| Data: | **16 de outubro de 2024** |
| --- | --- |
| Local: | Windsor Guanabara Hotel - Centro, Rio de Janeiro-RJ |
| Sala: | Plenária |
| Grupo de Trabalho (GT): | 1. Teresa de Benguela |
| Horário de início: | 11h32 |
| Horário de término: | 13h10 |
| Quantidade de presentes: | 23 participantes + técnicos |
| Relatores: | Natalia Belém e Frieda Foit |

Os participantes se sentam em círculo e começam a se apresentar da direita para a esquerda. Eles dizem seus nomes, cumprimentam a todos, todas e todes, e mencionam também suas profissões. Há pessoas de várias partes do Brasil. O grupo de trabalho é composto por 20 integrantes. A maioria dos presentes é formada por pessoas negras que representam a população negra, além de quilombolas, indígenas e outros grupos. São indivíduos que já dedicam seu trabalho à melhoria da qualidade de vida das populações mais marginalizadas, que, "por coincidência", são os mesmos grupos etnográficos em cada estado e cidade do Brasil. Alguns participantes estão vestidos com tecidos de padrões africanos, usando toucas combinando e cabelos trançados, ressaltando as raízes afrodescendentes que permeiam o tema deste simpósio. A maioria destaca seu trabalho diário no combate aos efeitos da segregação, que geram racismo, machismo e a exploração capitalista, além de enfatizar a árdua tarefa de coordenar, em sua maioria, agrupamentos antirracistas, feministas e LGBTQIA+.



**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 estruturado 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.

A primeira pergunta disparadora feita por Ana Paula Cunha foi: “Qual é o conceito de saúde para a população negra?”. Foram distribuídos papéis do tipo post-it para que cada participante pudesse escrever o que identifica como resposta à pergunta. Ela deu um tempo para os participantes pensarem, e a ideia foi colocar as reflexões em um quadro branco localizado no palco, à frente do banner do evento. Os participantes agora conversam sobre o que consideram que responde à pergunta.

**Sandra** foi, com muita coragem, a primeira a falar em voz alta o que pensa sobre o conhecimento (não se referindo ao conhecimento acadêmico) e considera que ele está relacionado à transmissão de saberes, sabedoria ancestral e entendimento coletivo.

**Diana** argumenta que, na perspectiva da visão capitalista, a saúde é individualizada. É uma saúde à qual nem todos têm acesso; nem todos têm consciência sobre alimentos saudáveis e, infelizmente, as atividades físicas precisam ser pagas para serem realizadas. Esses elementos confluem na saúde particular. Ela lembra da saúde das populações tradicionais, que é coletiva e ancestral, envolve tradição e capacidade de acesso. Isso não se refere apenas ao acesso à saúde, mas também à inclusão em espaços sociais, onde se pode transitar sem se sentir ameaçado pela polícia, e onde outros não se sintam ameaçados pela sua presença, tendo acesso às terras, expressões de territorialidade e conhecimento ampliado.

**Luciane** conta que iniciou uma breve discussão entre colegas, afirmando que, para a população negra, o conceito de saúde está muito atrelado ao conceito de acesso (como o acesso às políticas públicas já construídas, por exemplo). Isso não se refere apenas às instituições hospitalares, mas também ao acesso à educação, infraestrutura e lazer—políticas que já existem, mas que, dependendo do bairro e do território, chegam de forma limitada, fragmentada e sutil. Essas políticas devem ser moldadas pelas necessidades do território e, assim, acionadas. Sem isso, tudo fica no papel e na utopia, tornando-se um material político sem acesso real e sem equidade.

**Fátima** enfatiza a necessidade de fortalecimento e qualificação das políticas públicas para garantir o acesso à saúde.

**Luana** expressa que o conceito de saúde da população negra também está relacionado a doenças. Quando há doenças prevalentes, como essa população acessa e recebe a prevenção das possíveis enfermidades, considerando fatores genéticos e socioeconômicos?

**Cláudia** fala sobre a falta de humanização: “Doenças nós já temos; agora, demandamos saúde”, explica. “Saúde não é apenas física. É cuidado. É saúde mental, pois estamos enlouquecendo. Somos acusados, apontados, e morremos todos os dias. Sem espaços de reflexão como o simpósio onde estamos neste momento, não conseguiremos avançar”, expressa. Ela sente que estão tentando aniquilá-los diariamente, marginalizá-los e tomar decisões por eles. “Precisamos defender nosso povo, o povo preto. Não precisamos de migalhas; é por isso que estou aqui”, reflete finalmente.

