



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

BRUNA LIMA SELAU

**Lutas e resistências no contexto da covid-19: contribuições do associativismo na garantia de saúde das populações do campo, da floresta e das águas**

Florianópolis, 2024

BRUNA LIMA SELAU

**Lutas e resistências no contexto da covid-19: contribuições do associativismo na garantia de saúde das populações do campo, da floresta e das águas**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Douglas Francisco Kovaleski

Florianópolis

2024

Selau, Bruna Lima

Lutas e resistências no contexto da covid-19:  
contribuições do associativismo na garantia de saúde das  
populações do campo, da floresta e das águas / Bruna Lima  
Selau ; orientador, Douglas Francisco Kovaleski, 2024.  
363 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Associativismo. 3. Populações do  
campo, da floresta e das águas. 4. Covid-19. 5. Saúde  
Coletiva. I. Kovaleski, Douglas Francisco . II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Bruna Lima Selau

**Lutas e resistências no contexto da covid-19: contribuições do associativismo na garantia de saúde das populações do campo, da floresta e das águas**

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 24 de maio de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Fernando Ferreira Carneiro, Dr.  
Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Marta Inez Machado Verdi, Dra.  
UFSC

Prof. Fernando Mendes Massignan, Dr.  
Universidade de Coimbra

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof. Douglas Francisco Kovaleski,  
Dr. Orientador

Florianópolis, 2024

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos à CAPES pelo apoio financeiro concedido através da bolsa de estudos, que viabilizou a realização desta pesquisa. Sem esse suporte, este trabalho não teria sido possível.

Ao meu orientador Douglas Kovaleski, meu mais profundo agradecimento por sua orientação, confiança e apoio ao longo de toda a jornada acadêmica. Seu acompanhamento, contribuições e incentivo foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo.

À minha companheira Marina Bastos Paim, que esteve ao meu lado em todos os momentos, incentivando-me e oferecendo suporte emocional e acadêmico. Sem você nessa jornada, essa pesquisa não teria acontecido, você foi e sempre será uma fonte constante de inspiração. Obrigada por construir a Kombi Magó comigo, por fazer parte da coleta de dados e por apoiar essa pesquisa.

Um agradecimento especial é dedicado ao Movimento Sem Terra, a Associação Quilombola de Caluete, a Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde e a Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos que foram parte integrante desta pesquisa. Suas iniciativas e lutas foram fundamentais para construir esse trabalho, e sem sua colaboração e engajamento, esta pesquisa não teria sido possível.

Gostaria de agradecer também à Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Campo de Pernambuco, em especial a Thaiara Dornelles Lago, por abrir as portas e me acolher, vocês foram a ponte inicial para começar esta pesquisa.

Expresso minha gratidão pelo acolhimento caloroso que recebi em todos os lugares que visitei durante esta jornada. Cada pessoa que cruzou meu caminho contribuiu de alguma forma para enriquecer este estudo, e por isso, sou profundamente grata.

Aos meus colegas de doutorado, em especial aos da representação discente, agradeço pela companhia, apoio mútuo e pelo compartilhamento de experiências que tornaram essa jornada mais leve e enriquecedora.

Por fim, dedico um agradecimento especial à minha família, que mesmo distante, esteve sempre presente, oferecendo seu amor, apoio incondicional e encorajamento. Suas palavras de incentivo foram um verdadeiro combustível para minha jornada acadêmica.

A todos os mencionados e a tantos outros que contribuíram de alguma forma para este trabalho, meu mais profundo e sincero obrigado.

## **O direito de sonhar**

*Que tal se delirarmos por um tempinho  
Que tal fixarmos nossos olhos mais além da infâmia  
Para imaginar outro mundo possível?*

*O ar estará mais limpo de todo o veneno que  
Não provenha dos medos humanos e das humanas paixões.*

*Nas ruas, os carros serão esmagados pelos cães.  
As pessoas não serão dirigidas pelos carros  
Nem serão programadas pelo computador.  
Nem serão compradas pelos supermercados  
Nem serão assistidas pela TV,  
A TV deixará de ser o membro mais importante da família,  
Será tratada como um ferro de passar roupa  
Ou uma máquina de lavar.*

*Será incorporado aos códigos penais  
O crime da estupidez para aqueles que a cometem  
Por viver só para ter o que ganhar  
Ao invés de viver simplesmente  
Como canta o pássaro sem saber que canta  
E como brinca a criança sem saber que brinca.*

*Em nenhum país serão presos os jovens  
Que se recusem ao serviço militar  
Senão aqueles que queiram servi-lo.  
Ninguém viverá para trabalhar.  
Mas todos trabalharemos para viver.  
Os economistas não chamarão mais  
De nível de vida o nível de consumo  
E nem chamarão a qualidade de vida  
A quantidade de coisas.*

*Os cozinheiros não mais acreditarão  
que as lagostas gostam de ser fervidas vivas.  
Os historiadores não acreditarão que os países adoram ser invadidos.  
Os políticos não acreditarão que os pobres  
Se encantam em comer promessas.*

*A solenidade deixará de acreditar que é uma virtude,  
E ninguém, ninguém levará a sério alguém que não seja capaz de rir de si mesmo.*

*A morte e o dinheiro perderão seus mágicos poderes  
E nem por falecimento e nem por fortuna  
Se tornará o canalha em virtuoso cavalheiro.*

*A comida não será uma mercadoria  
Nem a comunicação um negócio  
Porque a comida e a comunicação são direitos humanos.  
Ninguém morrerá de fome*

*Porque ninguém morrerá de indigestão.*

*As crianças de rua não serão tratadas como se fossem lixo  
Porque não existirão crianças de rua.  
As crianças ricas não serão como se fossem dinheiro  
Porque não haverá crianças ricas.*

*A educação não será privilégio daqueles que podem pagá-la  
E a polícia não será a maldição daqueles que podem comprá-la*

*A justiça e a liberdade, irmãs siamesas  
Condenadas a viver separadas  
Voltarão a juntar-se, bem agarradinhas,  
Costas com costas.*

*Na Argentina, as loucas da Plaza de Mayo  
Serão um exemplo de saúde mental  
Porque elas se negaram a esquecer  
Os tempos da amnésia obrigatória.*

*A Santa Madre Igreja corrigirá  
Algumas erratas das Taboas de Moisés,  
E o sexto mandamento mandará festejar o corpo.  
A Igreja ditará outro mandamento que Deus havia esquecido:  
“Amarás a natureza, da qual fazes parte”*

*Serão reflorestados os desertos do mundo  
E os desertos da alma  
Os desesperados serão esperados  
E os perdidos serão encontrados  
Porque eles são os que se desesperaram por muito esperar  
E eles se perderam por tanto buscar.*

*Seremos compatriotas e contemporâneos  
De todos o que tenham  
A vontade de beleza e vontade de justiça  
Tenham nascido quando tenham nascido  
Tenham vivido onde tenham vivido  
Sem importarem nem um pouquinho  
As fronteiras do mapa e do tempo.*

*Seríamos imperfeitos  
Porque a perfeição continuará sendo o aborrecido privilégio dos deuses  
Mas neste mundo, trapalhão e fodido,  
Seremos capazes  
De viver cada dia como se fosse o primeiro  
E cada noite como se fosse a última.*

*Eduardo Galeano*

## RESUMO

As populações do campo, da floresta e das águas (PCFA) foram consideradas populações em maior risco e/ou vulnerabilidade durante a pandemia de covid-19. Diante da negligência do Estado, muitos povos e comunidades tiveram que se organizar a fim de sobreviver à pandemia do coronavírus. O objetivo da tese foi analisar as práticas associativas relacionadas à saúde das populações do Campo, da Floresta e das Águas frente à pandemia de covid-19. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo realizado a partir de estudo de casos múltiplos. Foram empregadas como técnicas de coleta de dados a observação participante e entrevista semiestruturada. A análise de dados foi realizada a partir da análise temática. Foram visitadas associações de três regiões do Brasil, sendo elas Sul, Sudeste e Nordeste. Participaram da pesquisa o Movimento Sem Terra (MST) e três associações quilombolas, sendo realizadas 15 entrevistas. Para realizar a análise dos dados, os casos foram separados por Caso 1 do MST e Caso 2 das Associações Quilombolas. Como resultado foram mapeadas as iniciativas de Vigilância popular em saúde, Educação Popular em Saúde, Agroecologia, Solidariedade, Práticas tradicionais e populares de cuidado em saúde e Saúde Mental. No caso 1 do MST, as ações mapeadas incluem ações de prevenção ao vírus, saúde mental, promoção da saúde, vigilância popular em saúde, educação em saúde, assistência social e jurídica, utilização das práticas tradicionais e populares de cuidado e ações de solidariedade. Além disso, foi apresentado o projeto dos agentes populares de saúde/agentes populares de saúde do campo. No Caso 2 das Comunidades Quilombolas foram acompanhadas as iniciativas: de garantia da vacinação quilombola durante a pandemia; do trabalho da residência multiprofissional em saúde em conjunto com as associações quilombolas que possibilitou diversas ações de contenção ao vírus, de educação e vigilância em saúde e também de organização popular; e o caso de organização popular da Comunidade Quilombola dos Arturos - Contagem (MG) que teve sua atuação voltada para prevenção e mitigação dos efeitos da pandemia e para a garantia de saúde da população quilombola. Por fim, conclui-se que as iniciativas mapeadas incluíram ações de proteção ao vírus e sobrevivência, mas atuaram em uma perspectiva emancipatória de saúde construindo um diálogo entre as concepções biomédicas ocidentais e conhecimentos tradicionais e populares. Foram iniciativas direcionadas para descolonização da saúde na medida em que foram construídas a partir da organização social e dos saberes tradicionais das PCFA, incluindo iniciativas de cuidado coletivo, práticas tradicionais e populares de cuidado, respeito ao meio ambiente e produção de alimentos agroecológica. A partir das experiências de práticas associativas das PCFA partilhadas nessa tese, observa-se a necessidade de ampliar e complexificar as discussões da saúde coletiva para que acolham e dialoguem com outras práticas e compreensões de saúde em direção a uma sociedade do bem-viver. Para isso, é importante reconhecer o cuidado em saúde a partir de sua concepção coletiva em busca da promoção da saúde emancipatória.

**Palavras-chave:** Associativismo; Populações do campo, da floresta e das águas; covid-19.

## ABSTRACT

The rural, forest, and water populations (PCFA) were considered populations at greater risk and/or vulnerability during the covid-19 pandemic. Faced with the neglect of the State, many peoples and communities had to organize themselves in order to survive the coronavirus pandemic. The aim of the thesis was to analyze associative practices related to the health of rural, forest, and water populations in the face of the covid-19 pandemic. It is a qualitative study conducted through multiple case studies. Data collection techniques employed included participant observation and semi-structured interviews. Data analysis was performed using thematic analysis. Associations in three regions of Brazil were visited, namely South, Southeast, and Northeast. The research involved the Landless Workers Movement (MST) and three quilombola associations, with a total of 15 interviews conducted. For data analysis, the cases were separated into Case 1 for MST and Case 2 for Quilombola Associations. As a result, initiatives such as Popular Health Surveillance, Popular Health Education, Agroecology, Solidarity, Traditional and Popular Health Care Practices, and Mental Health were mapped. In Case 1 of the MST, mapped actions included virus prevention, mental health, health promotion, popular health surveillance, health education, social and legal assistance, use of traditional and popular care practices, and solidarity actions. Additionally, the project of popular health agents/field popular health agents was presented. In Case 2 of the Quilombola Communities, the following initiatives were observed: ensuring quilombola vaccination during the pandemic; the work of multiprofessional health residency in conjunction with quilombola associations that enabled various virus containment, health education, and surveillance actions, as well as popular organization; and the case of popular organization of the Arturos Quilombola Community - Contagem (MG), which focused on preventing and mitigating the effects of the pandemic and ensuring the health of the quilombola population. In conclusion, the mapped initiatives included actions for virus protection and survival but acted from an emancipatory health perspective, building a dialogue between Western biomedical concepts and traditional and popular knowledge. They were initiatives aimed at the decolonization of health as they were built from the social organization and traditional knowledge of PCFA, including collective care initiatives, traditional and popular care practices, respect for the environment, and agroecological food production. From the experiences of associative practices of PCFA shared in this thesis, there is a need to broaden and complexify discussions of collective health to accommodate and engage with other health practices and understandings towards a society of well-being. Therefore, it is important to recognize health care from its collective conception in pursuit of emancipatory health promotion.

**Keywords:** Associativism; Rural, Forest, and Water Populations; COVID-19.

## RESUMEN

Las poblaciones del campo, del bosque y del agua (PCBA) fueron consideradas como poblaciones en mayor riesgo y/o vulnerabilidad durante la pandemia de COVID-19. Ante la negligencia del Estado, muchos pueblos y comunidades tuvieron que organizarse para sobrevivir a la pandemia del coronavirus. El objetivo de la tesis fue analizar las prácticas asociativas relacionadas con la salud de las poblaciones del Campo, del Bosque y del Agua frente a la pandemia de COVID-19. Se trata de un estudio de carácter cualitativo realizado a partir de estudios de casos múltiples. Se emplearon como técnicas de recolección de datos la observación participante y la entrevista semiestructurada. El análisis de datos se realizó a partir del análisis temático. Se visitaron asociaciones de tres regiones de Brasil, a saber, Sur, Sudeste y Nordeste. Participaron en la investigación el Movimiento de Trabajadores Rurales Sin Tierra (MST) y tres asociaciones quilombolas, realizándose 15 entrevistas. Para realizar el análisis de los datos, los casos se separaron en Caso 1 del MST y Caso 2 de las Asociaciones Quilombolas. Como resultado, se mapearon iniciativas de Vigilancia Popular en Salud, Educación Popular en Salud, Agroecología, Solidaridad, Prácticas Tradicionales y Populares de Cuidado en Salud y Salud Mental. En el Caso 1 del MST, las acciones mapeadas incluyen acciones de prevención del virus, salud mental, promoción de la salud, vigilancia popular en salud, educación en salud, asistencia social y jurídica, utilización de prácticas tradicionales y populares de cuidado y acciones de solidaridad. Además, se presentó el proyecto de agentes populares de salud/agentes populares de salud del campo. En el Caso 2 de las Comunidades Quilombolas se siguieron las iniciativas: de garantía de la vacunación quilombola durante la pandemia; del trabajo de la residencia multiprofesional en salud en conjunto con las asociaciones quilombolas que posibilitó diversas acciones de contención al virus, de educación y vigilancia en salud y también de organización popular; y el caso de organización popular de la Comunidad Quilombola de los Arturos - Contagem (MG) que tuvo su actuación enfocada en la prevención y mitigación de los efectos de la pandemia y en la garantía de salud de la población quilombola. Finalmente, se concluye que las iniciativas mapeadas incluyeron acciones de protección al virus y supervivencia, pero actuaron desde una perspectiva emancipatoria de salud construyendo un diálogo entre las concepciones biomédicas occidentales y los conocimientos tradicionales y populares. Fueron iniciativas dirigidas hacia la descolonización de la salud en la medida en que se construyeron a partir de la organización social y de los saberes tradicionales de las PCBA, incluyendo iniciativas de cuidado colectivo, prácticas tradicionales y populares de cuidado, respeto al medio ambiente y producción de alimentos agroecológica. A partir de las experiencias de prácticas asociativas de las PCBA compartidas en esta tesis, se observa la necesidad de ampliar y complejizar las discusiones de la salud colectiva para que acojan y dialoguen con otras prácticas y comprensiones de salud hacia una sociedad del buen vivir. Para ello, es importante reconocer el cuidado en salud a partir de su concepción colectiva en busca de la promoción de la salud emancipatoria.

**Palabras clave:** Asociativismo; Poblaciones del campo, del bosque y del agua; COVID-19.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Bolsonaro segura caixa de cloroquina e oferece para Ema .....	64
Figura 2 - Distribuição percentual da população nos censos demográficos segundo as grandes regiões e situação do domicílio rural e urbano. Brasil, 1950 a 2010.....	75
Figura 3 - Kombi construída para coleta de dados (2021) .....	107
Figura 4 - Foto da cozinha da Kombi (2021) .....	107
Figura 5 - Mapa dos locais de coleta de dados .....	108
Figura 6 - Chegada no fim/início da BR101.....	109
Figura 7 - Posto de Gasolina Itamaraju (BA).....	110
Figura 8 – Fotos do Assentamento João Teixeira do MST em Serra Talhada (PE).....	113
Figura 9 – Fotos do Assentamento Virgulino Ferreira do MST em Serra Talhada (PE) .....	113
Figura 10 - Fotos do Assentamento Che Guevara do MST em Moreno (PE).....	114
Figura 11 - Fotos da Brigada Solidária Ibura do MST em Recife (PE) .....	114
Figura 12 - Fotos do Acampamento Marielle Vive do MST em Valinhos (SP) .....	115
Figura 13 - Fotos da Associação Quilombola de Caluete em Garanhuns (PE).....	115
Figura 14 - Fotos da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde em Caruaru (PE) .....	116
Figura 15 - Fotos da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos em Contagem (MG).....	116
Figura 16 - Faixa utilizada na Comunidade dos Arturos para lembrar o uso de máscara .....	127
Figura 17 - Cozinha Solidária das Palafitas-Recife (PE) .....	138
Figura 18 - Roçado Solidário Agroecológico com alimentos plantados para doação, Moreno (PE).....	139
Figura 19 - Produção de fitoterápicos, Acampamento Marielle Vive - SP .....	143
Figura 20 - Horta medicinal do Quilombo dos Arturos.....	144
Figura 21 - Entrada do Acampamento Marielle Vive, São Paulo (SP).....	169
Figura 22 - Assentamento do Agreste Pernambucano (PE) .....	170
Figura 23 - Espaço de realização das atividades de educação no Acampamento Marielle Vive - SP .....	183
Figura 24 - Horta de Plantas Medicinais do Acampamento Marielle Vive - SP.....	187
Figura 25 - Atividade de escalda pés, Acampamento Marielle Vive - SP .....	188
Figura 26 - Farmácia Viva da Brigada Solidária da comunidade de Ibura (PE).....	189

Figura 27 - Cozinha das Palafitas .....	202
Figura 28 – Criança levando comida nas cozinhas das Palafitas .....	203
Figura 29 - Horta Medicinal Comunidade Ibura, Recife (PE) .....	204
Figura 30 - Espaço agroecológico de produção do acampamento Marielle Vive-SP .....	224
Figura 31 - Atividade do Roçado Solidário no Assentamento Che Guevara, Valinhos (PE) .....	226
Figura 32 - Associação Quilombola de Caluete .....	244
Figura 33 - Conhecendo a comunidade Quilombola de Serra Verde .....	245
Figura 34 - Casa do Patriarca Arthur Silvério .....	253
Figura 35 - Espaço de atividades e reuniões da Associação da Comunidade dos Arturos.....	254
Figura 36 - Faixas para uso de máscara na comunidade dos Arturos.....	256
Figura 37 - Boletim Epidemiológico Comunidade dos Arturos.....	258

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos(as) entrevistados(as) por associação .....	111
Quadro 2 - Iniciativas para garantia de saúde realizadas pelas associações/movimento social participantes da pesquisa .....	117
Quadro 3 - Ações de Vigilância Popular em Saúde .....	123
Quadro 4 - Ações desenvolvidas pelo MST para enfrentamento da covid-19 .....	166

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos domicílios particulares permanentes, por situação de segurança alimentar existente no domicílio, segundo a situação do domicílio - Brasil - período 2017-2018.....	79
Gráfico 2 - Evolução da prevalência de segurança alimentar e insegurança alimentar leve, moderada e grave nos domicílios particulares - Brasil - 2004/2018 .....	80
Gráfico 3 - Os Conflitos por Terra, Ocupações/Retomadas e Acampamentos no Brasil.....	83
Gráfico 4 - Distribuição proporcional dos domicílios por nível de Segurança/Insegurança Alimentar no Brasil e área de moradia. ....	89

