| Data: | **16 de outubro de 2024** |
| --- | --- |
| Local: | Windsor Guanabara Hotel - Centro, Rio de Janeiro-RJ |
| Sala: | Miró |
| Grupo de Trabalho (GT): | 5. Abdias do Nascimento (vermelha) |
| Horário de início: | 11h31min |
| Horário de término: | 13h11min |
| Quantidade de presentes: | 18 pessoas |
| Nomes: | Izaide Ribeiro Santos, Rony Coelho, Marcia Pereira e Lara Liz |
| Relatores: | Carla Trindade e Lourenço Brum |

**Dinâmica 1**

**Bloco 1 – Conceito de saúde e de observatório para a população negra**

Divisão do grupo em dois subgrupos para responder em cartolinas grandes/ou em algo similar, a cada uma das perguntas (60 minutos).

* Qual o conceito de saúde para a população negra?
* Como deveria ser um observatório de saúde da população negra?
* Qual a principal contribuição que se espera de um observatório de saúde da população negra?

**Finalidade da atividade:** Concepção conceitual sobre saúde da população negra e de observatório para saúde da população negra.

O facilitador Rony Coelho iniciou a sessão propondo uma dinâmica de quatro perguntas para facilitar a apresentação de cada participante do grupo. Nesse primeiro momento, a sala foi organizada em círculo, de modo que todos os participantes conseguissem se ver durante as apresentações.

As perguntas propostas foram:

* Qual é o seu nome? Como você gostaria de ser chamado?
* Qual a sua ocupação/profissão/instituição? O que você faz?
* Onde você mora?

Todos os participantes se apresentaram respondendo às perguntas mencionadas acima:

**Rony Coelho** é pesquisador do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), uma organização do terceiro setor, e atualmente é responsável pela linha de pesquisa da saúde da população negra, investigando as desigualdades raciais em saúde e seus determinantes sociais, incluindo temas como a doença falciforme. É cientista político graduado pela UNESP, com mestrado e doutorado pela UNICAMP, e integra o eixo 2 do TED. Ele é de São Paulo.

**Juliana Cintia da Silva** é de Cuiabá, Mato Grosso. Começou a carreira no Hemocentro, especificamente trabalhando com doença falciforme, e atualmente trabalha em uma unidade de pronto atendimento, sendo responsável por um serviço de alta complexidade no município de Cuiabá.

**Rosana Batista Monteiro** é paulista e pedagoga, atuando no campo da educação das relações étnico-raciais. Atualmente é professora da Faculdade de Educação da UNB e, originalmente, da Universidade Federal de São Carlos, do campus de Sorocaba. É uma das coordenadoras do eixo 4 do projeto em que estamos participando.

**Stephany Cecília Rocha Damasceno** é assistente social, baiana, mas atualmente mora em Brasília. Ela trabalha na Assessoria de Equidade Racial do Ministério da Saúde.

**Ivone da Costa Rosa** é do Quilombo de São João, localizado em Adrianópolis, no Estado do Paraná. É pesquisadora com doutorado em Políticas Públicas pela UFPR, enfermeira de formação e professora de cursos técnicos e profissionalizantes na Secretaria Estadual de Educação do Paraná. É mãe de dois filhos com deficiência e ativista na causa da acessibilidade e neurodiversidade.

**Jemina Prestes de Souza** é enfermeira de formação, com experiência em gestão individual de saúde, atenção primária e hospitalar. Atualmente atua no Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde (DEPPROS) do Ministério da Saúde.

**Ana Barbosa** é fisioterapeuta de formação, docente do IFRJ e recém-doutorada em Saúde Pública pela ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca).

**Shirley Santos Nascimento** é baiana, de Ilhéus, e técnica de enfermagem, mas atualmente está cuidando do lar.

**Rita Vasconcelos** é jornalista e assessora de comunicação da FIOCRUZ em Pernambuco, sendo uma das coordenadoras do eixo 5 (comunicação) do TED.

**Anderson Araújo Souza** é estudante do Instituto Federal de Pernambuco, no campus de Recife, onde estuda geografia, e é pesquisador na área de relações étnico-raciais e indígenas.