**Pai Celso** pondera sobre a repetição do conceito de saúde para a população negra, apesar da criação da OMS e de todos os organismos responsáveis por esse tema. Ele só conseguiria responder à pergunta observando a casa de candomblé dele. O que chega no terreiro são doenças que a academia aponta como não sendo de competência do Estado cuidar da saúde espiritual. A manutenção de capitanias dentro dos hospitais do SUS, até hoje, não adianta nada, nem mesmo em locais laicos onde também não se trata a saúde espiritual. Para manter a linha do discurso, ele pede direitos a cursos e serviços efetivos, para que as pessoas cheguem à casa de candomblé em condições melhores para viver e ter, de fato, saúde, além da saúde física.

**André Lemos** diz que, ao ouvir Pai Celso, lembrou-se da feira de saúde da Casa Branca, onde, no ano passado, sentiu a partida da Mãe Neuza de Xangô. Ele recorda dela dizendo que saúde é ter uma boa alimentação, teto, lar, afeto, acolhimento e garantia de direitos. Ele compartilha a mesma visão da Mãe Neuza e corrobora as questões emergentes dos impactos da crise climática, mais especificamente sobre as populações mais afetadas, onde não se consideram os aspectos culturais e socioeconômicos. A população negra não é homogênea. Ele fala sobre uma população que possui diferentes aspectos culturais, com povos tradicionais e locais de moradia distintos. Essa indiferença se reflete na ausência de acesso, mas, principalmente, no processo de adoecimento, até mesmo em um processo terapêutico. As religiões não são tratadas de forma igual pelos organismos públicos. A visita de líderes espirituais aos hospitais não é respeitada quando as religiões de matriz africana vêm à tona.

**Márcia**, embora branca, se sente sempre constrangida pela situação. Ela tem familiares diretos que foram donos de escravos e considera que a saúde da população negra também está relacionada à branquitude, que precisa ser colocada em questão. Quando se fala de racismo, a branquitude ainda não é questionada nem implicada no debate. A sociedade é uma só. Se a população negra precisa de mais acesso, isso implica que uma parte da população branca deve renunciar a seu privilégio. Não se pode esperar que o bolo cresça para dividir entre todos. Isso é justiça, não distorção. É necessário implicar os brancos também nesse sentido. Justiça não é distorção. As oportunidades que “queremos” acessar (incluindo a branquitude) estão em mãos brancas (como as dela). Ela exemplifica que, com a inclusão, teve um ator da Globo que veio a dizer que “está muito difícil arranjar bons papéis”.

**Cíntia** se sente contemplada por diversos pontos que foram levantados e diz que, a partir do seu lugar na saúde hospitalar, é impressionante a avaliação dos protocolos médicos, que não percebem a especificidade das diversas populações negras. “Nós somos heterogêneos”, diz, “e é necessário ter isso muito em mente”. Ela traz à tona as políticas públicas e a demanda por melhorias para a aceitação das especificidades dos modos de viver e do que realmente envolve as populações negras e suas nuances. A conexão com o divino também traz cura, assim como as medicinas alopáticas existentes nos hospitais. Dentro do “ser negro” existem outros saberes também.

**Carlos Silva** considera que a pergunta o leva desde o início da sua infância, quando sua cuidadora ajudava a cuidar de seu orixá, Oxalá, e ele tenta se apegar ao conceito de diferença entre política de saúde e saúde em si. O conceito de saúde da população negra, para ele, é coletivo e abrange gestação, nascimento, viver, adoecer, e é necessário considerar todos os sinais de doenças sem racismo no meio. “Precisamos honrar nossa ancestralidade, que é africana, não branca”, afirma. Ele sempre pensa em sua mãe branca e em seu pai negro, lembrando que o pai está mais presente nele devido aos conhecimentos que lhe transmitiu. Cuidar da espiritualidade também reflete no corpo. Ele é psicanalista e vê isso no consultório muitas vezes. Percebe que muitos problemas de saúde estão relacionados às subjetividades e ao que foi feito conosco, mas que, dentro de cada um, sempre reside a saúde.

**Gabriella Mendes** pergunta ao grupo se mais alguém deseja comentar sobre essa pergunta, para que possam continuar com as outras até as 13h.