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANA	Articulação Nacional de Agroecologia
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
APIB	Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
APS	Atenção Primária à Saúde
AMOT	Associação de Moradores de Trindade
BM	Banco Mundial
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPT	Comissão Pastoral da Terra
CONAQ	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CPA	Cooperativas de Produção Agropecuária
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EPS	Educação Popular em Saúde
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Relevância Internacional
EZLN	Exército Zapatista de Libertação Nacional
FMI	Fundo Monetário Internacional
IA	Insegurança Alimentar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
LGBT	População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MMC	Movimento de Mulheres Camponesas
MPA	Movimentos dos Pequenos Agricultores
MST	Movimento Sem Terra
MTD	Movimento dos Trabalhadores por Direitos
MXVPS	Movimento Xingu Vivo Para Sempre

NB	Núcleos de Base
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PBF	Programa Bolsa Família
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PENSSAN	Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar
PCFA	Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PCTs	Povos e Comunidades Tradicionais
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PMM	Programa Mais Médicos
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNPICS	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PT	Partido dos Trabalhadores
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Campo de Pernambuco
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TSS	Territórios Saudáveis e Sustentáveis
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>2 MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>24</b>
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE CAPITALISMO, COLONIALISMO E PATRIARCADO .....	24
2.2 EPISTEMOLOGIAS DO SUL: TRAÇANDO LINHAS ENTRE A SOCIOLOGIA DAS AUSÊNCIAS E A SOCIOLOGIA DAS EMERGÊNCIAS .....	29
2.3 RAÇA, RACISMO E FORMAÇÃO DOS QUILOMBOS: HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA E DA RESISTÊNCIA DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL .....	34
2.4 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE .....	38
<b>3 MARCO CONTEXTUAL</b> .....	<b>40</b>
3.1 “DEMOCRACIA É SAÚDE”: CONSIDERAÇÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E O ASSOCIATIVISMO NA SAÚDE .....	40
3.1.1 <i>Democracia, sociedade civil e participação social: reflexões sobre as democracias de baixa e de alta intensidade</i> .....	40
3.1.2 <i>Associativismo, participação social e saúde: os caminhos para uma participação emancipatória em saúde</i> .....	46
3.2 PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL E NO MUNDO: SOBRE CRISES, INIQUIDADES E NECROPOLÍTICA .....	53
3.2.1 <i>Como chegamos à pandemia de Covid-19? Refletindo sobre história, saúde e meio ambiente</i> .....	53
3.2.2 <i>Panorama global da pandemia de covid-19: capitalismo, colonialismo e patriarcado</i> .....	58
3.2.3 <i>A gestão necropolítica da pandemia no Brasil: “e daí? Eu não sou covão”</i> .....	60
3.3 A SAÚDE DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS: SOBRE A PANDEMIA E OS OUTROS MUNDOS POSSÍVEIS .....	72
3.3.1 <i>Panorama sobre a saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas no Brasil</i> .....	72
3.3.2 <i>A covid-19 e as populações do campo, da floresta e das águas: marcas do racismo e colonialismo na gestão necropolítica brasileira</i> .....	86
3.3.3 <i>Luta e resistência no contexto da covid-19: associativismo, ações emancipatórias de saúde e os outros mundos possíveis</i> .....	93
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>97</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA .....	98
4.2 SELEÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES E MOVIMENTOS SOCIAIS .....	99
4.3 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO .....	100
4.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	103
4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	104
<b>5 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA</b> .....	<b>106</b>
5.1 CAMINHOS TRILHADOS PARA INÍCIO DA PESQUISA: SOBRE A PANDEMIA, A CONSTRUÇÃO DA KOMBI E VIAGEM PELA BR101 .....	106
5.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS SUJEITOS E DOS LOCAIS DA PESQUISA .....	111
<b>6 MAPEAMENTO E DESCRIÇÃO DAS INICIATIVAS DESENVOLVIDAS PELAS ASSOCIAÇÕES E MOVIMENTOS SOCIAIS DO CAMPO FRENTE À COVID-19</b> .....	<b>117</b>
6.1 VIGILÂNCIA POPULAR DA SAÚDE .....	119
6.2 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE .....	130
6.3 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, AGROECOLOGIA E SOLIDARIEDADE .....	134
6.4 PRÁTICAS TRADICIONAIS E POPULARES DE CUIDADO EM SAÚDE .....	141
6.5 SAÚDE MENTAL .....	144
<b>7 PANDEMIA, EMANCIPAÇÃO E SAÚDE: ORGANIZAÇÃO POPULAR COMO RESISTÊNCIA À NECROPOLÍTICA E NA LUTA PELA GARANTIA DE SAÚDE DAS PCFA</b> .....	<b>148</b>
<b>8 CASO 1: MOVIMENTO SEM TERRA</b> .....	<b>155</b>

8.1 ORGANIZAÇÃO NACIONAL DO MST PARA COMBATE AO VÍRUS .....	159
8.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO MST PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19.....	166
8.2.1 <i>Iniciativas do MST de Vigilância Popular em Saúde</i> .....	167
8.2.2 <i>Iniciativas do MST de Educação Popular em Saúde</i> .....	172
8.2.3 <i>Iniciativas do MST para assessoria jurídica e assistência social</i> .....	177
8.2.4 <i>Iniciativas do MST para garantia e acompanhamento da educação infantil</i> .....	182
8.2.5 <i>Iniciativas do MST de Práticas Tradicionais e Populares de Cuidado</i> .....	185
8.2.6 <i>Iniciativas do MST de Cuidado em Saúde Mental</i> .....	189
8.3 PROJETO AGENTES POPULARES DE SAÚDE.....	192
8.3.1 <i>Agentes Populares de Saúde do Campo</i> .....	205
8.3.2 <i>Agentes Populares de Saúde e garantia de saúde no campo e na cidade: o povo cuidando do povo</i> .....	210
8.4 SOLIDARIEDADE ATIVA, SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E AGROECOLOGIA	215
<b>9 CASO 2: ASSOCIAÇÕES QUILOMBOLAS.....</b>	<b>231</b>
9.1 OS CAMINHOS TRILHADOS PARA VACINAÇÃO DAS POPULAÇÕES QUILOMBOLAS: LUTA, ORGANIZAÇÃO E AQUILOMBAMENTO.....	231
9.2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO CAMPO E AS ASSOCIAÇÕES QUILOMBOLAS DO AGRESTE PERNAMBUCADO: A RESIDÊNCIA EM SAÚDE FORTALECENDO A ORGANIZAÇÃO POPULAR .....	244
9.3 VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: O CASO DA COMUNIDADE QUILOMBOLA DOS ARTUROS .....	251
<b>10 OUTROS MUNDOS POSSÍVEIS: DIÁLOGOS ENTRE A SAÚDE COLETIVA E OS MOVIMENTOS SOCIAIS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE EMANCIPATÓRIA .....</b>	<b>267</b>
10.1 POR UMA SAÚDE COLETIVA EMANCIPATÓRIA: A SAÚDE COLETIVA ALÉM DO APARELHO ESTATAL .....	267
10.2 OUTRAS FORMAS DE CUIDAR: O CUIDADO EM SAÚDE A PARTIR DE UMA CONCEPÇÃO COLETIVA .....	269
10.3 OUTRAS FORMAS DE PROMOVER SAÚDE: POR UMA PROMOÇÃO DA SAÚDE EMANCIPATÓRIA .....	273
10.4 OUTROS MUNDOS POSSÍVEIS: CAMINHOS PARA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE DO BEM-VIVER .....	284
<b>11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>287</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>290</b>
<b>APÊNDICE A- ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA .....</b>	<b>316</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - ENTREVISTA .....</b>	<b>317</b>
<b>APÊNDICE C –TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM.....</b>	<b>319</b>
<b>APÊNDICE D -TERMO DE CONFIDENCIALIDADE .....</b>	<b>320</b>
<b>APÊNDICE E - ARTIGO 1.....</b>	<b>321</b>
<b>APÊNDICE F - ARTIGO 2.....</b>	<b>347</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), surgiu em Wuhan, na China, no final de 2019, e já no início de 2020 avançou para outros países da Europa, Ásia, Oriente Médio. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Relevância Internacional (ESPII) no dia 30 de janeiro e em 11 de março foi declarada a pandemia do coronavírus pela OMS (Ferrer, 2020; Henriques; Vasconcelos, 2020; Pacifico; Cadore; Hoepers, 2020; Santos, 2021).

Apesar de ser um problema de saúde, a covid-19 tem se configurado como uma crise de saúde causada e aprofundada pela crise civilizatória mais ampla que envolve as múltiplas dimensões social, econômica, democrática, ambiental e sanitária (Porto, 2020; Santos, 2021). A crise neoliberal não atinge apenas a economia, mas também gera uma vulneração global que envolve a humanidade e os ecossistemas (Nunes, 2020; Pacifico; Cadore; Hoepers, 2020). Os efeitos do neoliberalismo, da globalização e do sistema alimentar industrial têm gerado mudanças climáticas, desastres ambientais, destruição dos ecossistemas, extinção de espécies, intensificação da produção animal e doenças infecciosas. Diversos estudos já têm demonstrado que cerca de 75% das doenças humanas emergentes ou reemergentes do último século são zoonoses<sup>1</sup> e estão intimamente ligadas às mudanças climáticas e a degradação ambiental (Everard *et al.*, 2020; Fialho; Monfort, 2020; Zanella, 2016). Segundo Wallace (2020), o surgimento do SARS-CoV-2 também é um caso de zoonose proveniente da degradação ambiental e do sistema alimentar industrial.

Sendo assim, além da crise ambiental que afeta diretamente a saúde da população mundial, as crises do neoliberalismo provocaram uma crise econômica e social crônica. Essas crises resultaram em políticas de austeridade focadas no ajustamento estrutural das despesas públicas gerando, por exemplo, a desorçamentação e desmantelamento dos sistemas públicos de saúde em todo o mundo (Breilh, 2020; Nunes, 2020; Solón, 2019a). Neste contexto mundial de subfinanciamento e desmantelamento dos sistemas de saúde no mundo, que chegou a pandemia de covid-19.

Com a precarização dos sistemas de saúde e o aumento da desigualdade existente entre os países, os impactos da covid-19 têm afetado diferentemente os países, reforçando a crise civilizatória da modernidade capitalista, colonial e patriarcal (Porto, 2020; Santos, B. de S., 2020). E, na corrida por salvar vidas, aumentaram as disputas por insumos e vacinas enquanto

---

<sup>1</sup> Doenças que têm suas origens em animais não humanos.

as políticas de solidariedade e cooperação entre os países diminuíram. As consequências desse sistema afetaram e seguem afetando em maior escala os países do sul global<sup>2</sup> e os corpos racializados e sexualizados. Esses corpos, devido ao colonialismo e ao patriarcado, seguem sendo sempre os mais vulneráveis perante um surto pandêmico, “[...] vulnerabilizados pelas condições de vida que lhes são impostas socialmente pela discriminação racial ou sexual a que são sujeitos” (Santos, B. de S., 2020, p. 26).

No contexto brasileiro, não foi diferente. A covid-19 chegou em um momento de crise econômica, política, ambiental e social causando efeitos devastadores na saúde e na vida dos brasileiros. Em função da crise do capitalismo neoliberal, o governo brasileiro (Bolsonaro, 2019-2022) desmantelou direitos sociais da população. Conforme Mendes e Carnut (2020), a Emenda Constitucional n. 95/2016, que congela os gastos públicos primários por 20 anos, “[...] é a face mais vil da demolição dos direitos sociais e, entre os quais, está o direito à saúde (p.177)”.

Mesmo com o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, o Brasil do ponto de vista técnico e organizacional, nas últimas duas décadas, havia se estruturado, preparado e testado para dar resposta a emergências de saúde pública (Henriques; Vasconcelos, 2020). Entretanto, para além da crise econômica e social o Brasil também teve que enfrentar uma crise política. O presidente Jair Messias Bolsonaro minimizou o problema desde o início da pandemia criando falsas narrativas com soluções milagrosas. Assim, paralelamente à batalha contra a covid-19, o Brasil também teve que combater outro campo menos convencional: o negacionismo científico (Caponi *et al.*, 2021; Henriques; Vasconcelos, 2020).

Além do discurso negacionista do presidente, o governo federal não conseguiu realizar uma gestão eficiente para conter os avanços da pandemia de covid-19. Em relação às políticas de contenção do vírus, o governo federal demorou para implementar um plano de transferência de renda, não houve orientação clara do governo federal sobre medidas não farmacológicas, criou-se narrativas de medicamentos milagrosos (o Kit Covid), houve demora para compra das vacinas e para formulação do Plano de Vacinação Nacional (Henriques; Vasconcelos, 2020).

---

<sup>2</sup> Conforme Santos (2020, p. 16), “o sul não designa um espaço geográfico. Designa um espaço-tempo político, social e cultural. É a metáfora do sofrimento humano injusto causado pela exploração capitalista, pela discriminação racial e pela discriminação sexual”.

Entretanto, a pandemia não afetou todas as pessoas da mesma forma no Brasil. Já as primeiras análises das mortes por covid-19 reforçaram o maior impacto da covid-19 em grupos vulnerabilizados e invisibilizados (Albuquerque; Ribeiro, 2021; Goes; Ramos; Ferreira, 2020; Porto, 2020). As desigualdades têm ampliado os riscos sanitários e afetado a capacidade de enfrentamento da pandemia.

A pandemia da covid-19 expressa claramente situações desiguais. [...] análises sobre os mais variados aspectos, enfoques e contextos apontam como as desigualdades importam para os riscos e a capacidade de enfrentamento da pandemia. Os números de casos e óbitos diferem segundo região ou grupos de indivíduos quando se analisam gênero, renda, etnia, cor da pele, escolaridade, ocupação, condições de moradia, trabalho e circulação. O vírus é disseminado rapidamente, mas não democraticamente, não é indiferente às classes sociais, ao gênero, raças e etnias, tampouco aos lugares. As condições preexistentes de vida e saúde dos indivíduos, em cada lugar, explicam em grande parte sua capacidade de prevenção, acesso aos serviços de saúde e sobrevivência às consequências sanitárias, econômicas e sociais da covid-19 (Albuquerque; Ribeiro, 2021, p. 3).

No Brasil, um dos povos mais afetados pela covid-19 foram a população negra e indígena devido às condições de vulnerabilidade histórica, biológica e socioespacial (Fialho; Monfort, 2020; Marques, 2020). Ademais, em meio ao contexto sanitário da pandemia, os povos originários, as comunidades tradicionais e os(as) camponeses(as) ainda têm enfrentado invasões aos seus territórios pelo garimpo, pela mineração e pelo agronegócio (Fialho; Monfort, 2020).

Dessa forma, esses grupos vulnerabilizados tornam-se mais suscetíveis aos impactos da pandemia. Nesse sentido, as populações do campo, da floresta e das águas (PCFA) são consideradas populações em maior risco e/ou vulnerabilidade devido a dificuldades de acesso aos serviços de saúde em todos os seus níveis, aos altos índices de pobreza e analfabetismo e dificuldades de acesso à educação, transporte público, comunicação e saneamento (Floss *et al.*, 2020; Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018). Conforme a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2013):

As populações do campo e da floresta são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Estão ainda as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras (Brasil, 2013, p. 8).

Em relação a pandemia de covid-19, as iniquidades em saúde existentes nas PCFA ficaram ainda mais visíveis. Entre as dificuldades enfrentadas por essas populações durante a pandemia estão: o perfil sanitário-epidemiológico desfavorável das PCFA que aumenta o risco de morte por covid-19; dificuldade de fixação de profissionais de saúde, principalmente médicos, o que foi agravado pelos afastamentos por covid-19; o isolamento geográfico de algumas comunidades também gerou uma maior escassez de recursos humanos, de centros de tratamento intensivo em áreas rurais e remotas, e dificuldades de remoção precoce de pacientes graves; além das peculiaridades dessas populações como núcleo familiar ampliado, forma das habitações e vida comunitária que facilitam a disseminação da covid-19 (Floss *et al.*, 2020).

Contudo, a participação popular tem auxiliado os(as) profissionais da Atenção Primária em Saúde. A inclusão das lideranças e das organizações das PCFA na organização das ações de prevenção ao vírus da covid-19 foi uma das estratégias utilizadas para o cuidado dessas populações. De acordo com Floss *et al.* (2020, p. 4), a perspectiva dialógico-comunitária “[...] possibilita encontrar estratégias de isolamento social compatíveis com modos de vida, entendimento do corpo e adoecimento” auxiliando na contenção do coronavírus, qualificando os cuidados e reduzindo iniquidades raciais e étnicas.

Logo, as organizações da sociedade civil pertencentes e articuladas com as PCFA foram essenciais para garantir a proteção à saúde dessas populações, tanto na articulação com as instituições de saúde como na luta pela garantia dos direitos desses povos. Dessa forma, diante da negligência do Estado, muitos povos e comunidades tiveram que se organizar a fim de sobreviver à pandemia do coronavírus. Muitas organizações da sociedade civil pertencentes às PCFA ou articuladas com essas populações, atuaram em ações de solidariedade, arrecadações e doações de alimentos e cestas básicas, distribuição de materiais de higiene, organização de cooperativas, barreiras sanitárias populares, observatórios, vigilância popular em saúde e educação popular em saúde (Carneiro; Pessoa, 2020; Fialho; Monfort, 2020; Marinho; Silva; Rodrigues, 2020; Mondardo, 2020; Stevanim, 2020b).

Além da importância das organizações pertencentes à PCFA na luta pela sobrevivência ao vírus, essas organizações possuem modos de vida determinantes para a sustentabilidade socioambiental do planeta. Por isso, as lutas de suas organizações são essenciais para garantir a segurança alimentar, a soberania alimentar, a sustentabilidade dos ecossistemas e a manutenção da biodiversidade, assegurando além da sobrevivência das suas comunidades e povos, a sobrevivência da vida das pessoas das cidades e do planeta (Carneiro; Pessoa, 2020).

Neste contexto, observa-se as potencialidades do associativismo como uma alternativa ao avanço neoliberal tendo em vista seu papel importante na construção de novos caminhos e outros mundos que questionem as relações de poder capitalista, colonial e patriarcal (Carneiro *et al.*, 2017a; Junior *et al.*, 2015; Lüchmann, 2014; Santos, B. de S., 2020). O associativismo geralmente é composto por parcelas da sociedade que têm um difícil acesso aos direitos e possuem suas vozes invisibilizadas, mas que, coletivamente, ganham força para questionar as normas e a lógica hegemônica; elaborar novas alternativas e soluções coletivamente; garantir direitos e construir relações com trocas solidárias e horizontais; recuperando dessa maneira as práticas democráticas (Gohn, 2015; Junior *et al.*, 2015; Lüchmann, 2014).

As PCFA apresentam uma diversidade de organizações sociais e associativas, cada uma com suas linguagens, modos de vida e seus saberes, mas que também possuem uma grande articulação entre si, na busca pelo fortalecimento de suas lutas. Há diversas alternativas sendo construídas a partir dos saberes dos povos originários, das comunidades tradicionais e dos movimentos sociais, as quais buscam a superação do capitalismo, do patriarcado e do colonialismo (Solón, 2019a). Essas alternativas vêm sendo construídas nas organizações sociais e associativas das PCFA, pautados na solidariedade, na economia solidária, na agroecologia e no Bem Viver, que serão abordados adiante no texto. No contexto da covid-19, foram construídas diversas ações de saúde emancipatórias por essas organizações, que incluem: vigilância popular em saúde, educação popular em saúde, barreiras sanitárias populares e ações de solidariedade.

Por isso, esse trabalho tem como pergunta de pesquisa: quais foram os efeitos das práticas associativas na saúde das populações do Campo, da Floresta e das Águas frente à pandemia de covid-19? E tem como objetivo, analisar os efeitos das práticas associativas relacionadas à saúde das populações do Campo, da Floresta e das Águas frente à pandemia de covid-19, através do mapeamento das iniciativas de proteção ao vírus da covid-19 realizadas pelas associações/movimentos sociais do Campo, da Floresta e das Águas; da análise das ações coletivas de saúde realizadas no contexto da pandemia e a importância do associativismo para as populações do Campo, da Floresta e das Águas; e refletir sobre a potência do associativismo na construção de ações de saúde emancipatórias.