**Damaris Amorim** é coordenadora da saúde da população negra em Recife, PE, e integrante do Movimento Negro de Pernambuco e do Movimento do Controle Social. É pedagoga e sanitarista, atuando no Distrito Sanitário 4 de Recife pela Secretaria de Saúde Municipal.

**Izaide Ribeiro Santos** é servidora do Ministério da Saúde, cedida à Secretaria de Estado de Saúde. É enfermeira de formação e atualmente faz mestrado em Saúde Coletiva. Ela está aqui como facilitadora e é conhecida como a “mulher dos números”, pois adora analisar dados.

**Maria da Soledade Simeão dos Santos** prefere ser chamada de Soledade. É professora titular da UFRJ e uma das poucas mulheres pretas titulares. Atua na Coordenação de Integração Acadêmica e, junto com Cecília Maria Izidoro Pinto, ajuda na Superintendência Geral de Ações Afirmativas, Diversidade e Acessibilidade da UFRJ. Faz parte do Coletivo dos Docentes Negros.

**Cristiane Vicente**, mais conhecida como Cris Vicente, é neta de Delvina e filha de Marizete. Nascida e criada na Cidade de Deus, atua como gestora técnica de saúde urbana da população negra no município do Rio de Janeiro, sendo enfermeira de formação.

**Eloiza da Silva Coêlho**, conhecida como Helô, mora no Rio das Pedras. É estudante de psicologia da UFRJ e faz parte do Coletivo Negro Virgínia Leone Bicudo.

**Marcia Pereira** prefere ser chamada de Marcinha ou Márcia. Está há dois anos em Brasília, mas é originalmente de Duque de Caxias, RJ. É assessora técnica na Assessoria Especial para Saúde nos Territórios e Periferias no gabinete da Ministra da Saúde, onde está construindo, formulando e mapeando políticas públicas de saúde para as periferias urbanas e favelas.

**Renata Melo Barbosa do Nascimento** prefere ser chamada de Renata Melo. Originalmente de São Paulo, mora há 20 anos em Brasília e é mãe de Lucas e Luiza Melo. É historiadora, doutora em História pela UNB, e atualmente é professora substituta e voluntária na UNB. Já integrou a Secretaria de Política para as Mulheres no GDF e no Ministério da Saúde, mas hoje representa a Ação de Mulheres pela Equidade (AME), organizada por Damiana Neto, onde atua como Coordenadora Geral. É diretora geral da Associação Nacional de História (ANPUH) e ama literatura e cinema como documentos para falar a história da população negra, partindo do feminismo negro e decolonial.

**Noêmia Neves** mora em Ilhéus, BA, e vive com a doença falciforme, tendo aprendido a conviver bem com ela. Fez 61 anos este ano e acredita que a doença falciforme precisa ocupar espaços. É presidente da Associação de Pessoas com Doença Falciforme de Ilhéus (Apedfi) desde 2013 e coordenadora geral da Frente Falciforme Interior da Bahia, onde Bahia é o estado de maior incidência de pessoas com a doença, que ainda enfrenta desafios na assistência. Foi por meio desse movimento que foi criado um censo para identificar quantas pessoas convivem com a doença, onde estão e como vivem. É conselheira municipal de saúde e faz parte do Comitê Técnico Estadual da Doença Falciforme da Bahia e do Conselho Comunitário do Hospital Costa do Cacau de Ilhéus.

Após a apresentação dos membros do grupo de trabalho, o facilitador Rony Coelho parabenizou a todos e reconheceu a potencialidade do grupo. Em seguida, explicou que a finalidade última do seminário é a construção coletiva do observatório. Para isso, algumas atividades foram planejadas para ajudar nessa construção, sendo a primeira a concepção conceitual sobre saúde da população negra e de observatório para saúde da população negra, partindo-se de três questionamentos:

1. *Qual o conceito de saúde para a população negra?*
2. Como deveria ser um observatório de saúde da população negra?
3. Qual a principal contribuição que se espera de um observatório de saúde da população negra?