**Zenó** é a próxima a falar e se sente contemplada pelas falas de muitos. Relata que é necessário conhecer e garantir o acesso à saúde com humanização. Já são conhecidas as doenças que afligem a população negra e os serviços que lhes são negados também.

**Leonaldo** representa o conhecimento da doença falciforme a partir da perspectiva de uma pessoa parda, focando na questão do acolhimento dessa doença, principalmente na população negra. Quando o paciente chega com dor, o acolhimento muitas vezes não é realizado como deveria, por desconhecimento e preconceito. Falta conhecimento sobre o manejo adequado. A população negra precisa de maior equidade, onde equidade não é igualdade. Acolhimento, reconhecimento e equidade.

**Gabriella Mendes** passa para a próxima pergunta e dá cinco minutos para reflexão. A pergunta é: “Como deveria ser estruturado um observatório de saúde da população negra?”.

**Márcia** responde que deve ser um observatório que garanta um equipamento de educação. Uma pessoa que não está envolvida tem dificuldade em entender se não estiver familiarizada com o tema. O letramento racial deve ter instrumentos para que as pessoas possam realizar sua luta dentro do observatório e cumprir um papel de visibilidade.

**Sandra** concorda com Márcia, enfatizando a diversidade da população negra e até mesmo na diversidade religiosa e linguística. Para que o público do observatório possa se expressar, é necessário ter os materiais para colocar em prática o trabalho.

**Adauto** prefere primeiro observar a composição social dos convidados ao evento. Ele se pergunta até que ponto isso será realmente incorporado. Um observatório com uma linguagem excessivamente técnica terá seu acesso limitado, seja pela linguagem, seja pela forma como é oferecido. Até que ponto o observatório realmente assumirá um protagonismo popular? Ele não precisa ser de uso apenas acadêmico, mas deve ter informações de livre acesso e ser gerador de mudança e ação. O protagonismo popular é necessário.

**Rosiane**, ao pensar na estruturação do observatório, considera que isso deve ser feito com dados comprometidos em conjunto com instituições, discutindo dados e realidades com o público a que se destina.

**Fátima** compartilha sua experiência: “Um observatório da saúde da população negra deve ser um espaço que promova debates e reflexão. Ele precisa ser um local onde a população possa ter acesso a informações e participação. Um lugar onde se tenha liberdade de expressão e possa dar voz a quem não tem. Deve estar aberto para o conhecimento, trazendo também essa perspectiva de um público diversificado e que se sinta parte desse observatório, seja na proposta, seja nas ações que ele vai desenvolver”.

**Cláudia** fala da importância de um observatório com clareza nos dados e na humanização, que possibilite às pessoas terem acesso à saúde mental, que é fundamental. “A proposta de um observatório deve ter como base a formação de uma rede de saberes, onde possamos juntar saberes populares e acadêmicos, gerando dados que possam compor um mapeamento verdadeiro da população negra. Este deve ser um espaço de produção e formação”.

**Gabriella Mendes** sugere que o grupo deve passar para a próxima pergunta, com apenas um minuto para reflexão. A pergunta é: “O que deve ser priorizado no sistema de saúde para a população negra?”.

**André Lemos** afirma que a saúde da população negra deve ser tratada com sensibilidade e um olhar voltado para as especificidades que envolvem essa população. Isso deve estar ancorado em um conceito mais amplo de saúde, que não deve se restringir ao discurso puramente técnico e biomédico, mas se relacionar à cultura, à espiritualidade, à ancestralidade e à própria história. O acesso à saúde deve ser equitativo e não limitado à assistência médica, mas contemplar também o acesso a todos os direitos.

A abordagem precisa ser mais inclusiva, permitindo que as vozes da população negra se façam ouvir e que suas histórias sejam respeitadas. Para que isso aconteça, é fundamental a capacitação de profissionais de saúde para lidar com a diversidade e para entender a singularidade das experiências de saúde e doença vividas pela população negra.

**Luciane** complementa que deve haver um cuidado não só com a questão física, mas também com a saúde mental, emocional e espiritual. Ela destaca a importância de um sistema que acolha, escute e compreenda a população negra. “A saúde é integral, não se pode separar o corpo da mente. Para que possamos cuidar da saúde, precisamos olhar para todas essas dimensões de forma integrada”, reforça.

**Carlos** fala sobre a importância do acesso ao conhecimento, pois, para ele, isso é fundamental para a promoção de uma saúde de qualidade. O direito à educação e à informação é um fator essencial para que a população negra tenha um maior entendimento sobre seus direitos e sobre como cuidar de sua saúde. “Quando temos conhecimento, temos poder. E esse poder é essencial para mudar a realidade da saúde da população negra”, reflete.