## 2 MARCO TEÓRICO

O marco teórico deste trabalho está construído a partir do pressuposto teórico do pensamento pós-abissal de Boaventura de Souza Santos que instrumentaliza e impulsiona as Epistemologias do Sul. Conforme o autor, para compreender as epistemologias do sul é necessário primeiramente a identificação das linhas abissais e seus vários tipos de exclusão social. O colonialismo foi central nos desenhos e na construção das linhas abissais que produziram as relações de poder e permitiram a criação dos não humanos.

Atualmente, conforme o autor, as bases de dominação e exclusão existentes na sociedade pós-abissal se dão através do capitalismo, colonialismo e patriarcado. O domínio não é exercido apenas através da violência, mas também engloba os aspectos culturais, financeiros, políticos e o domínio epistêmico e cognitivo.

### 2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE CAPITALISMO, COLONIALISMO E PATRIARCADO

Conforme Santos (2007; 2021), desde o século XVII, os principais modos de dominação da sociedade são o capitalismo, o colonialismo e o patriarcado. Por isso, para discutir a covid-19 é importante, inicialmente, reconhecer esses sistemas de dominação, pois eles orientam o olhar desta tese.

O colonialismo inicia com o processo de expansão colonial europeu que originou um novo padrão de poder e dominação eurocentrado (Quijano, 2009, 2014). Esse processo se iniciou com a invasão europeia das Américas, que resultou no controle político, na exploração dos recursos naturais, de produção e de trabalho, no controle das subjetividades e no extermínio dos *outros* povos e culturas não europeias (Freitas, 2011; Quijano, 2009, 2014).

Dessa forma, o colonialismo foi também uma dominação epistemológica, a partir da construção de uma relação extremamente desigual de saber-poder que “conduziu à supressão de muitas formas de saber próprias dos povos e nações colonizados, relegando muitos outros saberes para um espaço de subalternidade” (Santos; Meneses, 2009, p. 13). Dessa forma, o colonialismo continuou como um padrão de dominação na sociedade até hoje, mas para Quijano (2009; 2014) esse padrão está atualmente sobre a forma de colonialidade de poder e de saber (Quijano, 2009, 2014; Santos; Meneses, 2009).

Segundo Quijano (2014), a América Latina se constituiu como o primeiro espaço da dominação colonial e do capitalismo colonial e com isso a primeira identidade da modernidade. Conforme o autor:

Com a constituição da América (latina), no mesmo momento e no mesmo movimento histórico, o emergente poder capitalista torna-se mundial, os seus centros hegemônicos localizam-se nas zonas situadas sobre o Atlântico – que depois se identificarão como Europa – e como eixos centrais do seu novo padrão de dominação, estabelecem-se também a colonialidade e a modernidade. Em pouco tempo, com a América (latina) o capitalismo torna-se mundial, eurocentrado, e a colonialidade e modernidade instalam-se associadas como eixos constitutivos do seu específico padrão de poder, até hoje (Quijano, 2009, p. 73).

Assim, para Quijano (2009; 2014), a partir da expansão colonial europeia, a colonialidade torna-se o novo padrão mundial do poder capitalista. A colonialidade expressa a permanência do colonialismo até hoje, produzindo “[...] uma relação entre sujeitos e contextos de hierarquização e subalternização social, política, econômica, geográfica, cultural, religiosa e epistemológica, dentre outras” (Valença, 2014, p. 12).

Conforme Quijano (2014), a ideia de raça foi o principal elemento constitutivo e fundante das relações de dominação dos conquistadores e dos conquistados. Dessa forma, a suposta diferença entre os conquistadores e os conquistados estava nas diferenças biológicas e fenotípicas, ou seja, a raça e a identidade racial foram estabelecidas como um instrumento de classificação social básica que determinava a hierarquia entre os povos. Quijano (2014) afirma que a ideia de raça foi um modo de legitimar as relações de domínio impostas pela colonização europeia.

A colonialidade é um dos elementos constitutivos e específicos do padrão mundial do poder capitalista. Sustenta-se na imposição de uma classificação racial/étnica da população do mundo como pedra angular do referido padrão de poder e opera em cada um dos planos, meios e dimensões, materiais e subjectivos, da existência social quotidiana e da escala societal. Origina-se e mundializa-se a partir da América (Quijano, 2009, p. 73).

Através das classificações de raças/etnias foi criado o mito da superioridade europeia. A partir da hierarquização das raças/etnias, foi produzido o sujeito subalterno, atribuindo ao imaginário social imagens e representações negativas a esses sujeitos que se distanciavam desse lugar de enunciação eurocêntrico. Conforme Valença, “[...] o subalterno é produzido como um ser inferior, considerado o Outro, um ser excluído do sistema-padrão” (Valença, 2014, p. 12). Essa relação entre modernidade, capitalismo e colonialismo criou um novo padrão mundial de poder, que Quijano (2009) denominou de colonialidade do poder.

No contexto da colonialidade do poder, as populações dominadas são submetidas à hegemonia eurocêntrica que define o que é o conhecimento, o que resulta na mutilação epistemológica, a partir da dominação hegemônica do pensamento eurocêntrico (Silva; Baltar; Lourenço, 2018). Já em relação à colonialidade do saber, a colonialidade se transfere do

âmbito do poder para o campo do saber, o que permite manter a hegemonia eurocêntrica como perspectiva superior do conhecimento (Silva; Baltar; Lourenço, 2018). Ainda de acordo com os(as) autores(as):

Essa formação do contexto internacional de sistema-mundo e do paradigma moderno/colonial faz com que o fim do colonialismo não resulte no fim da colonialidade. Mesmo após a independência do jugo colonial de outras nações, ela permanece permeando as relações. Desse modo, o jogo de poder e dominação em diversos aspectos se mantém como no âmbito do conhecimento (Silva; Baltar; Lourenço, 2018, p. 70).

Para compreender os avanços do colonialismo foi apresentado o conceito de colonialidade, entretanto é importante considerar que a colonialidade é um conceito diferente de, ainda que vinculado ao colonialismo. O colonialismo refere-se “estritamente a uma estrutura de dominação/exploração onde o controle da autoridade política, dos recursos de produção e do trabalho de uma população determinada domina outra de diferente identidade e cujas sedes centrais estão, além disso, localizadas noutra jurisdição territorial” (Quijano, 2009, p. 73). Ainda conforme o autor, o colonialismo é um sistema de dominação mais antigo, mas a colonialidade tem provado ser mais profunda e duradoura que o colonialismo nos últimos 500 anos (Quijano, 2009).

Entretanto, Lugones (2008) nos alerta que não foi apenas a raça que determinou o padrão de poder moderno-colonial, mas o gênero também foi uma ficção introduzida pelo colonialismo. Dessa forma, a autora procura incluir elementos na análise de colonialidade de poder de Quijano, introduzindo o que ela chama de sistema moderno colonial de gênero, buscando entrelaçar os processos de produção de raça e gênero pelo sistema moderno-colonial.

Entre as autoras dos feminismos de/pós-coloniais, como Rita Segato, María Lugones e Julieta Paredes, ainda não há consenso se existia o patriarcado pré-colonial ou se foi inventado a partir da modernidade colonial. Entretanto, todas as autoras concordam que houve um agravamento das relações de poder e subordinação com a colonialidade, em especial “[...] no tocante às mulheres de cor, na medida em que as sociedades indígenas e africanas foram reconfiguradas num processo de penetração de um patriarcado branco, ocidental, heterossexual, burguês e de padrão binário” (Wassmansdorf, 2016, p. 164).

Desse modo, de acordo com Lugones (2008) o patriarcado é um sistema de gênero imposto através do colonialismo e abarca a subordinação das mulheres em todos os aspectos da vida, além disso, esse sistema de gênero engloba um padrão binário, heterossexual, branco e ocidental. O patriarcado se configura como uma das formas de dominação da sociedade

moderna, assim como colonialismo e capitalismo. Conforme Santos (2020), esses modos de dominação não possuem poder para dominar separadamente, apenas os três em conjunto são tão poderosos.

Por isso, é importante compreender brevemente como o sistema capitalista moderno foi se estruturando. Com o surgimento do sistema capitalista foi incorporada uma nova lógica de controle dos meios de produção, de exploração do trabalho e de controle da produção-apropriação-distribuição dos produtos, a partir da relação capital-salário e do mercado mundial (Quijano, 2009). A sociedade capitalista também se caracterizou por uma nova forma de estrutura de classes, no qual quem trabalha nessa economia, a classe trabalhadora, não possui os meios de produção. Dessa forma, os capitalistas se tornaram os proprietários dos meios de produção e se transformaram também em proprietários da força de trabalho dos trabalhadores gerando uma nova forma de exploração (Santos, 2009a).

A lógica capitalista colonial impulsionou um sistema de divisão racial do trabalho. Para os povos colonizados foram atribuídas as formas de exploração do trabalho mais violentas, como a escravidão e a servidão, enquanto para europeus, brancos e colonizadores foram delegados os trabalhos assalariados (Quijano, 2009). Assim a sociedade foi se estruturando em um padrão global de controle do trabalho, dos recursos e dos produtos em torno e em função do capital (Quijano, 2009).

En el curso de la expansión mundial de la dominación colonial por parte de la misma raza dominante –los blancos (o a partir del siglo XVIII en adelante, los europeos)– fue impuesto el mismo criterio de clasificación social a toda la población mundial a escala global. En consecuencia, nuevas identidades históricas y sociales fueron producidas: amarillos y aceitunados (u oliváceos) fueron sumados a blancos, índios, negros y mestizos. Dicha distribución racista de nuevas identidades sociales fue combinada, tal como había sido tan exitosamente lograda en América, con una distribución racista del trabajo y de las formas de explotación del capitalismo colonial. Esto se expresó, sobre todo, en una cuasi exclusiva asociación de la blanquitud social con el salario y por supuesto con los puestos de mando de la administración colonial (Quijano, 2009, p. 782).

A sociedade capitalista segue se estruturando a partir da exploração do trabalho e da natureza e agora é regida por um sistema capitalista globalizado e neoliberal. Desde 1980, o neoliberalismo vem se estruturando como a versão dominante do capitalismo, juntamente com o progresso da globalização e do capital financeiro. Esse sistema teve como precursor a ditadura militar de Augusto Pinochet no Chile e os governos de Ronald Reagan, presidente dos Estados Unidos, e a Primeira Ministra Margaret Thatcher do Reino Unido, que colocaram o seu projeto ideológico em voga com objetivo de minar o Estado de Bem-Estar social e converter o

neoliberalismo na nova doutrina econômica e orientação política mundial (Bonet Aguiló, 2008). O neoliberalismo se concretizou através do Consenso de Washington que, por meio do Banco Mundial, do Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelos Estados centrais do sistema mundial, prescreveu um conjunto de consensos que delimitou o futuro da economia mundial e impôs as políticas neoliberais para os demais países, incluindo os países da América Latina (Oliveira, 2004; Santos, B. de S., 2001; Solón, 2019c).

Dessa forma, o receituário das imposições neoliberais afetou os países periféricos e semiperiféricos, tendo em vista que estes estão mais sujeitos as agências financeiras multilaterais que delimitaram condições para a renegociação da dívida externa como a inclusão dos programas de ajustamento estrutural enquanto política de Estado (Santos, B. de S., 2001). Esse consenso, que deliberou as políticas neoliberais, adotou medidas como: a diminuição dos gastos do Estado mediante os cortes nos subsídios e nos direitos sociais; flexibilização das conquistas laborais e sociais; redução no controle dos fluxos de capitais e atividades financeiras; promoção de acordos de liberalização comercial; e estímulo aos acordos supranacionais que garantam investimentos estrangeiros acima da soberania estatal (Solón, 2019c). Dessa forma, a política neoliberal retira os direitos da população por meio de cortes do Estado nos subsídios sociais, enquanto o Estado promove acordo e garante investimentos em empresas multinacionais.

Outra característica importante da globalização neoliberal é a produção de uma crise do capitalismo, “[...] o capitalismo neoliberal provoca e se alimenta da crise, com a multiplicação dos lucros no mercado financeiro” (Solón, 2019c). Ainda, segundo o autor, o resultado dessa crise não é a implosão do capitalismo, mas um processo ainda maior de concentração da riqueza (Solón, 2019c).

Dessa forma, a normalidade torna-se a exceção e a crise que deveria ter um caráter passageiro torna-se crônica. A crise se torna o motivo pela qual o Estado deve realizar cortes nas políticas sociais. Conforme Santos (2020, p.5), “[...] a crise financeira permanente é utilizada para explicar os cortes nas políticas sociais (saúde, educação, previdência social) ou a degradação dos salários”. A partir do Estado de exceção, os países encontram na própria constituição o arcabouço jurídico necessário para a erosão dos direitos civis e políticos (Santos, 2009a).

Essas três formas de dominação também estão presentes nos saberes e conhecimentos científicos. As epistemologias do norte dominam as epistemologias e saberes produzidos pelo sul global e, desconsideram, outras formas de conhecimento produzidos para além das

universidades, como os conhecimentos e saberes construídos pelos movimentos sociais, associações e povos tradicionais. Nesse sentido, as epistemologias do sul visam questionar a colonialidade e a monocultura presentes no saber científico através das ecologias construídas com base nas experiências e conhecimentos produzidos pelo sul global.

## 2.2 EPISTEMOLOGIAS DO SUL: TRAÇANDO LINHAS ENTRE A SOCIOLOGIA DAS AUSÊNCIAS E A SOCIOLOGIA DAS EMERGÊNCIAS

Santos (2019) apresenta alguns conceitos importantes para compreender as epistemologias do sul, dentre eles, a sociologia das ausências e a sociologia das emergências, que serão apresentadas neste capítulo e que embasaram a construção deste trabalho.

Para explicar esses conceitos, Santos (2007) apresenta dois conceitos importantes que procuram refletir sobre a racionalidade produzida pelas epistemologias do norte e sua forma de construir o conhecimento científico. Santos (2007) apresenta importantes críticas para a construção do conhecimento moderno, monocultural e hegemônico, conforme o autor, “[...] o mundo tem uma diversidade epistemológica inesgotável, e nossas categorias são muito reducionistas” (Santos, 2007, p. 25). A racionalidade presente nesse conhecimento moderno é chamada de razão indolente (preguiçosa, que se considera única, exclusiva) (Santos, 2007, 2021) e se manifesta de diferentes formas, sendo duas particularmente importantes para compreender os limites da ciência moderna: razão metonímica e razão proléptica.

A razão metonímica está relacionada a uma “figura da teoria literária e da retórica que significa tomar a parte pelo todo” (Santos, 2007, p. 25). Nesse sentido, o autor considera que a concepção de racionalidade que existe hoje considera apenas algumas partes homogêneas e torna-os totalidade, ou seja, não permite ter uma visão ampla da realidade e deixa de fora muitas experiências e conhecimentos produzidos e torna-os invisíveis. Conforme o autor:

Esse modo da razão indolente, que chamo de razão metonímica, faz algo que, ao meu ver, é um dos aspectos do desperdício da experiência: contrai, diminui, subtrai o presente. [...] esse conceito de razão metonímica contrai o presente porque deixa de fora muita realidade, muita experiência, e, ao deixá-las de fora, ao torná-las invisíveis, desperdiça a experiência” (Santos, 2007, p. 26).

Já a razão proléptica é uma figura de linguagem utilizada em romances no qual o narrador sugere a ideia de que o fim é bem conhecido, mas não irá contá-lo. O autor afirma que a razão ocidental é muito proléptica no sentido que já sabemos qual será o futuro: o futuro é o desenvolvimento, o progresso e, ao mesmo tempo, é infinito. Conforme o autor, “expandimos demais o futuro” (Santos, 2007, p. 26). Santos (2007, p.26) afirma:

A razão indolente, então, tem essa dupla característica: como razão metonímica, contrai diminui o presente; como razão proléptica expande infinitamente o futuro. E o que vou lhes propor é uma estratégia oposta: expandir o presente e contrair o futuro. Ampliar o presente para incluir nele muito mais experiências, e contrair o futuro para prepará-lo.

Nesse sentido, o autor reflete sobre como conceder o futuro como infinito faz com que não cuidemos do futuro da sociedade, pois ele já está dado, já está certo. Por isso, Santos (2007) propõe contrair o futuro e, ao mesmo tempo, ampliar o presente. Pensar e conhecer mais o presente para construir um futuro que, todavia, ainda não sabemos como será.

Para combater a razão metonímica, Boaventura propõe a sociologia das ausências. Dessa forma, a sociologia das ausências visa expandir o presente e o conhecimento produzido, deixando a ideia de totalidade que é reducionista, dicotômica e hierárquica. A contração do presente faz-se por meio da redução da diversidade da realidade, ou seja, muito do que não existe em nossa sociedade é produzido ativamente como não existente. Conforme o autor:

[...] a Sociologia das Ausências é um procedimento transgressivo, uma sociologia insurgente para tentar mostrar que o que não existe é produzido ativamente como não existente, como uma alternativa não crível, como uma alternativa descartável, invisível à realidade hegemônica do mundo (Santos, 2007, p. 29).

Para Santos (2007), a sociologia das ausências está ancorada na produção de conhecimento por meio daqueles que estão ausentes, dos sujeitos considerados incapazes de construir conhecimento, dos sujeitos do outro lado da linha abissal. A sociologia das ausências é, hoje, “[...] a pesquisa sobre os modos como o colonialismo, sob a forma de colonialismo do poder, de conhecimento e de ser, funciona em conjunto com o capitalismo e o patriarcado a fim de produzir exclusões abissais” (Santos, 2019, p. 50). A sociologia das ausências busca questionar as monoculturas que foram responsáveis pela produção de grupos sociais e modos de vida social excluídos da sociedade por serem considerados primitivos e inferiores, exclusões abissais que no seu nível máximo se tornaram ausências (Santos, 2019).

Santos (2007) define cinco modos de produção de ausências em nossa racionalidade ocidental que caracterizam o conhecimento eurocêntrico moderno: monocultura do saber e do rigor, monocultura do tempo linear, a monocultura da naturalização das diferenças, a monocultura da escala dominante e a monocultura do produtivismo capitalista.

A monocultura do saber e do rigor está pautada na ideia de que o único saber válido e rigoroso é o saber científico e todos os outros conhecimentos não têm a validade nem o rigor necessário para o conhecimento científico. Essa monocultura contrai o presente porque invalida e elimina muitas realidades e experiências que estão fora das concepções científicas da

sociedade, como “as práticas sociais que estão baseadas em conhecimentos populares, conhecimento indígenas, conhecimentos camponeses, conhecimentos urbanos, mas que não são avaliados como importantes ou rigorosos” (Santos, 2007, p. 28). Essa monocultura está presente desde a expansão europeia e baseia-se na ciência ocidental.

A monocultura do tempo linear apresenta a ideia de que a história tem um único sentido e que os países desenvolvidos estão na dianteira. Essa monocultura inclui os conceitos de progresso, modernização, desenvolvimento, globalização. A partir desses conceitos, define-se que uma assimetria entre os países, no qual os países desenvolvidos estão sempre na frente (mais avançados) e os países em desenvolvimento são considerados atrasados ou residuais. Essa forma de produção de ausência o autor chama de residual e faz com que seja impossível pensar que os países menos desenvolvidos possam ser mais desenvolvidos que os desenvolvidos em alguns aspectos (Santos, 2007).

A monocultura da naturalização das diferenças está marcada pela ocultação das hierarquias. As hierarquias como a classificação racial, étnica, sexual e de castas da Índia são consideradas “naturais”, ou seja, as diferenças são consideradas como consequências de uma inferioridade natural. O autor afirma que não se sabe pensar as diferenças a partir da igualdade, e as diferenças tornam-se sempre desiguais. Esse modo de produzir ausência é “uma maneira desqualificada de alternativa ao hegemônico, precisamente por ser inferior” (Santos, 2007, p. 30).

A monocultura da escala dominante está pautada no universalismo e na globalização. O universalismo e globalização tornam toda ideia ou entidade válida independente do contexto no qual ocorre, e faz com que essa identidade se expanda pelo mundo através de uma escala dominante das coisas. Ao se expandir, “adquire a prerrogativa de nomear como locais as entidades ou realidades rivais” (Santos, 2007, p. 31). Essa monocultura cria como ausências o particular e o local, conforme o autor “[...] a realidade particular e local não tem dignidade como alternativa crível a uma realidade global, universal. O global e universal é hegemônico; o particular e local não conta, é invisível, descartável, desprezível” (Santos, 2007, p. 31).