Foi proposta a divisão do grupo em dois subgrupos para facilitar o debate das questões apontadas. Cada grupo teria 20 minutos para responder a cada uma das perguntas citadas. Inicialmente, foi concedido um prazo de cinco minutos para que cada pessoa pensasse individualmente sobre essas questões e, em seguida, apresentasse suas proposições ao seu grupo. Ao final, cada grupo apresentaria sua resposta ao outro. A partir disso, se construiria a resposta final do Grupo de Trabalho 5, que seria levada à plenária no final do dia.

**Grupo 1**O Grupo 1 decidiu começar a atividade com cada integrante compartilhando sua visão sobre as perguntas, e, a partir daí, juntar os pontos de vista em um único discurso. Apenas algumas falas serão mencionadas aqui.

O debate começou em relação à 1ª questão:

Qual o conceito de saúde para a população negra?

O diálogo começou com a fala de **Maria da Soledade:** "Eu acho que é necessária maior atenção no eixo de educação e saúde, com atendimento em instituições públicas e privadas. Também destaquei a formação de profissionais. Se a gente não forma pessoas a partir de um processo antirracista, já dificulta o processo de reconhecer que a gente existe."

**Márcia Pereira:** "Incluir também o que influencia nas questões históricas e sociais que impactam a nossa vivência e saúde, dentro da formação, para dar visibilidade. Qual o impacto que a sociedade tem na base das famílias, das crianças, na construção da saúde mental, nas relações sociais?"

**Renata Melo:** "O conceito de saúde vai além da cura das doenças, passa pelo processo de acolhimento da experiência da vivência da população negra. Além de ser uma questão biopsicossocial, é também um ponto de vista espiritual, com cuidados que tratam do corpo e da mente e respeitam a vivência dos indivíduos."

**Eloiza:** "O conceito de saúde, principalmente, deve incluir o olhar para a ancestralidade. Temos uma formação cultural e de saúde. Precisamos de respeito e valorização do que é ser negro e as influências culturais que cada um traz."

Após essas falas, o grupo começou a organizar as informações em categorias, como saúde mental, espiritualidade, educação, acolhimento e ancestralidade. Além disso, ressaltaram a importância do reconhecimento dos modos de vida da população negra, que frequentemente se relacionam com as desigualdades sociais que cercam essa população.

A segunda pergunta, *como deveria ser um observatório de saúde da população negra?*, levou os participantes a pensarem sobre a necessidade de um observatório que integrasse diversos setores e que fosse um espaço democrático.  
A proposta de um espaço para diálogo entre coletivos e grupos étnicos foi levantada. Rony Coelho reforçou a importância de que esse observatório faça um mapeamento de dados sobre saúde, garantindo que as vozes da população negra sejam ouvidas.

**Grupo 2**O Grupo 2 também fez um grande trabalho de acolhimento, respeito e união nas falas. Como tiveram dificuldade de articular as opiniões em um discurso, decidiram compartilhar as ideias conforme as falas surgiam.  
O debate em torno do conceito de saúde teve muitos pontos de concordância com o Grupo 1.

**Rony Coelho**, como facilitador, fez uma ponte entre os dois grupos, identificando e unificando as falas.

Nessa interação, o Grupo 2 trouxe à tona a necessidade de um espaço para a construção do conhecimento, bem como um local para ouvir e respeitar a vivência de cada pessoa negra. A saúde deve estar conectada com o modo como o povo negro vive e organiza a sua vida e o seu bem-estar. O observatório deve ser um espaço acolhedor que ofereça a escuta ativa e reconheça a diversidade da experiência da população negra.

**Rony Coelho** encerrou a dinâmica ressaltando a importância das trocas realizadas e as conexões feitas entre os grupos, afirmando que a construção do observatório deve ser sempre baseada na escuta e no acolhimento das vivências e histórias de cada participante. A construção coletiva e respeitosa dessas propostas será fundamental para o sucesso do observatório.

O grupo, então, passou para o debate da 2ª questão:

Como deveria ser um observatório de saúde da população negra?