**Gabriella Mendes** diz que, em uma perspectiva de redução de danos, a saúde deve estar interligada a todas as questões sociais e políticas que impactam a população negra, e isso deve ser uma prioridade. A saúde não deve ser vista como um setor isolado, mas deve ser entendida como parte de um sistema maior que envolve educação, moradia, trabalho e direitos.

“Precisamos trabalhar juntos, em uma rede de apoio, para garantir que todos tenham acesso a uma saúde de qualidade, respeitando suas especificidades e suas histórias”, conclui.

Depois disso, Gabriella Mendes finaliza o encontro e agradece a presença e as contribuições de todos.

| Data: | 16 de outubro de 2024 |
| --- | --- |
| Local: | Windsor Guanabara Hotel - Centro, Rio de Janeiro-RJ |
| Sala: | Plenária |
| Grupo de Trabalho (GT): | 1. Teresa de Benguela |
| Horário de início: | 15h05 |
| Horário de término: | 16h32 |
| Quantidade de presentes: | 23 participantes + técnicos |
| Nomes: | Natália Belém e Frieda Foit |



**14h Continuação e finalização da atividade iniciada na parte da manhã**

Continuação da atividade da manhã (30 minutos)

Cada subgrupo elege um representante que lerá para todo o grupo o que construíram. Após as apresentações, abre-se um debate no grupo todo para chegar a uma contribuição única e conjunta do GT da sala, sobre cada uma das perguntas.

**Roseane** lê os post-it sobre a importância da implementação das políticas públicas para a população negra, em relação à humanização. Através da leitura dos papéis escritos em conjunto é que ela vai comunicando a formação das bases teóricas do futuro observatório:

Destaca a necessidade da presença de maioria ou totalidade de pessoas negras dentro da estrutura do observatório e até organizando-o internamente. A diferença do que acontece na realidade, é que sempre alguém que não é da população negra está ali para decidir algo que não compete a eles. Agrega que tem que ser uma rede para pesquisadores, que disponha de materiais para formação e que garanta um escoamento de informações para a sociedade. Exibe a necessidade das informações serem fiéis e fáceis de entender. Manifesta que o observatório precisa ser um espaço de diálogo com acessibilidade, porque além de uma comunicação efetiva, a forma como esse diálogo é feito é muito significativo. A divulgação dos dados deve ser transformada em informações, para posteriormente serem transformadas em ações que levem a diversas reflexões. Resume, também, que o observatório precisa que essas ações sejam um mecanismo de avaliação e espaço de escuta qualificado com uma linguagem fácil e descomplicada.

Os pontos de vista anotados nos post-it foram os seguintes:

1. **Conceito**

* Conhecimento
* Determinação social
* Vulnerabilização
* Fortalecimento das políticas
* Segurança, tradição, acesso ampliado
* Criminalização da vida
* Acesso e equidade as políticas públicas
* Políticas públicas construtivas
* Saúde é a decolonialidade do ser, poder e estar
* Branquitude em xeque, humanização
* Considero algo que vai além dos cuidados, mas sem diálogos, tratamento e recuperação
* Acesso ao cuidado de saúde (saneamento, infraestrutura, educação e transporte)
* Um conceito de saúde que contemple e considere à constituição social e histórica do povo
* Negro, suas raízes culturais, pelo racismo estrutural. Contemple nossa forma de cuidar e viver. Conceito de saúde
* Viver integralmente e conscientemente saudável
* Exercitar a vida, sem racismos

**2) Estrutura do observatório**

* Escuta qualificada, ex: população rua, população quilombola, falciforme etc.
* Informação sobre serviços, equipamentos, organizações governamentais e não governamentais.
* Registro, artigos
* Ouvindo a diversidade da população através da linguagem
* Defumação de lixos
* Criar uma plataforma de monitoramento
* Fortalecer a qualidade de dados
* Participativo, democrático
* Pilares/áreas
* Comunicação, monitoramento, participação, gestão participativa, prudência política
* Cobrar dados desagregados
* Ser canal de denúncia
* Relatoria epidemiológica
* Divulgação popular das informações
* Banco de dados para pesquisa
* Um observatório que seja acessível e de fácil manejo por gestores, profissionais e sociedade. Que alcance os gestores e tomadores de decisões
* Comunicação efetiva
* Espaço de diálogo
* Divulgação de ações
* Dados epidemiológicos
* Rede de pesquisadores
* Material para formação
* Com acessibilidade e divulgação da informação
* Que garanta canais de escoamento para a sociedade