A monocultura do produtivismo capitalista pode ser aplicado tanto para o trabalho como para natureza, “é a ideia de que o crescimento econômico e a produtividade mensurada em um ciclo de produção determinam a produtividade do trabalho humano e da natureza” (Santos, 2007, p. 31). Essa lógica de produção é uma lógica produzida pela racionalidade ocidental que está pautada no ciclo de produção. Entretanto, há outras lógicas, como por exemplo, de indígenas e camponeses, que consideram que a produtividade da terra não é definida por um

ciclo de produção, mas sim de acordo com os ciclos da natureza. De acordo com o mesmo autor, aqui a forma de produzir ausência está na “improdutividade”, ou seja, tudo que não é produtivo não tem valor para sociedade.

Já a sociologia das emergências busca transformar as experiências e as lutas dos sujeitos ausentes em presentes, identificando e validando seus conhecimentos e contribuindo para a emancipação e a libertação social (Santos, 2019). De acordo com Santos (2019, p.53), a sociologia das emergências implica em “[...] valorização simbólica, analítica e política, de formas de ser e de saberes que a sociologia das ausências revela estarem presentes do outro lado da linha abissal”. Dessa forma, a sociologia das emergências se concentra nas potencialidades e possibilidades das experiências sociais para a transformação social anticapitalista, anticolonialista e antipatriarcal.

Para Santos (2007), a forma de superar essas ausências e proceder à Sociologia das Emergências é substituir as monoculturas pelas ecologias. Nesse sentido, o autor propõe cinco ecologias para alterar essa situação e tornar as ausências em presenças, as monoculturas em ecologias: ecologia dos saberes, ecologia das temporalidades, ecologia do reconhecimento, ecologia da “transescala” e ecologia das produtividades.

A ecologia dos saberes se propõe a ultrapassar a monocultura do saber científico para uma ecologia mais ampla de saberes, ou seja, é utilizar a ciência hegemônica de maneira contra hegemônica. A ideia aqui não seria descredibilizar a ciência ou ser anticientífico, mas utilizar os instrumentos da ciência para produzir conhecimento contra hegemônico. A ecologia dos saberes se propõe a construir um diálogo entre o saber científico e o saber popular, saberes indígenas, ribeirinhos, camponeses e dos diversos movimentos sociais que lutam contra o capitalismo, colonialismo e o patriarcado.

Em relação à ecologia das temporalidades, Santos (2007, p.33) afirma que “[...] o importante é saber que, embora haja um tempo linear, também existem outros tempos”, ou seja, existem outras formas de tempo não-lineares em que vivem e respeitam as diferentes comunidades, populações, etnias. Por exemplo, os tempos estacionais para os camponeses, o tempo das marés para os ribeirinhos, o tempo das espiritualidades e dos rituais para diversas comunidades de África e da América Latina. O importante para o autor é não hierarquizar e respeitar os diversos tempos que existem no mundo, é “[...] deixar que cada forma de sociabilidade tenha sua própria temporalidade, porque, se vou reduzir tudo à temporalidade linear, estou afastando todas as outras coisas que têm uma lógica distinta da minha” (Santos, 2007, p. 35).

A ecologia do reconhecimento propõe-se a descolonizar as mentes para reconhecer as diferenças, mas sem as hierarquias já construídas. O que é diferente e o que foi construído pelas hierarquias? Apenas as diferenças que permanecem com a eliminação das hierarquias são as que valem (Santos, 2007). Reconhecer as diferenças sem hierarquias.

A ecologia da “transescala” é a possibilidade de articular nos projetos as escalas locais, nacionais e globais. Conforme Santos, (2007, p.36), “[...] tudo que é local será embrionário se puder conduzir ao nacional: os movimentos locais são importantes se podem tornar-se nacionais”. É preciso ser capaz de articular e trabalhar com as diferentes escalas locais, nacionais e globais.

Já a ecologia das produtividades tem como proposta valorizar e recuperar os sistemas alternativos de produção. É reconhecer outras lógicas de produção para além da lógica do produtivismo capitalista. Consiste nas organizações econômicas populares, das cooperativas operárias, das empresas autogestionadas, da economia solidária, entre outras.

Essas cinco ecologias permitem dilatar o presente através do reconhecimento das diversas experiências e saberes presentes nos ausentes. Dessa forma, a crítica da razão metonímica é confrontada pela Sociologia das Ausências e suas cinco monoculturas e cinco ecologias. Enquanto a razão proléptica é confrontada pela Sociologia das Emergências que buscam contrair o futuro, ou seja, substituir um futuro que é infinito, homogêneo, vazio, por um futuro concreto de utopias realistas: “[...] suficientemente utópicas para desafiar a realidade que existe, mas realistas para não serem descartadas facilmente” (Santos, 2007, p. 37).

Na Sociologia das Emergências, é preciso fazer uma ampliação simbólica das experiências locais, dos movimentos sociais, de pequenas ações coletivas para credibilizar essas ações e ampliar simbolicamente as possibilidades de futuro. De acordo com Santos (2007, p.38):

[...] a razão que é enfrentada pela Sociologia das Ausências torna presentes experiências disponíveis, mas que estão produzidas como ausentes e é necessário fazer presentes. A Sociologia das Emergências produz experiências possíveis, que não estão dadas porque não existem alternativas para isso, mas são possíveis e já existem como emergências.

Nesse sentido, a Sociologia das Emergências propõe abandonar a ideia de um futuro sem limites e construir um futuro concreto utilizando as pistas, sinais e iniciativas que já estão sendo realizadas em todo mundo pelos ausentes e que não são reconhecidas e validadas como possibilidades de futuro. É reconhecer que o futuro não é infinito e ilimitado, mas que deve ser

construído através de uma ecologia de saberes e conhecimentos produzidos em todas as partes do mundo.

Portanto, o que se propõe com essas as Sociologias das Ausências e das Emergências é um duplo procedimento: ampliar o presente e contrair o futuro. Isso será possível através dessa enorme quantidade de realidade que não existia, mas que se tornará presente (Santos, 2007). É reconhecer a possibilidade um novo mundo repleto de alternativas e diversidade pautadas na justiça social e cognitiva.

### 2.3 RAÇA, RACISMO E FORMAÇÃO DOS QUILOMBOS: HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA E DA RESISTÊNCIA DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

Para iniciar esse capítulo é importante perpassar os caminhos históricos do racismo no Brasil. O racismo é uma marca que afeta ainda hoje as populações negras e quilombolas em todo país. Segundo Almeida (2019, p.32) o racismo é:

[...] uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam.

Nesse sentido, o racismo surge a partir constituição da categoria raça que dividiu os seres humanos por determinadas características físicas, fenotípicas e geográficas. Foi a partir do século XVIII, com a ascensão do projeto iluminista de transformação social, que se deu impulso a construção de um saber filosófico sobre o ser humano, trazendo ferramentas que tornaram possíveis a comparação e classificação dos diferentes grupos de seres humanos baseados em características físicas e culturais, separando as pessoas *civilizados* dos *selvagens* (Almeida, 2019).

Nesse contexto, foi a partir das navegações e invasões dos europeus nos outros continentes que o pensamento racial foi se constituindo enquanto elemento de exclusão e dominação, baseado na crença de que determinadas pessoas com determinados traços fenotípicos e origem, eram naturalmente dotados de espírito e intelecto privilegiados, e por isso, teriam a responsabilidade de “civilizar o mundo” (Junior; Rubio, 2019).

A partir dessa crença colonialista de dominação que, o espírito positivista do século XIX, transformou essas diferenças humanas em científicas, utilizando a biologia e a física como modelos explicativos para descrever a diversidade humana e justificar a dominação de uma raça sobre a outra. Surge, então, o determinismo biológico e determinismo geográfico que utilizam

das características biológicas e geográficas para legitimar as diferenças morais, psicológicas e intelectuais entre as diferentes raças (Almeida, 2019).

Muitas dessas teorias científicas foram utilizadas para justificar a escravidão e exploração dos povos colonizados. Nesse sentido, esse projeto moderno de colonização desencadeou “na escravidão, no tráfico de africanos para o Novo Mundo, na colonização, nas formações e construções de novas nações e nacionalidades em toda a América e a colonização da África” (Schucman, 2012, p. 17).

Foi apenas a partir da segunda metade do século XX que a noção de “raça” enquanto categoria biológica começa a ser questionada. Esse período é marcado pela emergência da crítica social ao determinismo biológico, da rejeição da categoria raça enquanto verdade científica, além do debate sobre o mito da democracia racial (Junior; Rubio, 2019). Ainda segundo os autores, a raça até o século XX:

[...] representava uma verdade científica, por meio da qual se empreendia mundo afora toda sorte de controles, separação e extermínio dos indesejados, à exemplo do que se quis realizar no Brasil, mediante políticas de branqueamento social e o apagamento da história e cultura afro-brasileira (Junior; Rubio, 2019, p. 187).

No Brasil, a escravização é uma marca histórica em nossa sociedade, o término do tráfico de escravos no Brasil foi somente em 1850 e o fim da escravidão em 1888 (Schucman, 2012). Por isso, o povo negro sofreu e ainda sofre com a intolerância e a discriminação étnico-racial presentes no racismo, incluindo ações que podem tanto “ter o intuito de abalar sua honra subjetiva, como também podem tentar segregar a participação da coletividade negra em espaços sociais e de exercício de poder” (Silva *et al.*, 2016, p. 60).

É importante ressaltar que a escravidão no Brasil tem particularidades quando comparado a outros países ou regiões da América. Além da longa duração de quase 400 anos, o Brasil foi o país que teve a maior percentagem de escravos desembarcados na América e a escravidão estava estruturada em todo o território nacional durante esse período, ou seja, o Brasil foi o país que mais importou escravizados e aquele que por último aboliu legalmente a escravidão (Moura, 2021; Souza, 2008). Dessa forma, o trabalho escravo não influenciou a sociedade brasileira apenas durante esse período, mas “deu-lhe o *ethos* dominante, estabeleceu as relações de produção fundamentais na estrutura dessa sociedade e direcionou o tipo de desenvolvimento subsequente de instituições, de grupos e de classes, após a Abolição” (Moura, 2021, p. 1).

Em relação a conquistas legais, o primeiro dispositivo legal no Brasil foi a Lei Afonso Arinos que incluiu práticas de preconceito de raça e cor entre as contravenções penais. Entretanto, mesmo com o reconhecimento legal e a criminalização do racismo, ainda não foi possível superar a intolerância e a discriminação étnico-racial, tendo em vista que a categoria raça ainda se constitui enquanto crença e ideologia, estruturando a sociedade e as instituições, estando presente também no imaginário social da população, e determinando a exclusão social, a divisão do trabalho e as demais hierarquias (Almeida, 2019; Junior; Rubio, 2019).

Entretanto, o povo negro resiste à escravidão e às violências exercidas pelo Estado e por particulares desde a formação da sociedade brasileira através de uma pluralidade de formas e estratégias de resistências como guerrilhas, insurreições urbanas e quilombos (Ferreira, 2022; Moura, 2021). Além disso, em sentido mais amplo, a resistência da população negra abarca também as várias estratégias empreendidas pelos povos negros para se manterem vivos e perpetuarem sua memória, valores, história e cultura (Souza, 2008). Ainda conforme a autora essas são estratégias “presentes nos costumes, no corpo, no falar, nas vestimentas, nas expressões, nas organizações sociais, políticas e religiosas tais como os quilombos, irmandades e terreiros de candomblé” (Souza, 2008, p. 24). Essas estratégias de resistência seguem vivas e fortemente presentes nas manifestações e expressões da cultura afro-brasileira.

De acordo com Ferreira (2022) os quilombos são um dos principais representantes da luta e resistência da população negra. A definição de quilombo era, segunda definição do rei de Portugal, em 1740, “toda habitação de negros fugidos que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados nem se achem pilões neles” (Moura, 2021, p. 23). Os quilombos existiram durante todo o período escravista em praticamente em toda a extensão do território nacional. Assim, na mesma forma que o escravismo aparecia e se expandia nacionalmente, a sua negação também surgiu como “sintoma da antinomia básica desse tipo de sociedade” (Moura, 2021, p. 25),

No Brasil, o tempo médio de vida útil dos negros e negras escravizados era de sete anos, tendo em vista que sua substituição era automática e não deixava déficit na produção econômica (Moura, 2021). Ainda de acordo com autor:

Ferrado como animal, torturado até a morte, combatido de todas as formas, em todos os níveis de tentativas de readquirir a liberdade, o escravo tinha de rebelarse e de usar a violência contra o aparelho de dominação militar, ideológico e político que o desumanizava como ser (Moura, 2021, p. 35).

Foi nesse contexto que o quilombo se tornou a unidade básica de resistência do povo escravizado. Apesar do aquilombamento não ser diretamente um projeto para construir uma

nova ordenação social capaz de substituir o escravismo, essa forma de resistência tinha potencial e dinamismo capazes de desgastar o sistema e criar elementos de crise permanente em sua estrutura (Moura, 2021).

Em relação a organização dos quilombos, as questões econômicas e políticas eram diversificadas de acordo com a região. Em geral, os quilombos tinham como base a agricultura de acordo com as possibilidades ecológicas e as disponibilidades de matéria-prima ou de sementes disponíveis na região. Além disso, alguns quilombos também se dedicavam ao extrativismo, às funções mercantis, à mineração, ao pastoreio, aos serviços nos centros urbanos, e também à estratégias predatórias, que existiam um pouco por toda parte e viviam dos saques praticados contra os brancos. Em relação à agricultura é importante ressaltar que os quilombos não se limitavam a monocultura das plantations, mas praticavam uma economia policultora, ao mesmo tempo distributiva e comunitária, capaz de satisfazer as necessidades de todos os seus membros (Moura, 2021). Ainda conforme o autor:

Enquanto na economia escravista a produção fundamental e mais significativa era enviada para o mercado externo, e a população produtora passava privações enormes, incluindo-se o pequeno produtor, o branco pobre, o artesão e outras categorias, que eram esmagados pela economia latifundiário-escravocrata, nos quilombos, o tipo de economia comunitária ali instalado proporcionava o acesso ao bem-estar de toda a comunidade (Moura, 2021, p. 45).

Os quilombos deixam de ser criminalizados e desaparecem da base legal brasileira a partir de 1889, no período republicano, uma vez que com o fim da escravidão sua existência não teria mais sentido. Entretanto, o termo reaparece na Constituição de 1988 com outro caráter, com intuito de garantir acesso a direitos e a sobrevivência dos então denominados “remanescentes de quilombos”. Por isso, atualmente, após a aprovação do Artigo 68 da Constituição Federal, nossa base legal reconhece os direitos territoriais das comunidades quilombolas (Souza, 2008).

Dessa forma, a história demonstra que os quilombos foram uma forma de se contrapor, resistir e sobreviver à crueldade do sistema colonialista implementado no Brasil colônia, por mais de 400 anos. Atualmente, a população negra e quilombola segue lutando e resistindo ao sistema colonialista, que mantém sua configuração de negação aos direitos fundamentais à população negra (Souza, 2008).

É claro que no período na pandemia não foi diferente, a população negra e quilombola seguiu lutando, resistindo e sobrevivendo através de suas estratégias coletivas de luta e de organização popular com base nos saberes e culturas ancestrais. As associações quilombolas

que foram parte integrante e colaborativa desse estudo são exemplos de força, de sabedoria, de resistência, de amorosidade e de cuidado e que seguem mantendo viva a cultura afro-brasileira.

Essas associações atuaram através da organização popular e em conjunto com o Sistema Único de Saúde. As três comunidades construtoras dessa pesquisa buscaram na força da história, da cultura e dos(as) seus(suas) antepassados(as) a organização necessária para seguir sobrevivendo e lutando contra a necropolítica que segue matando a população negra no Brasil.

## 2.4 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

A concepção de saúde, neste trabalho, está pautada na produção científica da corrente médico-social latino-americana da determinação social do processo saúde-doença. Essa corrente de pensamento foi construída nas últimas três décadas do século XX e buscou produzir suporte teórico para elaboração de um pensamento social na área da saúde a partir de uma perspectiva crítica à abordagem positivista da história natural da doença (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017; Nogueira, 2010).

A leitura crítica à abordagem positivista e ao modelo da história natural da doença estava centrada na causalidade linear e marcadamente biologicista. A corrente latino-americana “[...] fundou-se, então, na recolocação da problemática da relação entre o processo social e o processo biológico, a partir da perspectiva da ‘determinação’” (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017, p. 64). O modelo da determinação social da saúde questionava o paradigma biomédico e compreendia a produção das doenças em um plano da coletividade como processo e como parte da organização social.

A construção do modelo de determinação social da saúde foi marcada por referenciais vinculados ao materialismo histórico, incorporando os processos de produção e reprodução social, demarcando uma corrente de pensamento social na área da saúde (Nogueira, 2010). Esse modelo foi construído para “servir de base conceitual aos estudos desenhados com o propósito de ampliar a discussão sobre a produção coletiva da saúde” (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017, p. 65).

Esse modelo traz críticas e diferenças ao modelo de determinantes sociais da saúde. A construção dos determinantes sociais da saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi realizada após as contribuições latino-americanas que originaram as concepções sociais e coletivas de saúde. Entretanto, o conceito de determinantes sociais, construído e modificado sob a chancela dessa instituição, foi nitidamente desprovido do peso teórico e

político que assumira o modelo de determinação social dos anos 1970 e 1980, quando se pretendia compreender o impacto social e coletivo na saúde à luz da teoria marxista (Nogueira, 2010).

Assim, a abordagem dos determinantes sociais de saúde não considerou o regime de acumulação capitalista como incompatível aos modos de vida saudáveis, transformando a crítica social presente no corrente de determinação social da saúde em variáveis ou fatores causais fragmentados que limitam a superação das desigualdades sociais em saúde ao plano da melhoria das condições de vida (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017). Ainda, segundo os autores:

o paradigma que dá base a esse modelo [determinantes sociais da saúde] impõe uma separa o total entre a natureza e o ser humano, exalta a quantifica o, a divisão e fragmenta o dos elementos componentes da realidade a ser investigada, a centralidade da ciência estatística e, principalmente, favorece o rigor enrijecido da objetividade e da neutralidade científica (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017, p. 70).

Para compreender a saúde da PCFA   necessário ir além do paradigma dos determinantes sociais pautado na separa o entre a natureza e o ser humano e que fragmenta a saúde em variáveis e fatores de risco.   preciso pautar-se no paradigma da determina o social da saúde, incluindo os processos de produ o e reprodu o social, de organiza o social e, em especial, da rela o do humano com a natureza. Os atuais problemas ambientais produzidos socialmente pelos seres humanos e pelo modo de produ o capitalista geram as catástrofes naturais, a diminui o dos recursos hídricos e as contamina es de produtos e produtores agrícolas por agrotóxicos (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017), e acabam por afetar diretamente a vida e a saúde das PCFA. Por isso, para construir esse trabalho sobre a saúde das PCFA será fundamental enfoques que integrem as questões de saúde, produ o de alimentos e meio ambiente aos direitos humanos, territoriais e sociais (Porto; Rocha; Finamore, 2014).

### **3 MARCO CONTEXTUAL**

#### **3.1 “DEMOCRACIA É SAÚDE”: CONSIDERAÇÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E O ASSOCIATIVISMO NA SAÚDE**

Esse capítulo tem como objetivo refletir sobre as teorias democráticas e organizações democráticas atuais. Além disso, irá abordar a relação entre democracia e saúde, participação e controle social em saúde e sobre a atuação de práticas associativas na perspectiva da saúde.

##### **3.1.1 Democracia, sociedade civil e participação social: reflexões sobre as democracias de baixa e de alta intensidade**

A teoria democrática teve lugar central no pensamento político nos últimos anos. Há diversas correntes ideológicas acerca da democracia, estabelecendo suas possibilidades, desafios e consequências. A intensidade da participação da sociedade civil nos processos públicos de tomada de decisões e deliberações é, ainda, objeto de discussão dentro das democracias atuais. Por isso, é importante compreender como se organizam as democracias atualmente e qual a importância da participação e do fortalecimento da sociedade civil dentro de uma sociedade democrática para a garantia de direitos da população, em especial, das populações subalternas.