**Noêmia** abriu a discussão: "Acho que, com tudo que já discutimos na 1ª pergunta, respondemos a essa também."  
**Márcia:** "Informação é importante; precisamos de objetivos claros, coleta de dados, disseminação de informações, participação social e sustentabilidade."  
**Cristiane:** "Pensei na estrutura. Quando falamos de algo descentralizado e hierarquizado, devemos retirar a hierarquização e pensar que essa estrutura deve partir da participação social em municípios e estados. Frequentemente, esperamos que as informações venham de cima para baixo, mas acredito que essa troca deve acontecer entre os territórios, promovendo uma abordagem descentralizada."  
**Márcia:** "Devemos considerar também uma disseminação do conhecimento que utilize uma linguagem mais inclusiva, com imagens e áudio, e não apenas texto. Para quem estamos informando? Precisamos pensar na linguagem, utilizando diferentes formatos e não apenas o acadêmico."  
**Renata:** "Deveríamos apresentar formas de monitoramento para políticas públicas de saúde, acompanhar e fomentar pesquisas voltadas para a população negra, fomentar debates e monitorar ações específicas dentro do escopo da saúde dessa população, levando em conta os efeitos do racismo."

Renata também levantou a questão do racismo linguístico:  
"Por outro lado, fico pensando que não consigo ver uma área funcionando sem, por exemplo, a educação. Quando nos preocupamos com a comunicação e temos essa ideia de que devemos escrever pouco... Falo isso porque dou aulas na faculdade de comunicação e, quando você precisa transmitir uma mensagem, é importante que a comunicação nas redes sociais seja acessível a todos, sem exceções. Ao observar as comunidades quilombolas, até os jovens dessas comunidades buscam informações pelas redes sociais. Quando lidamos com adolescentes ou com a sociedade em geral, incluindo os mais idosos, que se conectam ao mundo por meio das redes sociais, vemos como o aumento das fake news e golpes afeta a população idosa menos letrada. Muitas vezes, a academia é vista negativamente. Em minha opinião, a academia não é negativa, mas ela ainda carrega uma perspectiva elitista e eurocêntrica que nos exclui. Desde o ano 2000, com as políticas de ações afirmativas levantadas a partir da Conferência de Durban, o Brasil se comprometeu com a inclusão da população negra, e por isso temos essa solicitação histórica, incluindo as cotas raciais, defendidas por Abdias Nascimento. Se utilizamos a academia para nos incluir e trazer nossas pautas, podemos evitar esse racismo linguístico que permeia a escrita. A escrita é importante porque também nos posiciona. Várias pesquisas na área de pedagogia e educação mostram que negros e negras são frequentemente vistos como intelectualmente incapazes. Muitas pessoas desistem porque internalizam esse imaginário de incapacidade. Falo por experiência própria: durante a faculdade, apresentei meu projeto de doutorado sobre as representações de mulheres negras no cinema, focando nas obras de Jorge Amado, adaptadas para o cinema no contexto da Bahia, que criaram o imaginário da mestiçagem e do mito da democracia racial. Na verdade, meu objetivo era desconstruir esse mito. A pergunta que fica é: por que isso aconteceu? E por que todos ainda aceitam esse discurso? Na época, muitos torceram o nariz para meu trabalho porque não se concentrava na Europa, mas sim na perspectiva das nossas intelectuais negras. Precisamos dessa luta, e o observatório pode ser um espaço para isso."

**Maria da Soledade:** "Acho que tudo o que vocês colocaram está excelente. O pessoal comentou sobre a estrutura horizontalizada e descentralizada, conectada aos territórios. Disseram um pouco sobre a participação dos movimentos sociais, e eu destaco a importância da universidade. Precisamos estar dentro desse movimento, pensando essa estrutura e mudando as pessoas para transformar o movimento quando falamos sobre o assunto."

Com a fala de Maria, esgotou-se o tempo estipulado para a resposta da 2ª pergunta:

Como deveria ser um observatório de saúde da população negra?

A resposta foi apresentada por **Renata Melo** no bloco da tarde:  
"Pensamos em formas de monitoramento para as políticas públicas de saúde, acompanhar e fomentar pesquisas voltadas para a população negra, promover debates e acompanhar ações específicas dentro do escopo da saúde dessa população, considerando os efeitos do racismo. Ou seja, propomos uma horizontalização e descentralização, com participação nas universidades, de modo que o currículo seja reformulado, 'não partindo de uma ideia de uma universidade eurocêntrica'. É necessário garantir acesso tanto aos recursos digitais quanto a acessos especiais, promovendo a inclusão efetiva. É importante discutir saúde em todas as áreas do conhecimento, criando um projeto real de inclusão.