**3) Contribuição que se espera**

* Que o observatório para além de se construir um mecanismo de monitoramento e avaliação, seja um parâmetro para o controle social. Criação de boletins populares e composição que levem a informação aos grupos/atores ou seja intensiva através de pontos locais de três esferas, gestão movimentos sociais
* Visibilidade dos dados
* Romper silêncio, promover equidade
* Fomentar a reflexão, ação e transformação da política pública
* Democratizar informações, analisar situação e a saúde
* Os dados precisam se transformar em ações de capacitação
* Reconhecer as desigualdades enfrentadas, garantir acesso respeitando o princípio de equidade
* Escuta qualificada, linguagem de fácil entendimento, prevenção
* Acolhimento, reconhecimento, equidade
* Democracia, participação social, fortalecer as políticas públicas existentes, construir políticas públicas aderentes às necessidades
* A população negra precisa se ver neste observatório primeiro conhecer a política da SPN



**Bloco 2 – Possíveis contribuições do observatório** (60 minutos) (Contribuições do Observatório para o monitoramento da PNSIPN

**Finalidade da atividade: Consolidar matriz conceitual.**

Ao final, os GT deixam expostos na sala o que cada grupo elaborou

Como um observatório poderia contribuir para o monitoramento e avaliação da saúde da população negra e da PNSIPN?

**Márcia** indica que é necessário ser sustentável e aponta mais duas questões: conseguir uma governança popular (que inclua a exigência de diálogo com grupos sociais negros) e que não tenha medo de colocar o dedo na ferida. É preciso também interação, pois a perspectiva de duração precisa ser imune às políticas momentâneas.

**Roseane** alega que o observatório exige um ponto focal para onde recorrer caso faltem informações para agir conforme necessário. Um referencial para saber para onde direcionar as informações deve ser obrigatório na criação delas. Ela expressa que é necessário trabalhar com prazos de entrega e demandar justificativas oficiais para quem não os cumpre.

**Leonaldo** traz inicialmente a questão da interoperabilidade: a política deve ser de Estado e não de governo. O observatório precisa existir fora do governo momentâneo. Em segundo lugar, ele questiona qual é o poder do engajamento (governamental) para a implementação da política. Falando desde a ausência de personagens, é preciso agir não apenas de cima para baixo, mas também de baixo para cima. Ele deseja alcançar todas as secretarias de saúde em todo o país. Quando esse engajamento for conseguido, acredita que haverá uma transversalidade de atuação e uma nova maneira de fazer com que essa política seja reconhecida, implementada e executada com o envolvimento de todos os participantes. Considera que não se pode pensar em uma política nacional onde estão envolvidas apenas algumas pessoas na execução, sem representantes de outras secretarias e de outros estados. Ele convida os presentes a considerarem, nos próximos fóruns, o chamado às representatividades de secretarias de saúde de localidades um pouco menores e mais afastadas das capitais, para conseguir um envolvimento e mobilização superiores.

**Carlos** também traz à tona a diferença entre avaliação e monitoramento. Ele entende a palavra monitoramento como algo menos exigente, mais ligado à produção e análise de dados. Ele realmente espera que o observatório seja um espaço de muita reflexão. Na parte de avaliação, que ele considera uma tarefa mais complexa, é necessário criar um observatório que possibilite reflexões e acompanhamento (diferente de apenas monitoramento). Sugere a análise dessa tríade: acompanhamento, monitoramento e avaliação.

**Milena** sugere um portal de transparência. Ela pensa em um setor dentro do monitoramento que considera, talvez, um espaço mais simples de ser feito. Ela traz a ideia porque pensa com a “cabeça da prática” para irem pensando em como construir.

