificuldade – a gente não tem dinheiro para se encontrar, então faz reuniões virtuais e conversas por e-mail, elabora propostas de GTs para congressos. Acho bem frutífero para a associação de pesquisadores e para o enfrentamento desse momento tão difícil que estamos vivenciando nessa gestão fascista. Ter espaços de oásis dentro de uma instituição como Associação Brasileira de Saúde Coletiva é uma ação política e estratégica.*

Confira outras entrevistas do OAPS:



Nelson Pretto



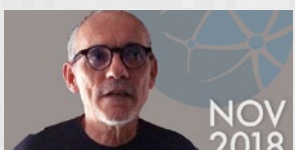
Gulnar Azevedo



Paulo Sérgio Pinheiro



Sônia Fleury



Luiz Filgueiras



Mônica Padilla



Ines Dourado



Nadya Guimarães



Graça Druck



Lígia Bahia



André Dantas



Tatiana Wargas

Expediente

Coordenador Geral: Jairnilson Paim

Coordenação Executiva OAPS: Maria Guadalupe Medina

Coordenação Executiva CDV: Carmen Fontes Teixeira

Equipe OAPS: Gerlucce Alves

Equipe CDV: Isabela Ramos Porto | Maria Creuza Silva |
Thadeu Borges Souza Santos

Comunicação: Inês Costal | Patrícia Conceição

Tecnologia da Informação: Diego Corrêa | Fernando
Passos | Gilson Rabelo | Juliana Argolo | Sérgio Santana