O observatório deve ser um espaço para um diálogo franco, considerando o currículo de formação em vários espaços dentro da universidade. É essencial garantir financiamento e sustentabilidade, além de definir objetivos mais específicos. Um ponto crucial é combater o racismo linguístico (pouco falado), pois a forma como nos expressamos muitas vezes reforça os diversos racismos, inclusive entre nós, negros e negras. A coleta e disseminação de dados e a estruturação de ações horizontalizadas são fundamentais. O racismo linguístico envolve formas de fala que naturalizam o racismo, inferiorizando a população negra. Por exemplo, quando discutimos cabelo, quantas de nós já ouvimos 'ah, mas esse cabelo é ruim'? Além disso, existe a ideia de que as mulheres negras suportam melhor a dor e são guerreiras. Isso é especialmente problemático no campo da saúde, particularmente na questão da maternidade, quando não se considera se a mulher está sofrendo durante o trabalho de parto ou se pode estar com pressão alta ou eclâmpsia. Há um imaginário construído que desumaniza essas mulheres.

Costumo dizer em sala de aula que, a partir da década de 1930, com a construção do mito da democracia racial e com a escrita fortemente propagada pelo sociólogo Gilberto Freyre, uma frase tornou-se comum na sociedade brasileira, especialmente entre a elite: 'branca para casar, mulata para foder e preta para trabalhar'. Essa objetificação das mulheres, incluindo as brancas, as coloca em categorias de segunda classe, algo que é naturalizado. O racismo linguístico se manifesta em falas que recortam principalmente a população negra, indígena ou as próprias mulheres, reduzindo-as a uma posição de inferioridade, como se fossem algo menor, que não deve ser levado a sério. Muitas vezes, acabamos reproduzindo essas falas, colocando-nos em uma posição de inferioridade e, no fundo, duvidando de nossa própria capacidade intelectual. Por isso, quando falamos sobre o racismo linguístico, é um tema pouco discutido, mas fundamental para entendermos esses processos. Estamos aqui falando sobre saúde, mas poderíamos estar discutindo historiografia, geografia, engenharia. Negam-nos um conhecimento mais amplo e continuam propagando vários eufemismos que, hoje, são utilizados em nossa sociedade para perpetuar o racismo sob a máscara de uma democracia."

Foi então iniciada a discussão da 3ª e última pergunta deste bloco:

Qual a principal contribuição que se espera de um observatório de saúde da população negra?

**Cristiane** deu início a essa discussão: "Já falamos sobre informações, dados, debates, políticas e ações desenvolvidas, experiências exitosas. Precisamos de um espaço onde possamos acessar essas informações. Eu sou Cristiane, do Rio de Janeiro, e não consigo ter acesso ao PPA (Plano Plurianual) de outros planos. Não temos PPA. Guias étnico-raciais, cuidados de saúde, procuramos e não encontramos. Iremos discutir o conceito de racismo, mas já não queremos mais apenas conceituá-lo. Queremos saber o que podemos fazer na prática, uma abordagem antirracista na saúde, como um profissional deve agir, como uma unidade deve ser organizada e qual deve ser a ambiência desse espaço. Precisamos discutir isso agora. Não estamos mais na fase de conceituação; queremos saber como esse profissional vai lidar com esse corpo. Ao analisarmos a atuação na saúde, vemos que a maioria das questões clínicas dos centros municipais está na atenção básica, em territórios periféricos e favelados, marginalizados, e isso se aplica também à comunidade LGBT. Quando você entra em uma unidade de saúde, não vê uma bandeira de arco-íris, não há um 'bem-vindo, você será atendido aqui com seu nome social'."

**Renata:** "Só que também precisamos considerar o que você está dizendo, levando em conta que estamos vivendo um grande retrocesso. Grande parte do público pode não aceitar essa bandeira, inclusive o próprio gestor. Aqui entra a questão do racismo religioso, das religiões de matriz africana. Vejam, eu não sou adepta de religiosidade de matriz africana, porque sou indisciplinada e sei que é preciso dedicação."