**Pai Celso** acredita que tudo está bem, que estamos costurando ideias e que, embora não sejam bem articuladas, quer colar na ideia das articulações e dos conselhos específicos, pois não existe política sem o outro na mesa. Acredita que é preciso negociar as coisas por etapas. Assim somos nós, homens: sem negociação, o outro te vende na feira. É necessário acrescentar aos outros, pois eles também existem. Na realidade, ele compactua com a ideia expressada por Carlos, de que é preciso ser reflexivo, prático e considerar que é necessário monitorar os casos: “porque se tem camarada que não dá o dado, será necessário estudar a esse camarada e saber o que passa na cabeça dele”, conta. Antigamente não se tinha lei nem norma. Sem a coleta de dados, está-se indo contra a lei. E contra essas pessoas, ele proclama “zero paciência”. A avaliação precisa ser compartilhada, participativa, envolvente, sensível e diferenciada. Ele também ressalta a necessidade de ressignificar as palavras “monitoramento” e “avaliação”, pois quando elas chegam aos ouvidos da periferia, não têm o mesmo significado que na academia. Têm outra leitura e outra avaliação. “Carecemos de pensar em um observatório ‘na boa’, senão ele vai nascer conosco e morrer conosco”, revela. “Eu transformaria os dados em narrativas e isso em subsídios para essas narrativas e discursos. A gente quer observar o que já conhecemos. Como reagir para além da observação?” reflete. Ele se desculpa pelo desabafo.

**Gabriella Mendes** reforça a assinatura na lista de presença tanto da manhã quanto da tarde e convida ao debate da segunda pergunta disparadora.

Como um observatório poderia contribuir com as atividades (boas práticas) de profissionais, pesquisadores, gestores, usuários, movimentos sociais e sociedade civil?

**Gabriella Mendes** inicia o debate perguntando se alguém precisa de mais papel post-it. Ela propõe uma discussão completa entre os presentes sobre as tarefas, objetivos e necessidades de um observatório.

**Diana** quer começar o debate perguntando: “boas práticas para quem? Na perspectiva de quem? Na ideologia de quem? Com olhar para onde?”. Se forem pensar nas “boas práticas” que o próprio dono da saúde entende como “boas práticas de saúde”, não haverá muito em comum com a primeira pergunta respondida sobre o que é saúde para a população negra. Ela afirma que, para cada uma das categorias das perguntas, temos profissionais que envolvem também outros setores. Quando falamos de pesquisadores, precisamos mencionar também universidades que se embasam em matrizes de repressão: branca, elitista, homofóbica, masculina. Não existem disciplinas para ajudar as populações pretas e indígenas, e não há cursos específicos para as formações adequadas para atender esse tipo de população. Não é tarefa do observatório trazer formações, mas sim pode ser um proponente para a constituição de capacitações para quem já está no serviço. Não adianta capacitar aqui se depois as universidades formarem profissionais e jogá-los no mercado sem a sensibilidade desenvolvida. Esses profissionais reproduzem racismo, violência e microagressões, como quando não se adota o nome social, por exemplo. Até hoje não se conseguiu quebrar o paradigma para inserir conhecimentos antirraciais nas grades da academia. Eles permanecem como matérias optativas e eletivas, que só são cursadas se o aluno se interessar. É preciso que sejam obrigatórias na formação nesses espaços altamente elitistas.

**Carlos** pergunta se a cada sujeito cabe a mesma pergunta. Ele nega. Cada sujeito tem um olhar diferente, interesses diferentes, é todo diferente, e nem todos os pesquisadores são docentes. Às vezes, eles são as duas coisas e às vezes não são nenhuma. Sente a falta de quem trabalha com o processo formativo. “Quando falo dos movimentos sociais negros, já sei de quem estou falando, mas sinto que falta referência para a maioria. Pegando o gancho na fala da Diana, tenho aprendido muito com as práticas que são boas e as que não são. Os governos têm muito a aprender sobre educação e gestão dos movimentos sociais. Queria sugerir que todos nós possamos realizar esse exercício de dar uma contribuição. Todos temos contribuições diferentes, e fiquei pensando nas necessidades”, exterioriza. Ressalta que é preciso ter cuidado para não pensar que o observatório vai salvar a população negra, a fim de evitar futuras frustrações. “Depois a gente fica chateado”, expressa.

**Márcia** concorda que é uma discussão muito complexa. Ela trouxe de forma mais objetiva. Primeiro, para que o observatório possa cumprir com as boas práticas e responder às necessidades de todos esses grupos tão diversos, é importante criar uma modelagem acessível a todos, não somente para receber informação, mas também para enviá-la sem perder a riqueza. “O desafio é criar de fato uma modelagem que seja acessível, não só para aportar informação, mas também que seja de fácil acesso para todos esses grupos dentro dessa diversidade”, expõe. A segunda coisa, fazendo referência à segunda pergunta, é que deve reverberar e fazer um grande observatório com dados fantásticos. Sem acesso, não se pode contribuir muito.