Santos e Avritzer (2002) apresentam duas vertentes teóricas das teorias democráticas: as concepções hegemônicas de democracia na segunda metade do século XX e as concepções não hegemônicas na segunda metade do século XX. Uma corrente de concepções, que podem ser consideradas hegemônicas, foram formuladas primeiramente por Max Weber, passando por Carl Schmitt, Hans Kelsen, Robert Michels e Joseph Schumpeter, até o período da segunda guerra e posteriormente, pelas teorias de Barrington Moore, Guillermo O’Donnell e Adam Przeworski. Essas concepções têm considerável peso no pensamento democrático e representam a concepção liberal de democracia que trata “[...] essa forma de governo como um método para a escolha de governantes, e que critica qualquer forma de participação por parte dos governados” e é, na visão de Boaventura, “[...] extremamente limitada e contraditória com os próprios ideais democráticos” (Pereira, 2012, p. 4).

Conforme Santos e Avritzer (2002), as democracias liberais funcionam como um mercado no qual os consumidores-eleitores elegem as mercadorias políticas que melhor satisfazem seus interesses. Os partidos políticos tornam-se cada vez menos diferenciados e a formação da opinião pública fica a cargo da grande mídia e da publicidade. Dessa forma, para

Santos e Avritzer (2002) o modelo democrático liberal é incapaz de satisfazer as reais demandas e anseios da sociedade, tendo em vista que o cidadão não participa ativamente das políticas ficando totalmente isolado do processo de tomada de decisões do governo (Pereira, 2012). De acordo com Aguiló Bonet e Almeida (2021, p.261), apesar da pluralidade interna das perspectivas “[...] la concepción hegemónica postula una cultura política común construida en torno a un procedimentalismo compatible con la cada vez más intensa mercantilización de la vida y, por tanto, con la legitimación y el predominio del poder oligárquico del capitalismo”.

Dessa forma, a política enquanto mercado serviu para que os eleitores façam valer apenas seus interesses pessoais e não os interesses coletivos. Essa concepção de democracia liberal reducionista e elitista culminou no esvaziamento dos aspectos éticos e emancipadores da democracia ao retirar os valores de solidariedade, igualdade, liberdade e dignidade e esvaziar os processos dialógicos de reflexão e negociação da esfera pública (Bonet Aguiló, 2008). Boaventura chamou esse modelo representativo liberal de uma democracia de baixa intensidade, ou seja, “una democracia capaz de convivir cómoda y desvergonzadamente con la desigualdad y la exclusión social” (Bonet Aguiló, 2008, p. 10).

Para Santos (2003), o sistema de desigualdade e o sistema de exclusão social intrínsecos à sociedade moderna ocidental capitalista tiram o status de cidadão e cidadã de algumas pessoas e impossibilitam a implementação de uma real democracia. Conforme o autor, a sociedade moderna se estrutura e hierarquiza socialmente através desses sistemas. No sistema de desigualdade, o pertencimento acontece pela integração subordinada, quem se encontra abaixo está dentro do sistema e sua presença é indispensável, como os trabalhadores subordinados ao sistema produtivo. Já no sistema de exclusão, o pertencimento se dá através da exclusão, ou seja, quem está abaixo no sistema está fora, é como ser declarado socialmente inexistente.

Ainda conforme o mesmo autor, a desigualdade é um fenômeno socioeconômico, que tem como grande teórico Karl Marx, que em seus preceitos defende que “la relación capital/trabajo es el gran principio de la integración social en la sociedad capitalista, una integración que se funda em la desigualdad entre el capital y el trabajo, una desigualdad clasista basada em la explotación” (Santos, 2003, p. 126). Já a exclusão, que tem Foucault como grande teórico, é um fenômeno de caráter cultural e social, como racismo e o sexismo, conforme o autor “se trata de un proceso histórico através del cual una cultura, por medio de un discurso de verdad, crea una prohibición y la rechaza” (Santos, 2003, p. 126). Segundo (Bonet Aguiló, 2008, p. 4),

[...] cada uno de estos sistemas de integración jerarquizada presenta una peligrosa forma extremista que aún hoy sigue vigente: el sistema de desigualdade puede desembocar en la esclavitud, mientras que el sistema de exclusión puede conducir al exterminio.

As desigualdades e exclusões tornam a democracia moderna ainda menos participativa e justa, o ordenamento jurídico se assenta na igualdade formal que muitas vezes não tem influência real ou contrária à democracia. Essa perspectiva, promove assimetrias sociais, tendo em vista que, na sociedade, existem grupos sociais dominantes com legitimidade e poder de vetar aspirações democráticas enquanto os grupos subalternizados não têm nem os seus direitos fundamentais garantidos. De acordo com Santos (2009), o neoliberalismo corroeu até mesmo o modelo liberal de democracia que já não funcionava como forma de democratização de poder. Ainda conforme o autor, na América Latina:

[...] o neoliberalismo transformou-se na ideologia oficial das “novas democracias”, que passaram a ser julgadas pela maior ou menor presença do Estado na economia, por um mercado de trabalho mais ou menos regulado, pela abertura maior ou menor da economia. As relações mercantis invadiram de tal forma todos os espaços sociais, que o próprio tema da reforma do Estado ganhou conotações estritamente econômicas (Santos, 2009b, p. 654).

Reformar o Estado a partir da perspectiva neoliberal, deixou de ser sinônimo de sua democratização, e passou a ser confundida com redução de suas funções reguladoras. A democracia foi esvaziada, conforme Sader (2002, p.684) “os parlamentos foram esvaziados, os partidos políticos se descaracterizaram ideologicamente, as eleições deixaram de representar disputas alternativas, o poder do dinheiro corrompeu os processos eleitorais e o próprio exercício dos governos”.

Como mencionado anteriormente, o termo “democracia de baixa intensidade” descreve os sistemas democráticos com baixa participação popular, que são desenvolvidos muitas vezes a partir das concepções hegemônicas de democracia. A democracia de baixa intensidade tende a estar relacionada aos sistemas democráticos unicamente representativos nos quais a autoridade que detém o poder se torna uma força concentrada e o seu exercício passível de não ser compartilhado. A democracia de baixa intensidade tem sido cada vez mais praticada nos países ocidentais, principalmente, após o advento das ideias neoliberais. A agenda neoliberal assume que o Estado é ineficiente e a causa de todos os males e como consequência acarreta no desinteresse da sociedade pelos assuntos políticos e a despolitização. Essa visão promove o enfraquecimento da prática democrática por parte desses países (Pereira, 2012).

Entretanto, no período pós-guerra também emergiram um conjunto de alternativas para democracia que Santos e Avritzer (2002) denominaram de contra hegemônicas. Essas concepções contra hegemônicas correspondem a uma ruptura com as tradições estabelecidas e o rompimento com a teoria liberal. Apesar das origens das concepções ser a mesma, as respostas são diferentes, essas concepções percebem a democracia como uma forma sócio-histórica e não apenas como prática restrita de legitimação de governo. Conforme o autor, “trata-se de negar as concepções substantivas de razão e as formas homogeneizadoras de organização da sociedade, reconhecendo a pluralidade humana” (Santos; Avritzer, 2002, p. 51).

Santos e Avritzer (2002) destacam as contribuições do pensador alemão Jürgen Habermas que abriu espaço para que o procedimentalismo passasse a ser pensado como uma prática societária, reintroduzindo a dimensão social e participativa, e não apenas a democracia como um método para a escolha de governantes. Nesse sentido, Habermas introduz o conceito de esfera pública:

Para Habermas, a esfera pública é um espaço no qual indivíduos – mulheres, negros, trabalhadores, minorias raciais – podem problematizar em público uma condição de desigualdade na esfera privada. As ações em público dos indivíduos permitem-lhes questionar a sua exclusão de arranjos políticos através de um princípio de deliberação societária (Santos; Avritzer, 2002, p. 52).

Nesse sentido, na esfera pública torna-se possível a deliberação e a representação real dos interesses dos diversos grupos existentes na sociedade e, assim, valoriza a pluralidade de formas de vida existentes nas sociedades contemporâneas (Pereira, 2012). É a partir da comunicação informal na esfera pública que, por meio de grupos, associações e organizações que estão mais próximas do mundo da vida<sup>3</sup>, é possível detectar melhor os problemas, discutirlos em fóruns abertos e plurais e torna-los públicos (Lüchmann, 2016, p. 45).

Para Habermas a sociedade civil<sup>4</sup> tem um papel fundamental para a democracia. É na esfera pública e a partir das organizações da sociedade civil que se identificam os reais

---

<sup>3</sup> Para Habermas o mundo da vida se difere e dos sistemas na teoria da ação comunicativa. O mundo da vida é composto pela ação comunicativa e trata-se da esfera das tradições, da cultura compartilhada, da solidariedade e da cooperação. Já o sistema é composto pelo mercado e pelo Estado que são coordenados pelo poder (Estado) e dinheiro (mercado) e se caracterizam por ações baseadas na racionalidade estratégica e/ou instrumental (Lüchmann, 2016, p. 45).

<sup>4</sup> O conceito de sociedade civil na matriz habermasiana é resgatado de Cohen e Arato (1992). Para esses autores a sociedade civil é a esfera social ocupada por um conjunto de atores, organizações e relações que se diferenciam dos partidos e de outras instituições políticas (uma vez que não estão organizadas tendo em vista a conquista do poder), bem como dos agentes e instituições econômicas (não estão diretamente associados à competição no mercado). Dessa forma, o núcleo central no conceito de sociedade civil em Habermas é ocupado por associações (entre elas os movimentos sociais) e organizações autônomas, não estatais e não econômicas (Lüchmann, 2016, p. 46).

problemas sociais, dessa forma, sem a intervenção e a participação da sociedade civil, esvaziasse o caráter democrático. Conforme Lüchmann (2016, p.46), cabe “[...] às associações da sociedade civil a construção na esfera pública, da formação de opinião e da vontade geral, influenciando o poder político institucional”.

Outro autor importante para pensar a participação da sociedade civil e os movimentos sociais é Gramsci. Para Gramsci, é a partir da sociedade civil que emergem as lutas e as lideranças para os movimentos e para transformação social e essas disputas acontecem também no campo do Estado ampliado<sup>5</sup>. Esse seria o movimento da contra hegemonia, de acordo com Persaud apud Katz (2007, p.4) “[...] a hegemonia necessita da contra-hegemonia – a hegemonia e a contra-hegemonia devem ser vistas como “movimentos duplos simultâneos” formados em reciprocidade – a hegemonia dá forma à contra-hegemonia, e os esforços contra-hegemônicos levam as forças hegemônicas a realinharem-se e a reorganizarem-se”.

Dessa forma, nessa disputa entre hegemonia e a contra-hegemonia, Gramsci estabelece uma dialética entre sociedade civil e sociedade política a partir da relação entre as condições objetivas existentes na realidade política, na força e na vontade da organização da sociedade civil subalternas. É nesse espaço que os grupos subalternos podem unir e formar um bloco histórico, e, a partir da criatividade de suas ações, disputar a posição contra-hegemônica para alterar a sociedade (Katz, 2007). Nesse sentido, conforme Semeraro (1999, p.70), autor de inspiração gramsciana:

[...] a sociedade civil é, antes de tudo, o extenso e complexo espaço público não estatal onde se estabelecem as iniciativas dos sujeitos modernos que com sua cultura, com seus valores ético-políticos e suas dinâmicas associativas chegam a formar as variáveis das identidades coletivas. É lugar, portanto, de grande importância política onde as classes subalternas são chamadas a desenvolver suas convicções e a lutar para um novo projeto hegemônico enraizado na gestão democrática e popular do poder.

De acordo com Gramsci a sociedade civil é o espaço em que as classes organizam e defendem seus interesses através de associações e organizações, sindicatos, partidos. Essa esfera compreende a disputa dos valores, cultura e ideologias que podem ou não tornar conscientes os conflitos e as contradições sociais. Portanto, é nesse espaço que se confrontam

---

<sup>5</sup> Para Gramsci o Estado ampliado se constitui a partir da somatória da sociedade civil e da sociedade política, ampliando seu campo de atuação e significado para além de um sistema burocrático-coercitivo e dos órgãos de poder das esferas governamentais (Gohn, 2007; Semeraro, 1999). As dimensões do Estado: [...] não podem se limitar aos instrumentos exteriores de governo, mas abarcam também a multiplicidade dos organismos da sociedade civil onde se manifesta a livre iniciativa dos cidadãos, seus interesses, suas organizações, sua cultura e seus valores, onde, praticamente, se estabelecem as bases do consenso e da hegemonia (Semeraro, 1999, p. 69).

projetos societários e se desenvolve a luta pela construção de projetos hegemônicos de classe<sup>6</sup> (Duriguetto, 2007; Yokogawa, 2017).

Gramsci foi um autor de referência para a análise dos movimentos populares na América Latina, tendo contribuído para análise das lutas e movimentos sociais, em especial, nos anos 70 e início de 80 (Gohn, 2007). Após o início do período de “redemocratização” na América Latina, que pôs fim às ditaduras militares, emergiram novos sujeitos no cenário político reivindicando novas formas de fazer política (Pereira, 2012). Esse período, conforme Sader (2002), foi um período de reinvenção da democracia participativa nos países do Sul, o que desenvolveu um movimento de contracorrente e um contraponto à democracia liberal, através dos desenvolvimentos de movimentos sociais, de organizações da sociedade civil e de organizações políticas. Essas iniciativas abrangem uma democracia mais participativa e representam forte antagonismo à democracia liberal.

Esses novos movimentos e organizações abrem caminhos para a construção da democracia contra hegemônica que coloca em xeque a democracia liberal e suas instituições, reivindicando uma maior participação e envolvimento nas decisões políticas. Constrói-se um caminho para o aumento da participação política por parte dos cidadãos e cidadãs e para superar a democracia de baixa intensidade em direção a uma democracia de alta intensidade (Santos, 2007).

Conforme Santos (2007), para construir uma democracia de alta intensidade é necessário observar as culturas e formas políticas que foram marginalizadas e oprimidas pela modernidade ocidental. Para isso é preciso utilizar dos instrumentos hegemônicos já existentes a partir de uma perspectiva contra hegemônica, a fim de destruí-los e reinventá-los sob uma nova lógica. Santos (2007) cita alguns movimentos importantes nessa reinvenção da democracia, como a luta pelos direitos de moradia (Portugal), direitos a bens públicos distribuídos localmente (Brasil), direitos de participação e de reivindicação do reconhecimento da diferença (Índia e África do Sul). Todas essas experiências implicam “questionar uma gramática societária e estatal de exclusão e propor, em alternativa, uma outra mais inclusiva” (Santos, 2007, p. 50).

---

<sup>6</sup> Gramsci considera que a sociedade civil burguesa não mantém o poder apenas mediante a coerção, mas também, por intermédio de aparatos ideológicos da sociedade civil que buscam exercer a hegemonia e obter consenso. Entretanto, Gramsci acredita que os dominados poderiam minar essa dominação a voltando contra ele suas próprias armas (Yokogawa, 2017).

Dessa forma, para tornar a democracia mais democrática é essencial a ampla participação da sociedade civil nos processos deliberativos e participativos incluindo a pluralidade dos grupos sociais existentes. É necessário reinventar a democracia, torná-la de alta intensidade, construir novos projetos societários, dialogar com os movimentos sociais e, com os conhecimentos já produzidos por eles, apostar em democracias mais participativas e neutralizar os sistemas de exclusão e desigualdades que tornam impossível uma democracia real com justiça social.

### **3.1.2 Associativismo, participação social e saúde: os caminhos para uma participação emancipatória em saúde**

Diante da multiplicidade das práticas associativas é muito difícil uma definição precisa de associação. Diversos teóricos tiveram interpretações variadas acerca do associativismo, como a teoria do capital social de Putnam, que engloba as associações “face a face” e as associações secundárias (clubes de futebol, escoteiros, associações comunitárias), os teóricos da democracia associativa como Cohen e Rogers, que privilegiam as grandes associações dos amplos setores sociais (como sindicatos e federações) e a teoria da sociedade civil habermasiana, que vincula as associações com o mundo da vida, o que desqualifica organizações inseridas nos campos político e econômico, a exemplo dos partidos e sindicatos (Lüchmann, 2014, 2016).

Embora existam diferenças e especificidades entre as vertentes teóricas da democracia, tanto as perspectivas da democracia participativa, deliberativa como associativa<sup>7</sup> questionam os limites da democracia liberal. Dentro das premissas da democracia liberal as associações são vistas como um componente das escolhas e da liberdade individual, garantindo o direito de formar grupos e organizações para a satisfação dos interesses pessoais e para a liberdade de mercado, excluindo sua atuação ou influência na esfera política. Na democracia liberal, “qualquer exigência de uma atuação política mais substantiva por parte das associações

---

<sup>7</sup> Entre os modelos de democracia, a “Democracia participativa”, a “democracia associativa” e a “democracia deliberativa” têm se destacado por seus aportes teórico-analíticos valiosos no sentido do questionamento às premissas liberais da democracia e apresentando possíveis frente à pluralidade e a complexidade social (Lüchmann, 2014). Na democracia participativa o foco central é o resgate das ideias de autogoverno e de soberania popular por meio da participação dos cidadãos e cidadãos nos processos de discussão e de decisão política (Lüchmann, 2016, p. 27). Na democracia associativa, as associações têm papel chave nos processos de aprofundamento e de ampliação da democracia (Lüchmann, 2016, p. 27). A democracia deliberativa, de modo geral, entende que a democracia repousa no ideal de justificação do exercício do poder político por meio da discussão pública entre indivíduos livres e de em condições iguais de participação (Lüchmann, 2016, p. 43).

significaria colocar em risco a própria democracia, seja por pressionar o Estado estendendo as suas funções e atividades, seja por intervir negativamente nas liberdades individuais” (Lüchmann, 2016, p. 63).

Dessa forma, as três vertentes teóricas de democracia (participativa, deliberativa e associativa) buscam ampliar os sujeitos e os espaços da participação e da deliberação reconhecendo, por variados argumentos, o papel democrático das associações (Lüchmann, 2014). Os principais argumentos de cada teoria são: as associações são instrumentos que qualificam a participação direta dos cidadãos sendo a verdadeira essência da democracia (democracia participativa); as associações são soluções – possíveis e democráticas – para lidar com a administração da complexidade social (democracia associativa); e as associações e os movimentos sociais têm papel central na esfera pública e no conceito de sociedade civil e são fundamentais para o aprofundamento democrático por gerar poder legítimo, atuar mais diretamente nos espaços decisórios ou por contestar relações de poder e injustiças sociais (Lüchmann, 2014).

Todas essas teorias demonstram a complexidade do tema das associações e a partir de diferentes leituras da realidade apresentam diversos argumentos sobre sua importância em uma sociedade democrática. Conforme Vidal (2021, p.28), “[...] o cerne da teoria associativa é justamente a ênfase do papel das associações no aprofundamento democrático”. No âmbito da saúde, parece ser consensual a importância da participação dos cidadãos e cidadãs nos processos de tomada de decisão em saúde para a construção de um sistema de saúde democrático e de qualidade, e para garantia do direito universal à saúde (Fleury, 2009b; Junior *et al.*, 2015; Lima; Franco Netto, 2018; Matos; Serapioni, 2017; Vidal, 2021).

A relação entre democracia e saúde foi tema do discurso de abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (Lima; Franco Netto, 2018). Sergio Arouca teve como título do seu discurso “Democracia é Saúde” no qual defendeu o conceito ampliado de saúde, lembrando que para ter saúde é necessário garantir o bem-estar social e os direitos sociais, como casa, trabalho, saneamento básico, alimentação e também os direitos de liberdade de expressão e livre organização (Democracia é saúde, 2013). Em seu discurso, Arouca ressaltou a importância da participação da sociedade civil organizada nessa conferência, tanto nas discussões e como com seus votos, relembrando a importância da democracia.