Logo após o início da atividade, o grupo chegou à conclusão de que já haviam discutido o suficiente nos outros blocos para responder à 3ª questão, que foi apresentada ao outro grupo no bloco da tarde por **Renata Melo**:  
"Nós pensamos que o observatório deve ser um mecanismo de controle e fomento no que se refere à saúde da população negra, com uma participação social efetiva. O compartilhamento de experiências é fundamental, assim como a construção de materiais didáticos mais acessíveis e compreensíveis. É essencial formar pessoas em um público amplo, incluindo a sociedade civil e o campo da medicina. Sabemos que a área da saúde é elitizada, e muitos homens e mulheres brancos ainda têm dificuldade em entender como devemos ser tratados de maneira humanizada, pois isso não é abordado na formação."

É importante fornecer dados atualizados aos profissionais de saúde. Na apresentação da manhã, achei muito interessante o quadro que mostrava o levantamento de artigos de pesquisa e os variados perfis de observatórios. Como podemos utilizar e democratizar essas informações para que não sejam acessíveis apenas a um grupo seleto, mas para que se tornem um banco de dados ao qual todos possam ter acesso? Peço desculpas, homens, por falar muito no feminino, mas a vida já é muito masculina. Amo vocês.

Também é necessário destacar as experiências exitosas. Precisamos reconhecer o que deu certo, pois muitas vezes parece que estamos sempre começando do zero. Durante o almoço, conversei com uma colega sobre isso. Ela já está envolvida há mais tempo, e eu também tenho algumas discussões de alguns anos. Nos últimos vinte e poucos anos, tenho me dedicado à temática racial e de gênero, e sempre que surge uma nova ação, parece que estamos começando do zero, o que não é verdade.

Quando falamos de ancestralidade, precisamos lembrar que já houve quem começou antes. Existem muitas ações que são esquecidas, mas devemos valorizar essa memória. Não podemos jogar a história para debaixo do tapete, porque isso dá a impressão, para aqueles e aquelas que já estão na luta há muito tempo, de que nada vai acontecer. Inclusive, uma amiga mencionou que estamos construindo para o futuro. Provavelmente, não veremos os resultados, mas pensamos em nossos netos e bisnetos, para quem estamos construindo. Porém, precisamos também pensar em nós, no presente. Hoje, somos resistentes.

**Grupo 2**O Grupo 2 decidiu que cada integrante lesse brevemente suas anotações, e a partir delas, a resposta do grupo seria construída coletivamente, conforme a sugestão do facilitador. Contudo, apenas algumas contribuições serão pontuadas abaixo.  
Foi dada a palavra a **Ana Barbosa**, que destacou que, para ela, saúde é liberdade do racismo. Ela entende saúde como a possibilidade de viver plenamente. Saúde como acesso e não como uma restrição a um serviço, mas como acesso às tecnologias (leves ou duras) necessárias em determinados momentos da vida.

Houve a intervenção de **Jemina Prestes de Souza**, que concordou com vários pontos levantados por Ana. Para Jemina, a saúde da população negra está relacionada à liberdade. Essa liberdade é entendida como livre acesso, principalmente aos atendimentos. Também se relaciona ao bem viver, ao direito à vida e à confiança nos trabalhadores da saúde, o que é afetado diretamente pelas práticas racistas.

**Rosana Batista Monteiro** entende a saúde da população negra como uma condição de bem-estar, que inclui a capacidade de realizar as tarefas cotidianas.

**Juliana Cintia da Silva** não criou um conceito para a saúde da população negra, mas pensou em questões que, quando ausentes, impedem a discussão sobre a saúde da população negra. Embora o acesso da população negra seja garantido por políticas públicas, não há garantias de que o atendimento ocorrerá de fato. É preciso garantir acesso aos determinantes de saúde (moradia, educação, transporte etc.), igualdade salarial, proteção dos direitos da saúde da população negra e garantias para o atendimento em saúde mental, assegurando que as demandas sejam atendidas de forma oportuna. É necessário ter um serviço de combate ao racismo na prestação de saúde, visto que o racismo impacta diretamente no processo de saúde/adoecimento da população negra.