**Leonaldo** comunga com o pensamento de todos, mas quer dar um passo para trás. Qual é o mapeamento que se tem com as boas práticas (de profissionais, pesquisadores, gestores, usuários, movimentos sociais e sociedade civil)? Elas existem? Onde estão? Foram construídas por quem? Ele indaga que é preciso saber quais são essas boas práticas (induzindo uma pergunta retórica). “Temos que implementar o mapeamento de quais são essas boas práticas e, então, avaliar, validar e montar uma estratégia específica, considerando as particularidades de cada um deles. Queria deixar essa retórica dentro do contexto da pergunta”, manifesta.

**Pai Celso** quer fazer um comentário em torno das competências dos atores. Ele chamou a atenção pelo fato de que os movimentos sociais, sociedades civis e usuários estão separados por categorias antropológicas, embora pertençam ao mesmo grupo. Se tiver que colocar cada um dentro de uma caixinha, dá para otimizar uma análise. É preciso fazer algo diferente do que já foi vivenciado nesse país. Ele cita dados empíricos que existem sobre negligências de saúde em alguns estados, mas traz à mesa a falta de dados em outros e questiona o porquê. Há algo que pertence ao funcionamento do sistema em si. Não existe saúde negra sem o funcionamento do SUS. As duas coisas precisam ser feitas, pois a primeira sozinha não dá conta. O observatório pode contribuir olhando para os casos, identificando as boas práticas, sem parâmetros e espelhando-se no que já existe nos ministérios e na Organização Mundial da Saúde. Ele se lamenta por não conseguir escrever tudo isso apenas em um post-it.

**Gabriella Mendes** pergunta se mais alguém quer falar.

**Marcos** quer compartilhar uma experiência que ele entende como “boa prática”. Ele trabalhava na vigilância sanitária e, em certo momento, no evento em que os núcleos de vigilância apresentaram as “boas práticas nos serviços de saúde” entre todos os núcleos de vigilância sanitária do país, em 2023, foi inserida a categoria “equidade”. Vários municípios enviaram ações sobre as boas práticas no eixo da equidade. Houve uma quantidade significativa de projetos da índole de “colocar DIU nas mulheres negras”. Ele conta que teve que realizar dois trabalhos: primeiro, negar os que foram para ele, e, segundo, buscar outros avaliadores para que eles negassem também. Ele afirma que os presentes têm a possibilidade de definir, de fato, o que é uma boa prática para a saúde da população negra e denunciar o que não é.

Hoje, há uma lacuna dentro da academia e da gestão quando se fala da saúde da população negra, especialmente em questões conceituais muito básicas. Deixar o significado das “boas práticas” de uma forma muito ampla corre o risco de amparar ações racistas, misóginas e discriminatórias. Agradece.

**Gabriella Mendes** agradeceu as opiniões de todos e pediu para repetir o que foi feito por Roseane mais cedo: escolher alguém para sintetizar o que foi debatido. Pedem um outro voluntário(a) e Diana foi a escolhida.

**Diana** se dirige a ficar em pé ao lado do quadro com os post-its. Toma o microfone e diz que irá realizar uma “provocação”. Ficou muito impactada por um evento que participou no mês passado, o “MEDTROP”, um evento de medicina tropical. O evento trazia o lema de “não é só saúde”. Eles discutiam a perspectiva de “homem” (sem considerar mulher e outras categorias de gênero), “animais” e “vegetais”. Os indígenas não foram citados e nem estiveram presentes, mesmo já tendo as mesmas categorias no próprio conhecimento de saúde deles. Os terreiros também fazem isso há muito tempo. “Estamos fazendo aqui, mas a saúde lá está falando outra coisa, e isso vai ficar só aqui e na plataforma. No final, é isso. Quando pensamos na discussão do nosso grupo sobre monitoramento e avaliação, percebemos que monitoramento diz respeito a uma coisa, avaliação a outra, e é preciso acrescentar acompanhamento. A partir do observatório, precisamos criar estratégias para monitorar como esses dados estão sendo produzidos nos municípios e, ao mesmo tempo, como fazer essa avaliação, tanto da saúde da população negra a partir da perspectiva de profissionais, quanto dos usuários e usuárias de saúde, além da avaliação da própria política. Como esse dado vai se apresentar, em termos de resultado, se a política nacional de saúde integral da população negra facilita, de fato, ou não? Se a política diz que precisamos ter capacitação de profissionais, pensando e discutindo essas questões, é porque não está havendo capacitação. Se a política também determina que os cursos de graduação precisam discutir a saúde da população negra e isso não acontece, a política não está sendo implementada”, posiciona-se.