Conforme Fleury (2009, p.747), “a luta pela universalização da saúde aparece como parte intrínseca da luta pela democracia, assim como a institucionalização da democracia aparece como condição para garantia da saúde como direito de cidadania”. A luta pelo direito

universal à saúde caminhou junto com a luta pela democracia. A inserção da saúde como parte dos direitos humanos torna a saúde inerente à cidadania em uma sociedade democrática.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto do Movimento Sanitário e foi conquistado enquanto direito social no período de redemocratização brasileira sendo garantido na Constituição de 1988. O SUS foi organizado de forma descentralizada, a partir de uma gestão democrática, garantindo a participação da população em todos os seus níveis (Fleury, 2009b). Com a promulgação da constituição de 1988, a participação da comunidade passou a ser um direito fundamental implantado e consolidado dentro do Sistema Único de Saúde. Em 1990, foram publicadas as leis 8080/90 e 8142/90 que institucionalizam e regulamentam a participação popular e o controle social na gestão da saúde, tendo como instâncias legalmente instituídas, nas três esferas de governo, as conferências<sup>8</sup> e os conselhos de saúde<sup>9</sup> (Bispo Júnior; Sampaio, 2008).

O SUS foi idealizado para responder às demandas de saúde estruturadas a partir de uma sociedade desigual, por isso, tem como base a equidade, característica indispensável para garantir a democratização da saúde. O movimento pela reforma sanitária, assim como, os movimentos pela redemocratização do país, estiveram ligados, de maneira geral, pela luta por justiça social e pela construção de uma sociedade mais equitativa (Coelho, 2010). Esse movimento buscava construir um novo projeto societário e se propunha a mudar a concepção de saúde como um bem de consumo, assim como sua mercantilização, e tornar a saúde um bem público ampliando a consciência sanitária do cidadão.

[...] é o movimento que impulsionou a reforma Sanitária brasileira colocou-se como projeto a construção contra hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica em uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público (Fleury, 2009a, p. 748).

Apesar das conquistas da Reforma Sanitária, o modelo igualitário defendido pelo SUS não se concretizou. Atualmente o Sistema de Único de Saúde continua cheio de iniquidades, reproduzindo as mesmas desigualdades que estruturam a sociedade brasileira. Nesse sentido,

---

<sup>8</sup> As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas que devem se reunir a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (municipal, estadual e nacional) (Brasil, 1990b).

<sup>9</sup> O Conselho de Saúde é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, tem caráter permanente e deliberativo. O Conselho de Saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Brasil, 1990b).

Fleury (2009, p.163) nos lembra que “não há democracia onde reina a iniquidade”. Para concretizar os projetos societários da reforma sanitária é preciso atuar sobre essas iniquidades de saúde e sobre as desigualdades estruturais da sociedade.

Esse é um dos problemas existentes nas democracias de baixa intensidade, pois esse sistema não promove nenhuma redistribuição social eficaz para lidar com as desigualdades e as opressões como as de classe, gênero e étnicas existentes na sociedade capitalista neoliberal. Esse sistema democrático está baseado em manter as elites oligárquicas no poder e beneficiar os interesses econômicos vinculados ao capitalismo (Aguiló Bonet; Almeida, 2021; Santos, 2003). Conforme Aguiló Bonet e Almeida (2021, p.260), esse modelo liberal “[...] no ha logrado reprimir las demandas derivadas de las asimetrías sociales en su totalidad, ha conseguido frenar la expansión y la efectivización de derechos, al tiempo que ha permitido acelerar y garantizar la prioridad de los procesos de acumulación capitalista”.

A democracia liberal não garante um processo democrático real e justo ao manter e até aprofundar as iniquidades resultantes da sociedade capitalista neoliberal. Para Santos e Avritzer (2002), esse modelo de democracia degrada as práticas democráticas e gera uma “dupla patologia”. A patologia da participação, que compreende o aumento notável do abstencionismo eleitoral, e a patologia da representação, que se refere à distância cada vez maior entre os representantes e os representados (Aguiló Bonet; Almeida, 2021).

Essa dupla patologia também perpassa a participação social dentro do Sistema Único de Saúde. As fragilidades e os déficits democráticos da democracia representativa liberal estão presentes também nas instâncias participativas brasileiras e do SUS (Escorel; Arouca, 2016). Entre as dificuldades existentes para uma participação social efetiva no SUS estão a falta de participação efetiva da comunidade, o paternalismo, clientelismo e autoritarismo, fazendo com que muitas pessoas não se sintam representadas e que muitas pessoas aceitem que outros(as) decidam por si (Ferretti *et al.*, 2016; Oliveira; Ianni; Dallari, 2013).

A restrita participação social nos conselhos de saúde está associada “a fatores socioculturais, como a falta de tradição participativa e de cultura cívica no país, a tradição autoritária do estado brasileiro e a cultura política dominante” (Oliveira; Ianni; Dallari, 2013, p. 2330). Além do Brasil ter uma democracia jovem, fomos invadidos por ideais e pela cultura neoliberal, em que prevalece um imediatismo e individualismo, no qual as pessoas demonstram, muitas vezes, apenas interesses por ações que os tragam benefícios pessoais diretos e imediatos (Bispo Júnior; Martins, 2012). Esses também são sintomas da democracia liberal, tradicionalmente difundida no ocidente: individualista, na perspectiva que escolhemos

representantes que satisfazem nossas necessidades pessoais, e com baixa participação e deliberação nas esferas públicas, porque confiamos nossas decisões aos representantes eleitos pelo povo.

Além disso, ainda estão presentes nas instâncias de participação institucionais a falta de vontade política e a dificuldade de o gestor partilhar poder decisório no espaço do conselho, a falta de conhecimento da população dessas instâncias participativas, falta de compreensão dos termos técnicos utilizados nesses espaços, hierarquização de poder entre os representantes dos diferentes segmentos sociais e a burocratização dentro dessas instâncias (Escorel, 2015; Escorel; Arouca, 2016; Ferretti *et al.*, 2016; Oliveira; Ianni; Dallari, 2013). Por isso, é preciso reconhecer a importância dessas instâncias para a participação social dentro do SUS, mas também os dilemas e os limites dessa forma de participação institucionalizada. De acordo com Escorel (2015, p. 2061),

Como a democracia é um processo sem fim, as modalidades de participação existentes devem ser permanentemente aprimoradas, modificando sua organização, discutindo sobre o seu papel e, ao reconhecer seus limites, identificar a necessidade de criar e possibilitar o surgimento de novas formas de participação que tenham incidência na formulação de políticas, já que o simples fato de surgirem questiona e aprimora as modalidades existentes.

Nesse sentido, todas as modalidades de participação existentes são importantes para se concretizar uma democracia de fato participativa, ou como diria Santos (2007), uma democracia de alta intensidade. Para Santos (2007), a complementaridade entre os espaços participativos, deliberativos e representativos é um terreno fértil e necessário para alcançar a democracia de alta intensidade. Nenhuma delas sozinha dá conta de apreender todas as demandas ou dar espaço para os diversos segmentos sociais existentes e suas pluralidades, por isso, é importante pensar na complementariedade das formas de participação (Escorel; Arouca, 2016).

Por isso, as associações e movimentos sociais também têm um papel-chave na democracia e na democratização da saúde, tanto sua participação nos conselhos e conferências de saúde, como na luta fora dessas instituições. Diversos autores vêm estudando a relação entre associativismo e saúde e buscando compreender esse espaço complexo e plural (Barbosa; Portugal, 2018; Junior *et al.*, 2015; Kovalski *et al.*, 2017; Vidal, 2021).

Vidal (2021), em sua tese de doutorado, estudou as estratégias de atuação de duas associações de pessoas com câncer e os papéis desempenhados por elas na garantia de direitos em saúde no Brasil e em Portugal. O estudo apresentou diversos aspectos positivos, como: o papel importante do associativismo na garantia direta ou reivindicação de direitos, mas trouxe a necessidade de que esses espaços pensem práticas mais participativas e que sejam capazes de

combater desigualdades no próprio interior das associações. Ademais, encontrou a ajuda mútua, a educação em saúde, a assistência e advocacy como componentes importantes dentro das associações estudadas.

Kovaleski *et al.* (2017) analisaram a relação entre a participação dos estudantes de odontologia em associações e o modo como percebem sua qualidade de vida. Os resultados da pesquisa encontraram que estudantes de odontologia que participavam em associações demonstraram uma melhor autoavaliação da qualidade de vida, satisfação quanto às relações pessoais e redução da frequência de sentimentos negativos.

Ao mesmo tempo, Barbosa e Portugal (2018), Soares e Deprá (2012) e Vidal (2021) alertam quanto ao avanço da lógica mercadológica e às fortes relações estabelecidas com o mercado em algumas associações de saúde. Para Barbosa e Portugal (2018), é importante considerar que as associações civis conseguem fornecer apoio àqueles(as) que procuram ajuda, entretanto, muitas associações acabam assumindo o papel do estado e resumindo sua atuação a luta por medicação. Soares e Deprá (2012) refletem sobre as relações de associações de pacientes com o mercado farmacêutico que tornam um dificultador do uso crítico e responsável de medicamentos e a importância da desmercantilização da saúde, levantando a necessidade de estudos que centrem na influência da indústria farmacêutica na reivindicação de direitos dentro das associações de pacientes.

Na perspectiva do associativismo das populações do campo, da floresta e das águas, Batista e Albuquerque (2014) analisaram a produção da saúde no campo, a partir de vivências em um assentamento rural vinculado ao Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST). Como resultado, o artigo encontrou que a organização do assentamento em relação a mobilizações de saúde, ainda são baixas e que ainda é necessário desenvolver mais ações de promoção da saúde e ações de educação popular visando à melhoria de saúde dessa população. As autoras ressaltam a potência do movimento e da articulação com as residências em saúde para a ressignificação da saúde nos assentamentos e da construção de outros projetos em conjunto com a Residência em Saúde no Campo.

Morel (2019) relata, a partir de um trabalho de campo, a auto-organização do cuidado em saúde pelos indígenas do Exército Zapatista de Libertação Nacional (EZLN) e suas bases de apoio que vivem na região de Chiapas, no México. A saúde é compreendida enquanto *lekil kuxlejal*, ou seja, *vivir bien*<sup>10</sup> e que é realizada e compreendida a partir das cosmovisões

---

<sup>10</sup> Bien vivir, para os zapatistas, está diretamente ligado à luta por autonomia e a vida digna. É um conceito construído pelas cosmovisões indígenas da América Latina. O conceito engloba a vida em comunidade,

indígenas e da organização comunitária local. O cuidado em saúde é protagonizado pelos promotores autônomos de saúde e pelas assembleias comunitárias da própria comunidade. O artigo aponta como a organização comunitária (e seus diferentes mecanismos de construção) vinculados a uma lógica baseada na alteridade podem ser um caminho potente a seguir e produzir saúde para o bem viver.

Bertoncello, Badalotti e Kleba (2018) analisaram o protagonismo do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) na discussão e defesa da saúde pública. O MMC é reconhecido como um movimento popular autônomo, camponês, feminista e classista que visa fortalecer um processo de emancipação e luta pelos direitos das mulheres. Esse movimento é marcado por uma trajetória na defesa dos direitos das mulheres, no que se refere a questão da saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar e violência doméstica. O MMC além da atuação diretamente no campo, também participa dos espaços de controle social e de decisão do SUS, como por exemplo, de Conselhos Municipais de Saúde e do Grupo da Terra, responsável pela construção da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas. Além disso, atua defendendo a saúde camponesa a partir de um projeto de agricultura com ênfase na agroecologia, plantas medicinais, sementes crioulas e produção de alimentos saudáveis e livre de agrotóxicos.

Compreender a saúde enquanto direito social é compreender a importância da democratização do SUS e da democratização do acesso à saúde, é inserir a pluralidade de concepções de saúde existentes nas diferentes culturas e povos no cuidado em saúde. Para construir práticas de saúde que são de fato democráticas é necessário que essas práticas rompam com as dominações exercidas pelo pensamento abissal: o colonialismo, o capitalismo e o patriarcado. Para isso, é preciso superar a democracia liberal que se desenvolve a partir do sistema-mundo capitalista em sintonia com a racionalidade eurocêntrica colonial. A democracia pós-abissal, proposta por Santos (2007), reconhece a diversidade de formas associativas e a pluralidade de práticas democráticas participativas e deliberativas. Esse conjunto de práticas se articulam com o conceito de demodiversidade que se refere a “la diversidad de concepciones y prácticas democráticas que coexisten o pueden coexistir en la sociedade” (Aguiló Bonet; Almeida, 2021, p. 266).

Santos (2007) reconhece que há diversas experiências sendo construídas, em especial, nos países periféricos e semiperiféricos que são invisíveis, mas que devem ser reconhecidas

---

respeitando os outros os outros seres (não-humano) e a natureza. Esse conceito será abordado posteriormente no terceiro capítulo desse trabalho.

como práticas democráticas válidas e necessárias. Essas experiências e alternativas contra-hegemônicas, construídas pela sociedade civil e por suas práticas associativas, convivem com as práticas hegemônicas da democracia liberal. Seja por vias institucionais ou nas lutas dos movimentos sociais e associações essas práticas são essenciais para construir uma democracia pós-abissal e uma saúde mais democrática e justa.

### 3.2 PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL E NO MUNDO: SOBRE CRISES, INIQUIDADES E NECROPOLÍTICA

Esse capítulo tem como objetivo apresentar o contexto político e social em que surgiu a pandemia de covid-19, a partir de um breve histórico sobre a relação entre saúde, meio ambiente e epidemias. Irá abordar também como as crises econômica, social, política e ambiental presentes na modernidade capitalista, colonial e patriarcal se relacionam com a pandemia do coronavírus. Por fim, irá descrever a gestão necropolítica da covid-19 no Brasil e suas implicações na população, em especial as populações subalternas.

#### **3.2.1 Como chegamos à pandemia de Covid-19? Refletindo sobre história, saúde e meio ambiente.**

Neste trabalho, o conceito de saúde será abordado na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença. Essa abordagem é proveniente da produção acadêmica latino-americana que se iniciou na década de 1970 e compreende a importância da relação entre o processo social e o processo biológico na produção da saúde e da doença. Nesse sentido, o processo saúde-doença adquire uma dimensão coletiva e não apenas individual, envolvendo os processos sociais e políticos de organização da sociedade (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017). Por isso, para compreender os impactos da pandemia de Covid-19 na saúde da população devemos estar atentos não apenas aos aspectos biomédicos da doença, mas também ao contexto social, ambiental, econômico e político no qual a pandemia de Covid-19 surgiu.

Na história da humanidade, já existiram diversas epidemias, apesar disso, é notório que recentemente, elas vêm aumentando sua frequência. De acordo com Pacifico, Cadore e Hoepers (2020), desde 1940, o número de epidemias vêm aumentando, sendo a Covid-19 a maior e a primeira a se tornar uma pandemia depois da AIDS e da gripe asiática (H2N2). Para compreender como a organização social e política tem impactos no meio ambiente, no surgimento e nos enfrentamentos das diversas epidemias é preciso revisitar a história.

A domesticação de animais e plantas iniciou há cerca de 10 mil anos com a implementação da agricultura, com o surgimento de vilarejos e com a divisão social do trabalho. Esse modo de organização revolucionou a vida humana, mas também foi quando o ser humano iniciou atividades que acarretam em mudanças ambientais e dos ecossistemas (Freitas, 2011). Foi a partir dessa nova organização social e com aumento na produção de alimentos, que a população humana aumentou cerca 1 milhão de pessoas em 95 mil anos, porém a domesticação de animais e da agricultura também trouxe novas doenças para os seres humanos, como a malária, febre amarela, sarampo, tuberculose, entre outras (Freitas, 2011).

Com o aumento do número de pessoas, as sociedades começaram a ficar mais complexas e ocupar mais espaços para agricultura e pecuária, aumentando também o número de doenças e epidemias devido às condições sociais, à concentração da população, ao aumento do contato com animais e à conectividade entre diferentes civilizações devido às redes de comércio entre Ásia, África, Europa e Oriente Médio (Freitas, 2011). Diversas epidemias surgiram nesse contexto de alta conectividade entre diferentes povos entre elas estavam a varíola e a peste negra, oriunda de roedores, que matou 1/3 da população das regiões da Europa, China e Oriente Médio durante o século XIV (Freitas, 2011).

Mesmo com a ampliação dos territórios, a necessidade do aumento da produção de alimentos representava uma ameaça para a vida naquelas civilizações. Assim, a partir do século XV, alguns países da Europa iniciaram o processo de expansão colonial através das invasões e da dominação dos povos da Índia, China, Japão, Austrália e Américas. Esse domínio possibilitou “[...] ampliar a extensão das suas terras e a quantidade de recursos naturais disponíveis” (Freitas, 2011, p. 28).

Entretanto, a invasão dos europeus na América acarretou a aniquilação da cultura dos povos e comunidades indígenas devido à imposição de seus hábitos culturais, da escravidão e da catequização. Além disso, a chegada dos europeus introduziu diversas epidemias como a da varíola, sarampo e gripe, as quais resultaram “[...] efeitos catastróficos para as populações locais, que tinham pouca ou nenhuma imunidade a essas novas doenças” (Freitas, 2011, p. 29).

É importante afirmar que os impactos humanos não foram apenas nos povos indígenas da América, mas também se deu nos povos Africanos que foram trazidos à força e utilizados como força de trabalho escrava para exploração das terras, dos recursos naturais e das riquezas da América (Freitas, 2011). Conforme Freitas (2011, p. 30):

A própria comercialização de milhões de africanos – homens, mulher e crianças – escravizados já resultava em uma mortalidade que variava de 1/3 a quase a metade dessas pessoas somente nos navios negreiros. Dos que

sobreviviam muitos adoeciam e morriam, em consequência da combinação de trabalho excessivo nas minas e lavouras com péssimas condições de vida.

A escravidão no Brasil durou 300 anos e é uma marca histórica em nossa sociedade, o término do tráfico de escravos no Brasil foi somente em 1850 e o fim da escravidão em 1888, ou seja, atualmente faz apenas 132 anos do fim da escravidão (Schucman, 2012). As consequências da escravidão e do extermínio indígena ainda perpassam nossa sociedade com o racismo e a exclusão social evidente desses povos.

Em relação aos impactos ambientais gerados pela colonização europeia, está a mudança na relação com a natureza e o início da exploração intensa dos recursos naturais disponíveis, tanto através da agricultura como da retirada de produtos como madeiras e metais preciosos (como o ouro e a prata). Além disso, foram inseridas novas espécies de plantas e animais que resultaram em grandes mudanças nos ecossistemas locais, causando desequilíbrio na cadeia alimentar, tendo em vista que as espécies não eram originárias do ecossistema local (Freitas, 2011).

A partir do século XVIII, com a Revolução Industrial, os modos de organização social tiveram uma nova mudança devido à troca nas fontes de energia. A exploração de fontes não renováveis - os combustíveis fósseis e o gás natural - tornam-se as principais fontes energéticas no lugar das fontes renováveis (seres humanos, animais, água e madeira). As indústrias e os maquinários geraram a produção de bens em larga escala e a concentração da população majoritariamente nas áreas urbanas. Conforme Freitas (2011, p.32), “[...] a industrialização se tornou o eixo principal da interação dos seres humanos com a natureza, que ficou submetida, nas áreas urbanas e rurais, à lógica de produção”.

A mudança nas fontes energéticas resultou em uma mudança nos modos de organização social, fomentando a criação dos grandes centros urbanos, a lógica da acumulação de bens, a exploração humana através do trabalho assalariado. Além disso, esse processo de transformação aumentou a degradação dos ecossistemas e seus impactos sobre a saúde. A invenção das máquinas e das tecnologias industriais possibilitaram a produção em larga escala de novos materiais não biodegradáveis, ademais o uso dessas fontes energéticas emite grandes quantidades de gases de efeito estufa, responsáveis pelo aquecimento global (Freitas, 2011).

Com o fortalecimento do capitalismo global, as iniquidades entre os países foram aumentando. Nesse sentido, as inovações tecnológicas e as riquezas foram concentradas nos países que detém o poder e o consumo dos bens produzidos no nível global. Essa

superconcentração das riquezas alcança níveis de distribuição cada vez mais desiguais: 20% da população mundial consomem cerca de 80% dos bens produzidos (Freitas, 2011).