**Stephany Cecília Rocha Damasceno** entende a saúde da população negra como um espaço de luta política para a ocupação de espaços de gestão, escuta e preservação dos saberes ancestrais.  
Após essas falas, Ana pediu a palavra para acrescentar novos pontos à resposta a partir das intervenções dos colegas. Em relação à fala da companheira Juliana sobre a determinação social da saúde, sobretudo em relação ao salário e às políticas públicas, é importante pensar nos territórios. É necessário territorializar o cuidado. A ideia da intersetorialidade da saúde deve ser vista não como algo externo à saúde, mas sim como um entendimento de que outros setores devem compreender seu papel dentro da saúde.  
Ana trouxe ao debate a ideia de concordância racial em relação à saúde. Ela explicou que leu um estudo recente que demonstra que quanto mais as pessoas se identificam com os profissionais de saúde que as cuidam, mais elas se sentem cuidadas, e quanto mais você se identifica com quem está sendo cuidado, melhor esse cuidado se efetiva. Há um sentimento de reconhecimento. Trata-se de representatividade. É preciso haver mais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos negros, mas isso só ocorrerá a partir de políticas de ações afirmativas. Assim, ela pontuou que as ações afirmativas deveriam contemplar a ideia de concordância racial.

Nesse momento, **Rony** interveio, informando que faltavam cinco minutos para esgotar o tempo previsto para responder ao primeiro questionamento proposto.

Com isso, **Stephany Cecília Rocha Damasceno** pediu a palavra para pontuar o que conseguiu sistematizar a partir das falas de todos os participantes do grupo: a) enfrentamento do racismo, b) acesso às tecnologias, c) transcender as questões biológicas, d) impacto do racismo no adoecimento, e) bem-estar e bem viver, f) direito à vida, g) considerar a vivência dos usuários, h) ações afirmativas, i) práticas ancestrais, j) capacidade de realizar as práticas cotidianas, k) acesso aos determinantes sociais, l) proteção social, m) acesso ao atendimento, n) serviço específico de combate ao racismo, o) espaço de luta política, p) ocupação dos espaços de gestão das políticas públicas, q) intersetorialidade, r) serviço de escuta, s) concordância racial em se ver e se reconhecer nos profissionais de saúde.

Em seguida, **Ana Barbosa** leu sua resposta para a primeira pergunta e sugeriu que os companheiros agregassem os demais elementos a ela, o que foi aceito pelos demais participantes.

“Saúde como liberdade do racismo. Saúde como possibilidade de viver plenamente. Saúde como acesso, não enquanto adscrição a um serviço, mas como acesso às tecnologias (leves ou duras) e níveis de complexidade necessários em determinados momentos da vida. Mais concordância racial nos serviços de saúde (via ações afirmativas). Práticas tradicionais. Bem-estar e bem viver. Políticas públicas nos territórios. Determinantes sociais da saúde. Serviços locais de combate ao racismo. Espaço de luta política.”

A partir desses pontos elencados e da resposta de Ana, o grupo iniciou o processo de construção de um conceito de saúde para a população negra, chegando à seguinte versão:  
“Saúde como liberdade e reconhecimento dos impactos do racismo no processo saúde-adoecimento. Saúde como possibilidade de viver plenamente, bem-estar e bem viver, considerando a capacidade de realizar tarefas cotidianas. Saúde como acesso, não como adscrição a um serviço, mas como acesso às tecnologias (leves ou duras) e níveis de complexidade necessários em determinados momentos da vida. Mais concordância racial nos serviços de saúde. Representatividade (via ações afirmativas). Valorização das práticas ancestrais. Políticas públicas nos territórios. Atenção à determinação social da saúde (moradia, educação, transporte e renda). Intra e intersetorialidade.”  
Encerrada essa etapa, o grupo passou à formulação da resposta da segunda pergunta:

Como deveria ser estruturado um observatório de saúde da população negra?