Ela exemplifica com mulheres em situação de parto e puerpério e a alta taxa de óbito que esse grupo apresenta. A respeito da contribuição do observatório, em uma primeira instância, é a contribuição com todas as categorias que foram colocadas no papel: profissionais, pesquisadores, pesquisadoras, docentes, movimentos sociais, sociedade civil, gestores, gestoras, usuários e usuárias. Cada uma dessas categorias tem uma demanda distinta, uma ação distinta e práticas distintas. Ressalta que é preciso pensar as práticas, principalmente dialogando com os movimentos sociais, fazendo uma intersecção com a primeira questão que foi colocada: “o que se entende por saúde aos olhos da população negra?” E pensar, portanto, as boas práticas a partir dessas proposições.

Ela acredita que seria bom também que o observatório se questionasse sobre ser propositor, em termos de capacitação para os profissionais ou para aqueles que estão em processo de formação. Incorporar um mapeamento efetivo das boas práticas que já existem para construir o que é necessário é um dos pilares que definem a segunda pergunta.

**Márcia** diz que o conceito de “saúde única” trazido por Diana (“one health” em inglês) é importado e que é preciso criar os próprios parâmetros.

**Marli** debate, alegando que foi apenas um exemplo para ir além do observatório. O que será feito, desde um movimento contra-hegemônico, para lidar com esses tipos de ações?

**André** percebe que isso passa por várias questões sociais e políticas, inclusive dentro de casa. Para complementar Marli, o questionamento que faz é como o observatório disponibiliza um espaço para gerar debate, para amadurecer o que está sendo observado como problema, garantindo que a política avance.

**Gabriella Mendes** informa que Marcos será o último a falar neste bloco, pois todos os outros grupos de trabalho já estão se dirigindo ao local do almoço. Ela reforça que o debate precisa finalizar aqui e pede para escolherem duas pessoas que falarão depois do café, com ideias e que serão responsáveis por fazer a síntese de tudo o que foi falado ao longo do dia. Ela passa a palavra a Marcos.

**Marcos** complementa em 10 segundos a fala de André, pensando que as pessoas precisam de um espaço (ele acredita que o observatório terá essa possibilidade) para fomentar a agenda também. Ele menciona, da mesma forma, o tema da “saúde ambiental” para ser discutido. Estão vivendo situações ambientais catastróficas e é sabido qual é a população mais afetada por esses impactos, mas não há lugar para discutir isso atualmente. Quando se tenta trazer essa discussão à mesa, logo se é catalogado como “população em vulnerabilidade”. Estão sendo discutidos parâmetros que vêm de órgãos internacionais, mas eles não têm experiência no SUS. É necessário levantar essas questões que, infelizmente, não se encontram nos espaços de debate. Fazendo essa articulação partidária, política e acadêmica, dentro desse espaço do observatório, além de dar visibilidade a ele, haverá um local para fomentar as agendas.

*Começa o recesso para o almoço.*

As respostas anotadas nos post-it foram os seguintes:

1. **Monitoramento e Avaliação**

* Apresentando indicadores, dados e informações da população negra de forma desagregada e articuladas a outros sistemas de informação
* Sendo sustentável indo além do TED
* Conseguindo ser imune a interferências externas (governamentais)
* Garantindo participação popular na governança
* Cobrança as secretarias de saúde de como é feita e executada as políticas no município, cobrança de prestação de contas
* Produzir e sugar dados informados
* Contribuição com atividades políticas
* Mapear e analisar, educar as contribuições de cada
* Gerar uma rotina de geração a produção de dados
* Cobrança de dados
* A análise do dado precisa explicitar se implementação do PNSIPN ou não
* Envolvimentos de outros personagens, como canais e que acha engajamento pelos responsáveis pela execução

1. **Como o observatório poderia contribuir com aas atividades?**

* Materiais didáticos e pedagógicos, experiências formativas, disponibilização de ferramentas de apoio
* Garantindo visibilidade ampla para as informações reunidas
* Proposições de capacitações por especificidades de cada categoria
* Pensar a discussão dos currículos de formação das universidades
* Fomentando a disseminação correta aos dados sobre a população negra
* Mapeamento efetivo das boas práticas elas existem? onde estão? contribuídas por onde?