Além de não receber os “benefícios da modernidade” e as riquezas produzidas, a população mais pobre ainda é e será mais acentuadamente afetada pela degradação ambiental, pela fome, por conflitos étnicos, migrações forçadas e guerras civis (Freitas, 2011; Santos, B. de S., 2001). Observa-se uma imensa desigualdade e injustiça no acesso aos bens produzidos, aos recursos naturais e também na socialização dos custos sociais e ambientais ocasionados pelo sistema capitalista e seu repertório destrutivo (Freitas, 2011).

Essa imensa lacuna entre a distribuição dos bens produzidos e a socialização dos riscos sociais e ambientais afeta diretamente a saúde da população do sul global, pois gera a precarização do acesso à saúde e à medicamentos, ao mesmo tempo que produz patógenos e epidemias devido ao sistema de produção, em especial, a produção de alimentos. Segundo Wallace (2020), o monocultivo genético, a padronização de alimentos e remédios, a produção em confinamento, abate em escala, desmatamento do entorno, são exemplos de técnicas utilizadas pela agroindústria que geram condições para a produção de potenciais epidemias.

Para Wallace (2020), o novo coronavírus (Sars-COV-2) é apenas mais um dos patógenos ligados, direta ou indiretamente, à produção agrícola intensiva, à monocultura e ao uso indevido do solo. Além do coronavírus, temos vírus da peste suína africana, as variantes do vírus influenza A (H1N1, H1N2v...), os ebolas, a febre aftosa, entre outros. Todas essas doenças e suas variações estão diretamente ligadas ao sistema alimentar de produção industrial e ao acentuado processo de degradação ambiental, fruto desse processo de desenvolvimento hegemônico que afeta em maior escala os países do sul global, gerando epidemias e mortes (Drew, 2011; Pacifico; Cadore; Hoepers, 2020; Vargas; Oliveira; Franco, 2020; Wallace, 2020). A força estruturante do capitalismo acaba produzindo patógenos mortais, conforme Wallace (2020, p.438), os ciclos de produção capitalista:

[...] degradam a resiliência dos ecossistemas para doenças, à medida que os recursos naturais são transformados em mercadorias, complicam intervenções epidemiológicas tratando seres humanos e animais antes de tudo como mercadorias e globalizam o transporte de mercadorias, pessoas, animais e patógenos.

A agroindústria vem se expandido em escala global, em especial, no sul global onde encontra mão-de-obra mais acessível, uma legislação ambiental mais permissiva e menos fiscalizações. Esse crescimento vem reduzindo os ecossistemas e a diversidade ambiental, gerando impactos no meio ambiente e condições para emergência e propagação de patógenos

letais dos animais selvagens para os animais da pecuária, e destes, para os trabalhadores do setor (Bezerra; Sousa; Barros, 2020; Wallace, 2020). Conforme Wallace (2020, p.257),

Uma vez que esses patógenos entram em cadeia alimentar, a produção pode contribuir com a seleção de variantes de patógenos de maior mortalidade, por recombinação genética e por mudanças antigênicas, ocorrida sob circunstâncias de supressão imunológica. Através do comércio global que agora caracteriza o setor, as cepas recém-desenvolvidas podem ser exportadas para o mundo todo.

A produção capitalista de alimentos e o agronegócio vem intensificando a crise ambiental e humanitária. A globalização econômica intensificou a mercantilização da natureza e da vida, utilizando a natureza visando o lucro de minorias e desconsiderando os limites existentes na utilização dos recursos naturais (Acosta; Brand, 2019; Azam, 2019). Segundo Bezerra, Sousa e Barros (2020, p.2):

Obviamente que, aliado a esse sistema alimentar de produção industrial, outras formas do sistema capitalista de exploração da natureza como a mineração, a destruição de nascentes de águas, a construção de barragens, a pesca predatória, as práticas de reflorestamento de monoculturas, dentre outras, são determinantes para exacerbar essa situação de colapso planetário.

O colapso ambiental está cada vez mais próximo devido à degradação do meio ambiente. O agronegócio está associado à degradação do meio ambiente e à produção de novas doenças, além disso os prejuízos desse setor são capilarizados para população mais pobre enquanto o mercado e o Estado lucram e permitem a expansão desse sistema:

O agronegócio emprega capital político para externalizar as consequências mais prejudiciais inerentes ao seu modelo de produção a consumidores, governos, produtores rurais, trabalhadores agrícolas, comunidades rurais, rebanhos, animais selvagens, florestas, campo de cultivo, rios, canais locais. Para além dos prejuízos materiais e fiscais associados ao declínio do valor nutricional, à redução da diversidade animal e ambiental, aos riscos laborais, à poluição, às perdas na autonomia do agricultor e ao controle comunitário da produção, a ameaça da pandemia é repetidamente ignorada tanto pelo Estado quanto pelo mercado. A produção cotidiana representa uma perigosa e lucrativa estratégia que se alimenta dos nossos bens comuns compartilhados (Wallace, 2020, p. 534).

Portanto, o sistema de produção capitalista é insustentável em termos ambientais e humanitários (Marques, 2020). Os direitos da maioria da população, em especial do sul global, seguem sendo violados. A dominação da natureza, dos animais e o uso dos recursos naturais seguem a lógica do capital, e são utilizados para sustentar o modo de vida moderno de uma minoria da população. Entretanto, as consequências desse sistema seguem afetando em maior escala os países do sul global, as mulheres e as pessoas não-brancas.

Como observado nesse capítulo, na história da humanidade as epidemias surgiram a partir do contato com os animais domesticados e das formas de organização social. As epidemias já foram responsáveis pela morte de milhares de pessoas, mas a partir da modernidade as epidemias vem afetando de maneira desigual povos e países. Nesse sentido, a pandemia de Covid-19 é fruto do modo de produção alimentar globalizada. E seus impactos são diferentes nas populações do sul e do norte global, devido às iniquidades de saúde e sociais provenientes do neoliberalismo e da globalização, além de afetar diferentemente as pessoas devido às intersecções entre raça, gênero e classe social.

### **3.2.2 Panorama global da pandemia de covid-19: capitalismo, colonialismo e patriarcado**

A pandemia atingiu a sociedade em um momento de várias crises provenientes da profunda iniquidade social (Breilh, 2020). A sociedade moderna está orientada pelo sistema de produção capitalista, mas para além de um modo de produção, o capitalismo global é também um regime cultural e civilizacional (Santos; Meneses, 2009).

As desigualdades sociais produzidas pela globalização da economia e pelo neoliberalismo vem se agravando nas duas últimas décadas gerando uma crise social sem precedentes (Santos, B. de S., 2001). As empresas multinacionais e seus monopólios na produção industrial vêm agravando a desigualdade no mundo. Há um aumento dramático das desigualdades entre países ricos e países pobres e, no interior de cada país, entre ricos e pobres. Por exemplo, “[...] o 1% mais rico do mundo controla 40% da riqueza líquida do planeta. Enquanto isso, os 50% mais pobres possuem apenas 1% de toda a riqueza líquida mundial” (Freitas, 2011, p. 46).

Para além da crise ambiental abordada no capítulo anterior, a vulneração causada pelo sistema neoliberal e pelos programas de austeridade, agravam ainda mais a situação de saúde das populações mais pobres e do sul global. De acordo com Wallace (2020, p.529), “[...] a vulnerabilidade das populações humanas às infecções propagadas por essa disseminação é exacerbada o tempo todo por programas de austeridade que afetam tanto o saneamento ambiental quanto a saúde pública”.

Essas políticas de austeridade geraram a desorçamentação e desmantelamento dos sistemas públicos de saúde em todo o mundo (Breilh, 2020; Nunes, 2020; Solón, 2019c). Com a precarização dos sistemas de saúde e o aumento das desigualdades, os impactos da covid-19 têm afetado em grande escala os países do sul global e as populações subalternizadas,

reforçando a crise civilizatória da modernidade capitalista, colonial e patriarcal (Porto, 2020; Santos, B. de S., 2020). De acordo com Santos (2020), além dos países do sul global, os corpos racializados e sexualizados são mais vulnerabilizados em momentos de surto.

Quando o surto ocorre, a vulnerabilidade aumenta, porque [os corpos racializados e sexualizados] estão mais expostos à propagação do vírus e se encontram onde os cuidados de saúde nunca chegam: favelas e periferias pobres da cidade, aldeias remotas, campos de internamento de refugiados, prisões, etc. Realizam tarefas que envolvem mais riscos, quer porque trabalham em condições que não lhes permitem proteger-se, quer porque são cuidadoras da vida de outros que têm condições para se proteger. Por último, em situações de emergência as políticas de prevenção ou de contenção nunca são de aplicação universal. São, pelo contrário, selectivas. Por vezes, são abertas e intencionalmente adeptas do darwinismo social: propõem-se garantir a sobrevivência dos corpos socialmente mais valorizados, os mais aptos e os mais necessários para a economia. Outras vezes, limitam-se a esquecer ou negligenciar os corpos desvalorizados (Santos, B. de S., 2020, p. 27).

Dessa forma, Santos (2020) aponta para as dificuldades enfrentadas pelas mulheres que são as principais cuidadoras das famílias e que dominam as profissões de cuidado e da saúde se expondo mais ao estresse, ao perigo do vírus e as inúmeros formas de violências geradas pelo confinamento. Ressalta também as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores precários, informais e autônomos, conforme o autor na América Latina cerca de 50% dos trabalhadores empregam-se no setor informal e devido à precarização do trabalho são obrigados diariamente a escolher entre ganhar o pão diário ou ficar em casa e passar fome, entre morrer do vírus ou morrer de fome (Santos, B. de S., 2020).

Outro fator importante que afetou os grupos sociais mais vulnerabilizados pelo sistema foi a necessidade de realizar quarentena, distanciamento físico, higiene das mãos e uso de máscaras para se prevenir do vírus. Todas essas medidas acabam sendo discriminatórias, pois nem todos os grupos sociais têm a possibilidade de cumprir essas exigências. Essas medidas exigem uma casa, carro, estabilidade econômica, acesso a água, máscara, entre outros fatores. Conforme Santos (2020, p.15), os grupos sociais mais afetados:

São os grupos que têm em comum padecerem de uma especial vulnerabilidade que precede a quarentena e se agrava com ela. Tais grupos compõem aquilo a que chamo de Sul. Na minha concepção, o Sul não designa um espaço geográfico. Designa um espaço-tempo político, social e cultural. É a metáfora do sofrimento humano injusto causado pela exploração capitalista, pela discriminação racial e pela discriminação sexual.

Já em relação à corrida pelas vacinas, tornou-se cada vez mais visível as injustiças existentes no sistema capitalista colonial. A distribuição global das vacinas foi realizada a partir da lógica do mercado farmacêutico, mantendo a patente das vacinas, impedindo a transferência

de tecnologias para outros países, deixando as decisões sobre a seleção de prioridades de acesso para as empresas e seguindo os condicionantes do capital (Corrêa Filho; Ribeiro, 2021). A desigualdade no acesso às vacinas é fruto da estrutura de dominação norte-sul, do imperialismo, do colonialismo e do patriarcado que produz aberrações como países com mais vacinas que pessoas e países com muitas pessoas sem vacina.

Essas desigualdades são reflexo da sociedade moderna que foi construída e se estrutura a partir do sistema capitalista, colonial e patriarcal e que nega uma parte da humanidade. Conforme Santos (2009), esse sistema-mundo traçou uma *linha abissal* que dividiu as pessoas em humanos e sub-humanos. Como afirma Santos (2009, p.31), “[...] a humanidade moderna não se concebe sem uma sub-humanidade moderna”. E para uma parte minoritária da população ter privilégios, grande parte da população precisa viver na sub-humanidade. Ainda segundo o autor:

O meu argumento é que esta realidade é tão verdadeira hoje como era no período colonial. O pensamento moderno ocidental continua a operar mediante linhas abissais que dividem o mundo humano do sub-humano, de tal forma que princípios de humanidade não são postos em causa por práticas desumanas. As colônias representam um modelo de exclusão radical que permanece atualmente no pensamento e práticas modernas ocidentais tal como aconteceu no ciclo colonial. Hoje, como então, a criação e ao mesmo tempo a negação do outro lado da linha fazem parte integrante de princípios e práticas hegemônicos (Santos, 2009a, p. 31).

A pandemia do coronavírus demonstrou de maneira cruel a incapacidade do Estado neoliberal frente a emergências de saúde, a divisão moderna das pessoas em humanos e sub-humanos, a colonialidade existente na distribuição das vacinas, a importância do mercado acima da vida. Com o aprofundamento da crise ambiental, provavelmente haverá outras pandemias no futuro e talvez até mais graves (Santos, B. de S., 2020; Wallace, 2020). A continuidade das políticas neoliberais deixa as populações cada vez mais indefesas, e “[...] tal ciclo infernal só pode ser interrompido se se interromper o capitalismo” (Santos, B. de S., 2020, p. 25).

### **3.2.3 A gestão necropolítica da pandemia no Brasil: “e daí? Eu não sou covão”**

A pandemia de covid-19 chegou no Brasil em um período marcado por políticas neoliberais e crises sociais, políticas, econômicas e ambientais. A agenda neoliberal viabilizou as reformas centradas na austeridade fiscal com cortes de gastos nas áreas sociais e reformas de ajuste neoliberal como reforma previdenciária e trabalhista (Almeida-Filho, 2021). Como

resultado dessas políticas destaca-se a acentuação da situação de desemprego, piora nos indicadores fiscais, desfinanciamento do SUS e a fragilização das políticas de proteção social em um contexto de aumento da pobreza e das desigualdades sociais (Almeida-Filho, 2021).

Para piorar essa situação, a forma como o governo federal conduziu a pandemia foi repleta de equívocos, omissões, irresponsabilidade, incompetência e negacionismo. O governo de Jair Bolsonaro integrou diversas estratégias que estimularam a disseminação do vírus como a desqualificação da pandemia, o estímulo a atitudes que induzem à aceleração do ritmo de contaminação e a propagação de falsas notícias e falsas soluções como o anúncio enganoso de medicamentos comprovadamente ineficazes que resultaram em sofrimento e mortes totalmente desnecessárias (Almeida-Filho, 2021; Calil, 2021; Caponi *et al.*, 2021).

Em relação à desqualificação da pandemia, o governo Bolsonaro utilizou diversos termos como “histeria” e “é só uma gripezinha”, sempre tentando relacionar a gripe a um resfriado que não poderia levar a óbito, principalmente em jovens e adultos. Além disso, por diversas vezes Bolsonaro minimizou a disseminação do vírus e o número de mortos e hospitalizados e chegou a pedir para seus apoiadores invadirem hospitais de campanha para filmar se havia pacientes internados. Bolsonaro afirmou em junho de 2020 “se tem um hospital de campanha perto de você, se tem um hospital público... arranja uma maneira de entrar e filmar. Muita gente tem feito isso, mas mais gente tem que fazer pra mostrar se os leitos estão ocupados ou não” (Prazeres, 2021).

Ademais, o presidente e seus apoiadores por diversas vezes afirmaram que existe sobrenotificação de casos de COVID-19 quando evidentemente existe uma subnotificação (Caponi *et al.*, 2021). Em uma *live* de junho de 2021, quando o Brasil registrava 473.495 mortes por Covid-19, o presidente Jair Bolsonaro afirmou ter um relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) que questionava o número de óbitos e concluía que 50% dos óbitos registrado como covid-19 eram de outras doenças. Fato esse que foi depois desmentido pelo TCU e investigado pela CPI da COVID (que falaremos mais adiante).

Primeira mão para você. Não é meu, é do tal do Tribunal de Contas da União, questionando o número de óbitos no ano passado por Covid. O relatório final não é conclusivo, mas em torno de 50% dos óbitos por Covid no ano passado não foram por Covid segundo o Tribunal de Contas da União – afirma Bolsonaro (Globo, 2021).

Baseado na teoria da “imunidade de rebanho”, o governo federal e, em especial, o presidente Jair Bolsonaro estimulou atitudes que induziram à aceleração do ritmo de contaminação como promover a quebra de quarentenas e medidas de distanciamento e

incentivar aglomerações e o não uso de máscaras (Almeida-Filho, 2021; Calil, 2021). Em um de seus diversos passeios sem máscara e promovendo aglomerações, em março de 2020, o presidente da república afirmou “Temos um problema do vírus? Temos. Ninguém nega isso daí. Devemos tomar os devidos cuidados com os mais velhos, com as pessoas do grupo de risco. Agora, o emprego é essencial” (Gomes, 2020), defendendo a teoria do isolamento vertical na qual apenas idosos e grupos de risco deveriam realizar o isolamento e o resto da população voltar à normalidade para garantir o emprego e a ‘saúde’ da economia. Neste mesmo dia, Jair Bolsonaro afirma que “aproximadamente 70% da população vai ser infectada. Não adianta querer correr disso. É uma verdade. Estão com medo da verdade?” (Gomes, 2020), defendendo a teoria da imunidade de rebanho e a contaminação da população. Além disso, em março de 2020 lançou a campanha “O Brasil não pode parar”, incentivando a população a não seguir o isolamento social e as medidas de distanciamento.

A teoria da imunidade coletiva (ou imunidade de rebanho) e do isolamento vertical surgiram no início da pandemia, quando diversos governos como Estados Unidos, Reino Unido, Itália, Holanda e Bélgica, acreditavam que a covid-19 tinha uma baixa letalidade e, dessa forma, poderiam descartar a adoção de medidas rigorosas de isolamento social e contenção do vírus, acreditando que seria possível chegar rapidamente a um patamar de contaminação que garantisse a imunidade coletiva (Calil, 2021). Essa alternativa era política e economicamente viável tendo em vista que buscava preservar os interesses da acumulação capitalista e evitar o agravamento ainda maior da crise mundial do capital (Calil, 2021).

O grande marco dessa perspectiva foi a campanha midiática “Milano no si ferma” em 27 de fevereiro de 2020 que visava incentivar a população a manter sua vida normal, minimizando a relevância e os impactos da covid-19. Entretanto, a Itália foi palco de uma tragédia “no final de março, já tendo atingido 12.466 óbitos, a Itália concentrava 27,8% do total de mortos pela covid-19 em todo o mundo, mesmo não chegando a 1% da população mundial” (Calil, 2021, p. 33). Essa tragédia italiana gerou uma mudança na perspectiva da maior parte dos governos do mundo que abandonaram a teoria da imunidade coletiva e começaram a adotar políticas de contenção do vírus (Calil, 2021).

Já no Brasil, essa teoria ainda é defendida, tanto pelo presidente, como por muitos de seus apoiadores, em especial, o deputado federal Osmar Terra. Países como Estados Unidos da América, Rússia, Índia e Brasil apostaram no modelo de isolamento vertical e na imunidade de rebanho e são exemplos de fracasso no controle da pandemia (Almeida-Filho, 2021). Conforme Almeida-Filho (2021, p.221):

Do ponto de vista epidemiológico, não faz qualquer sentido usar uma quarentena invertida, aplicada somente a vulneráveis, e não a infectados, sem contar que grande parcela da população vive em condições que dificilmente ou jamais se poderia isolar alguém em casa. A livre circulação dos sujeitos contaminantes, sintomáticos ou não, facilitaria o contágio; e a pandemia fugiria a qualquer controle, podendo tornar-se endêmica.

Além de não se responsabilizar pela condução da pandemia e pela vida dos brasileiros, o governo federal atribuiu a responsabilidade pela crise econômica aos governadores e prefeitos defensores do isolamento social que não aceitaram a indicação do presidente de voltar à normalidade para garantir o progresso econômico do país (Calil, 2021). Em seus discursos demonstrava sempre sua preocupação com a economia e não com as mortes pela covid-19, tendo falado em uma entrevista para imprensa sobre as mais de 2.575 mortes por covid-19 diárias “e daí? Eu não sou coveiro” (Gomes, 2020). Além das falas que não demonstravam nenhuma empatia pela vida dos brasileiros mortos pela covid-19, Bolsonaro ainda proferiu falas machistas e sexistas, para incentivar a população a voltar à normalidade: "essa é uma realidade, o vírus tá aí. Vamos ter que enfrentá-lo, mas enfrentar como homem, porra. Não como um moleque. Vamos enfrentar o vírus com a realidade. É a vida. Todos nós iremos morrer um dia." (G1, 2020).