**Rosana Batista Monteiro** pediu a palavra. Para ela, o observatório pode ser estruturado de forma a receber informações, sistematizá-las e analisá-las nas diversas frentes que devem compor a produção da saúde da população negra. Isso implicaria dados sobre saúde especificamente, mas também sobre outras áreas que são necessárias para a promoção da saúde, como moradia, educação, segurança etc. De modo que o observatório deveria ter subtemas que dialogassem com a saúde.

Para **Jemina Prestes de Souza**, a estrutura do observatório deve desagregar os dados por raça/cor, mas esses dados precisam ser estratificados até o território local, o que permite a capacitação das equipes das clínicas da família e o planejamento. Pode-se utilizar o georreferenciamento e induzir boas práticas, principalmente com o preenchimento do quesito raça/cor. Isso deve ser usado para a formação de trabalhadores e pela gestão (equipe, unidade, região).

Para **Rita Vasconcelos**, o observatório deve conter experiências exitosas. Em relação ao preenchimento do quesito raça/cor, ela pontuou que é muito importante a conscientização de quem preenche o quesito. Na sua visão, quando os profissionais de saúde compreendem o impacto do quesito raça/cor, é muito mais fácil ter adesão ao preenchimento.  
Foi dada a palavra a Ivone da Costa Rosa. Para ela, a estrutura do observatório deve: a) permitir monitorar, analisar e enfrentar as desigualdades sociais em saúde, b) denunciar o racismo, c) promover a equidade no acesso, d) estruturar as equipes, e) áreas de atuação, f) tecnologias, g) engajamento comunitário, h) avaliação contínua.

Para **Stephany Cecília Rocha Damasceno**, o observatório precisa contemplar: a) as organizações da sociedade civil e os movimentos sociais, que, além de se organizarem politicamente para a saúde da população negra, também venham a produzir práticas de cuidado, e b) práticas ancestrais.

Com base em todos esses apontamentos, o grupo chegou à seguinte resposta para a pergunta 2:  
“Um observatório deve ser estruturado de forma a monitorar, receber e fornecer dados, análises e informações que possibilitem o enfrentamento das desigualdades raciais no campo da saúde. Deve trabalhar com dados desagregados por raça/cor, de forma que alcancem as unidades básicas de saúde em seus territórios, e que esses dados, especialmente o quesito raça/cor, sejam de fato compreendidos e utilizados pelos profissionais, para além da obrigatoriedade do preenchimento. Deve garantir o engajamento comunitário, a participação da sociedade civil e do movimento negro, e visibilidade de espaços que promovam práticas ancestrais. Deve realizar avaliações contínuas e utilizar diversas tecnologias digitais para alcançar públicos diversos. Deve atuar de forma permanente para garantir a continuidade das ações. Trabalhar em subtemas para garantir uma ação intersetorial, de forma que a saúde seja entendida em seu conceito ampliado e não como a ausência de doenças. As identidades não devem ser analisadas de forma estanque, mas sim interseccionadas.”

Com isso, passou-se à seguinte pergunta:

Qual a principal contribuição que se espera de um observatório de saúde da população negra?

**Rosana Batista Monteiro** pediu a fala. Ela espera que o observatório seja um assessoramento à implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, induzindo e formando boas práticas, permitindo o controle social e a denúncia do racismo com base em dados, além da produção e difusão de conhecimento relevante.

Para **Ana**, o observatório garantirá a produção e difusão de conhecimentos relevantes, devendo monitorar, produzir conhecimentos, dar visibilidade a questões sociais e de saúde, influenciar políticas públicas e ações governamentais, articular atores sociais-chave em redes e promover formação em saúde em diferentes níveis. Também é importante mapear iniciativas já em andamento.

Com base em todos esses apontamentos, o grupo chegou à seguinte resposta para a pergunta 3:  
“Garantir a produção e difusão de conhecimento relevante, devendo monitorar, produzir conhecimento, dar visibilidade a questões sociais e de saúde, influenciar políticas públicas e ações governamentais, articular atores sociais-chave em redes, promover formação em saúde em diferentes níveis e mapear iniciativas já em andamento. Assessorar na implementação de políticas. Fomentar e instrumentalizar serviços locais de combate ao racismo, como observatórios locais. Espaço de luta política.”

*A atividade foi encerrada às 13h11min.*