As falsas promessas de remédios milagrosos contra covid-19 também foram utilizadas para incentivar a população a voltar ao trabalho. O presidente da República e muitos dos dirigentes oficiais encorajaram o uso de tratamentos farmacológicos sem qualquer comprovação de eficácia contra a covid-19, entre eles antimalárico, antihelmíntico de uso veterinário, remédio contra piolho e sarna, enema retal de ozônio (Almeida-Filho, 2021). Entre todos esses medicamentos, a cloroquina e sua variante a hidroxicloroquina foram as que ficaram mais “famosas” devido ao seu uso político/ideológico (Caponi *et al.*, 2021). A foto abaixo ilustra o presidente com o medicamento.

Figura 1- Bolsonaro segura caixa de cloroquina e oferece para Ema



Fonte: REUTERS/Adriano Machado (UOL, 2020)

O início do debate sobre a cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento anticovid-19 se deu a partir de *testes in vitro* realizados em fevereiro de 2020 por pesquisadores chineses com três substâncias antivirais que pareciam inibir o SARS-CoV-2: a cloroquina, o remdesivir e o lopinavir/ritonavir. Depois, foram conduzidos ensaios clínicos em todo o mundo para testar a eficácia e a segurança da cloroquina e da hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19. Ainda em fevereiro de 2020, a OMS afirmou priorizar alguns medicamentos em seus ensaios clínicos, incluindo a cloroquina. Além disso, apesar dos estudos de eficácia ainda não serem conclusivos, a OMS recomendou a utilização da terapêutica através de ensaios clínicos aprovados eticamente para averiguar sua eficácia e segurança (Caponi *et al.*, 2021).

O estudo francês liderado por Didier Raoul foi o que ficou mais famoso entre os apoiadores do governo federal no Brasil. O estudo foi publicado em uma revista científica um dia após sua submissão, ou seja, um tempo recorde no meio acadêmico, ademais um dos coautores do artigo era editor da mesma revista. Segundo o estudo, o tratamento com hidroxicloroquina estaria associado com redução significativa ou desaparecimento da carga viral em pacientes com covid-19 e esse efeito seria reforçado pelo uso de azitromicina (Caponi *et al.*, 2021). Entretanto, conforme Caponi *et al.* (2021, p.88) metodologicamente, podem-se destacar alguns problemas:

[...] apenas 42 pacientes avaliados; descrição duvidosa dos pacientes tratados e não tratados; falta de descrição dos desfechos clínicos (por exemplo,

hospitalização, UTI ou ventilação mecânica); exclusão de 6 pacientes que receberam cloroquina (sendo que 3 faleceram e um foi encaminhado para a UTI) das análises, sem explicitar os motivos. Apesar dos vieses, este estudo popularizou a esperança do ocidente de um fármaco milagroso e barato para tratar a COVID-19, intensificando o uso off-label.

Após esses eventos, em 19 de março, o então presidente dos Estados Unidos, Donald Trump anunciou, em uma coletiva de imprensa, que a cloroquina e a hidroxicloroquina apresentaram resultados promissores e que esses fármacos poderiam “mudar o jogo” (Caponi *et al.*, 2021). Após essa declaração, no final de março, o presidente Bolsonaro decidiu seguir os mesmos passos do presidente dos Estados Unidos.

Além da defesa do medicamento, o presidente solicitou ao exército a produção em grande escala do produto, mesmo sem nenhuma comprovação da sua eficácia. Outro efeito da obsessão pelo medicamento foi a demissão de dois ministros da saúde. O ministro Mandetta, que já estava em atrito com Bolsonaro, mas se recusou a liberar o medicamento para os casos leves de covid-19. Mandetta foi demitido logo após esses atritos e foi nomeado Nelson Teich, que ficou apenas 28 dias no comando da pasta e também foi contrário à liberação do medicamento para casos leves no Brasil por falta de evidências científicas (Caponi *et al.*, 2021).

O terceiro ministro a assumir o ministério da saúde durante a pandemia foi um general sem formação na área da saúde, o ministro Eduardo Pazuelo. Logo que entrou, o ministro, em 20 de maio de 2021, incorporou a cloroquina no protocolo oficial com a indicação de tratar os casos leves de covid-19 (Caponi *et al.*, 2021). Então, “muitos municípios e planos de saúde passaram a implantar tratamentos à base de cloroquina para pessoas com sintomas leves, sem sintomas ou até como prevenção de forma ampla. Esses tratamentos ficaram conhecidos como “kit covid” (Caponi *et al.*, 2021, p. 91).

Ao longo do tempo, novas pesquisas sobre a utilização da cloroquina no tratamento da covid-19 foram elaboradas e, a partir de julho de 2020, as pesquisas já mostravam a ineficácia desses medicamentos. Entretanto, mesmo após os resultados das pesquisas, a interrupção de novas pesquisas pela OMS, o cancelamento da autorização do uso emergencial contra a covid-19 em diversos países, incluindo os Estados Unidos. No Brasil, o governo continua recomendando seu uso como símbolo de esperança para a população e como forma de minimização da pandemia (Caponi *et al.*, 2021). Ainda, conforme Caponi *et al.* (2021, p.91),

[...] a defesa da cloroquina pelo governo brasileiro mostra que “tratamentos milagrosos” estão sendo utilizados como esperança de cura, ao mesmo tempo que servem como justificativa para não fechar estabelecimentos comerciais e outros setores da economia. O presidente afirma ainda que o lockdown não é eficaz na redução da mortalidade. O isolamento social e quarentena já haviam

sido implementados em vários locais do mundo, levando ao fechamento de escolas, bares, restaurantes, comércios, pontos turísticos e redução de outros serviços. Como consequência, economias se abalam, pessoas perdem empregos ou veem redução em sua renda etc. É nessa relação entre economia e saúde que o problema da cloroquina ganhou um apelo esperançoso, em seu uso off-label, porém sem embasamento científico.

Para além dos posicionamentos e ações do presidente Jair Bolsonaro e do governo federal, que resultaram em sofrimento e mortes desnecessárias durante a pandemia, o Ministério da Saúde teve diversas falhas na coordenação nacional do combate ao vírus. Observou-se, durante a pandemia, a falta de protocolos claros de ação e estratégias nacionais de enfrentamento ao vírus, a redução conjuntural do papel da União na coordenação da resposta à pandemia, aumento da descoordenação intergovernamental e das desigualdades no acesso a recursos, informações e tecnologias entre estados e municípios e falta de coordenação a respeito das normas de isolamento social (Abrucio *et al.*, 2020; Lui *et al.*, 2021; Pereira; Oliveira; Sampaio, 2020).

Lui *et al.* (2021) realizou um estudo sobre o modo como os municípios brasileiros desenvolveram medidas para enfrentar a pandemia de covid-19. Constatou-se que foram desenvolvidas ações heterogêneas e cada governo municipal implementou suas próprias políticas para enfrentar a emergência sanitária, criando, um cenário de fragilização do SUS e das políticas voltadas à contenção da pandemia. Conforme os autores, a heterogeneidade das ações tomadas pelos municípios brasileiros também pode ser compreendida como um resultado do precário desenvolvimento do processo de descentralização da saúde no Brasil (Lui *et al.*, 2021, p. 8).

A descoordenação no enfrentamento da covid-19 aumentou com o conflito entre presidente e governadores, principalmente, no que tange à decisão sobre o estabelecimento do isolamento social. Foi criado o Comitê de Crise da Covid-19, sem representação estadual e municipal, enfraquecendo ainda mais o pacto entre os entes federativos. Ademais, essa situação criou competição entre os próprios estados e regiões por escassos insumos para o combate à covid-19, aumentando ainda mais as desigualdades entre as regiões do país. Conforme Abrucio *et al.* (2020, p.672):

O confronto e a descoordenação intergovernamentais, provocados pela falta de liderança da União, geraram desperdício de recursos, sobreposição de ações, redução dos ganhos de escala oriundos da coordenação federativa e prejuízos à garantia dos direitos sociais construída ao longo dos anos. O fato é que esse desarranjo federativo foi uma das principais causas para os péssimos resultados alcançados em relação ao número de doentes e de mortos.

São dados que colocam o país numa posição desconfortável no cenário internacional.

As desigualdades entre as diferentes regiões do Brasil podem ser observadas no estudo de Silva *et al.* (2021) que avaliou as taxas de letalidade causadas pela COVID-19 nas cinco regiões do Brasil, bem como nos estados. O estudo foi realizado no período de fevereiro a agosto de 2020 e teve como resultado que as maiores taxas de letalidade foram registradas na região Norte (68,74%) e na região Nordeste (56,27%) e entre os estados da região Norte com a maior letalidade registrada foram Roraima (93,76%) e Amazonas (83,55%). Diante disso, o estudo alerta para as desigualdades existentes entre as diferentes regiões do país e que a gravidade da crise sanitária pode estar diretamente relacionada com o contexto socioeconômico de cada região ou estado (Silva *et al.*, 2021).

Outro ponto importante que atingiu não apenas o Brasil, mas o mundo, foi a propagação de notícias falsas. A produção e disseminação de notícias falsas não é um fenômeno novo no Brasil, as chamadas “*fake news*” vêm exercendo poder nas relações econômicas, políticas, sociais e culturais nos últimos anos. No que tange a pandemia de covid-19, as informações falsas vêm gerando implicações negativas e comportamentos de risco, sobretudo às pessoas em situação de maior vulnerabilidade social (Cristo *et al.*, 2021).

Um estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e desenvolvido por Galhardi e Minayo, apontou as principais redes sociais propagadoras de notícias falsas sobre o novo coronavírus no Brasil. Esse estudo encontrou que aproximadamente 74% das mensagens que circularam no aplicativo WhatsApp acerca da covid-19 entre março e abril foram informações falsas e que muitas dessas informações utilizaram o nome da Fiocruz como remetente das informações (Fiocruz, 2020). Em outro estudo sobre a disseminação de notícias, foram analisadas 329 fake news, sendo 253 (76,9%) descritas pelo site G1 e 76 (23,1%) pelo site do Ministério da Saúde (de Barcelos *et al.*, 2021). Como conclusão do estudo, a disseminação de notícias falsas se caracterizou, principalmente, por conteúdos de posicionamento político e desinformação sobre número de casos e óbitos e medidas de prevenção e de tratamento (de Barcelos *et al.*, 2021).

Dessa forma, a pandemia chegou em meio a um cenário de crise política e econômica e de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde devido às políticas de austeridade. Além disso, foram cometidos diversos erros na condução dessa crise sanitária. Em função disso, foi criada em 13 de abril de 2021 e oficialmente instalada no Senado Federal, em 27 de abril de 2021, uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar a atuação do Governo Federal na

pandemia. A CPI foi prorrogada por mais três meses em 14 de julho de 2021, sendo concluída com a apresentação e votação do relatório final no dia 26 de outubro de 2021 (Senado Federal, 2021b).

Além das condutas do governo federal citadas acima a respeito das recomendações de medicamentos sem eficácia comprovada, da gestão dos recursos financeiros e do desestímulo a medidas preventivas não farmacológicas, a CPI também investigou o atraso na negociação da vacina e a compra das vacinas (Senado Federal, 2021b). A vacinação foi uma das medidas de enfrentamento do vírus. No mundo, a primeira pessoa a ser vacinada foi em 8 de dezembro e no Brasil, apenas em 17 de janeiro. A vacinação iniciou em São Paulo e a primeira brasileira vacinada contra o coronavírus foi Mônica Calazans, 54, enfermeira da UTI do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

Conforme investigado na CPI da Covid, o Brasil poderia ter sido o primeiro no mundo a iniciar a vacinação. O diretor do Instituto Butantan, Dimas Covas, afirmou na CPI que em dezembro de 2020 o laboratório tinha quase 10 milhões de doses da CoronaVac, mas o governo federal deixou as negociações “em suspenso” o que ocasionou atraso do começo da vacinação no país (Senado Federal, 2021a).

Além do caso da CoronaVac, o executivo da Pfizer afirmou que governo federal ignorou a ofertas de 70 milhões de doses de vacinas em 14 agosto de 2020 (BBC, 2021). Além disso, conforme o senador Randolfe Rodrigues (Rede-AP), vice-presidente da CPI da Covid, ficaram sem respostas 53 e-mails da Pfizer sobre a negociação de vacinas o que comprova a omissão na aquisição do produto (OGLOBO, 2021b). O contrato com a Pfizer foi fechado apenas em 8 março de 2021, quando a pandemia atingia seu pico no Brasil e o número de mortos por covid-19 já chegava a 400 mil (BBC, 2021).

Além desses dois casos, a CPI também investigou casos como o da Covaxin e Caso Davati que envolvem corrupção na venda de vacinas. Segundo o TCU, o contrato da Covaxin foi o que teve um desfecho mais rápido, levou apenas 97 dias para fechar o acordo, enquanto o contrato com a Pfizer, por exemplo, levou 330 dias. Além disso, a Covaxin seria a vacina mais cara negociada pelo governo federal com preço de R\$ 80,70 a unidade, mas graças à CPI a negociação foi suspensa (OGLOBO, 2021a; Senado Federal, 2021c).

Além de todos esses casos, o presidente Jair Bolsonaro ainda não se vacinou contra a covid-19 e fez diversas afirmações sobre os supostos “perigos” da vacina como virar jacaré e até desenvolver HIV. Todos esses fatores e a desorganização do Ministério da Saúde causaram a morosidade na vacinação. Depois de oito meses do início da vacinação, em 17 de janeiro de

2021, apenas 35% da população estava completamente vacinada com duas doses do imunizante ou com dose única, e 67,3% tomaram pelo menos uma dose da vacina. Conforme Costa, Rizzotto e Lobato (2021) o SUS tem uma capacidade muito maior em realizar campanhas de vacinação em massa que não foi utilizada e essa lentidão manteve uma baixa cobertura vacinal que “facilita a propagação do vírus, a emergência de novas variantes e aumenta ainda mais o número de mortes evitáveis” (p.557). Pedro Hallal afirma durante a CPI da covid que o atraso da compra de vacinas no Brasil provocou entre 95,5 a 145 mil mortes evitáveis (Senado Federal, 2021d).

Para além da morosidade, alguns estudos sobre a vacinação apontam também a fragilidade do “Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19” no Brasil. Entre as consequências da desorganização dessa plano e do planejamento adotado foi maior cobertura entre grupos historicamente privilegiados no Brasil segundo marcadores, sociais, étnico-raciais, territoriais e educacionais gerando desigualdades no acesso à saúde (Marino *et al.*, 2021; Patrocino; Pena, 2021). Conforme Patrocino e Pena (2021, p.254):

O processo de vacinação contra a Covid-19 no Brasil, para além da morosidade, tem sido caracterizada pela ausência de regulação e descentralização política e utilização de critérios de priorização questionáveis tanto do ponto de vista sanitário como ético. A cobertura vacinal tem evidenciado acentuação das desigualdades de classe, étnico-racial, territorial e educacional.

Todas essas ações geraram mortes evitáveis e um aprofundamento das desigualdades sociais. De acordo com Pedro Hallal, em depoimento à CPI, quatro em cada cinco mortes poderiam ter sido evitadas, ou seja, pelo menos 400 mil pessoas não teriam morrido pela covid-19 no país caso o governo federal tivesse adotado outra postura — apoiando o uso de máscaras, medidas de distanciamento social, campanhas de orientação e ao mesmo tempo acelerando a aquisição de vacinas (Senado Federal, 2021d).

Outros dados importantes foram apresentados por Hallal na CPI. No dia 24 de junho 2021, o Brasil concentrava quase 13% das mortes no mundo com apenas 2,7% da população mundial e as mortes diárias representavam 33% das mortes mundiais por covid-19. Em comparação com os dez países com maior população, o Brasil apresentava o pior resultado de mortes por milhão de habitantes, assim como na comparação dos países que compõem o BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul). Já em relação a América do Sul, o Brasil era o segundo país com mais mortalidade de covid-19 por milhão de pessoas, atrás apenas do Peru (Senado Federal, 2021d).

Em relação ao aprofundamento das desigualdades sociais, ainda conforme depoimento de Hallal, em todas as fases do Epicovid, estudo realizado em 133 cidades, a população mais pobre teve o dobro de risco de infecção na comparação com pessoas mais ricas. E na terceira fase do estudo, nas datas de 21 a 24 de junho, 7,8% dos indígenas tiveram contato com o coronavírus, contra 1,7% dos brancos, 4,5% dos pardos, 3,6% dos negros e 3,6% dos amarelos (Senado Federal, 2021d).

Entretanto, as desigualdades no contexto da pandemia não estão apenas no maior risco de infecção e morte, foram aprofundadas as desigualdades sociais com o aumento do desemprego e da fome, elevação dos preços do grupo dos alimentos e aumento da inflação que penaliza sobremaneira os mais pobres. No contexto da pandemia, 55% dos domicílios apresentam algum grau de insegurança alimentar e pelo menos 9,2% conviveram com a falta diária e constante de ter o que comer (REDE PENSSAN, 2021). Além do aumento no desemprego, os Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que o “Índice Nacional de Preços ao Consumidor” (INPC), indicador oficial de inflação da baixa renda, já subiu 5,9% de janeiro a setembro de 2021, em uma das maiores altas para o período nos últimos 20 anos” (Costa; Rizzotto; Lobato, 2021, p. 556).

Apesar de toda essa situação, o governo que se mostrou incompetente até para distribuir o auxílio emergencial (Giovanella *et al.*, 2020). O auxílio emergencial foi disponibilizado pelo Governo Federal apenas a partir de abril de 2020. Em decorrência da aprovação na câmara dos deputados, o auxílio chegou a 600 reais, diferentemente da proposta pelo governo federal de 300 reais. Apesar de ajudar muitas famílias no primeiro ano da pandemia, essa foi uma política social limitada, tanto em termos de volume, como de tempo de alcance e de entraves burocráticos devido a necessidades de aplicativo, smartphones e internet para acesso, o que impossibilitou o acesso dos mais pobres entre os pobres (Giovanella *et al.*, 2020; Patrocino; Pena, 2021).

Além disso, entre janeiro e abril de 2021, houve a interrupção do auxílio emergencial para muitas famílias e a redução do valor pago para outras, o que agravou ainda mais a situação. Para piorar o cenário, houve ainda o aumento do desemprego e aumento da inflação, perto de 8%, sendo a elevação dos preços do grupo dos alimentos os mais representativos (Patrocino; Pena, 2021). Em seguida, vivemos o luto de mais de 600 mil vítimas da covid-19.

Portanto, o que podemos observar foi uma política de morte na sociedade brasileira. A necropolítica foi um conceito desenvolvido pelo filósofo e sociólogo camaronês Achille Mbembe (2018). Esse conceito indica que o poder do Estado designa quem deve viver e quem

deve morrer, um poder que desumaniza os “corpos marcados para morrer”. De acordo com Santos (2020, p.117), “um elemento que possibilita a implementação dessa política da morte, ou do deixar morrer, é que determinados indivíduos não são dotados de humanidade ao olhar do Estado, desse modo, se tornam indivíduos frágeis ao deixar morrer, algo similar a ideia de indivíduos descartáveis”.

Para Mbembe, a soberania do Estado é exercida através do controle sobre a mortalidade ditando quem pode viver e quem pode morrer. Conforme o autor, o Estado utiliza-se do estado de exceção e de sítio para aplicar uma política da morte, “[...] o poder (e não necessariamente o poder estatal) continuamente se refere e apela à exceção, à emergência e a uma noção ficcional do inimigo” (Mbembe, 2018, p. 17). Através da exceção e da emergência, o Estado “ganha autorização” para matar aqueles que não pertencem à elite, os “descartáveis” da sociedade.

O Estado brasileiro não apenas seguiu com sua política da morte durante a pandemia, mas, inclusive, intensificou. Aumentaram os despejos na pandemia, ações policiais com mortes nas favelas e bairros pobres, queimadas na Amazônia e em outros biomas brasileiros, assassinatos de lideranças indígenas, rurais, ribeirinhos, extrativistas e quilombolas, entre outras diversas políticas que atacam e tiram a vida da população “sub-humana” brasileira (Branches, 2021; Cunha, 2021; Gortázar, 2020; Grillo; Ferreira, 2020; Jornal Nacional, 2021; Pacheco, 2021).

Além disso, a gestão da pandemia foi uma verdadeira gestão necropolítica expondo os cidadãos sistematicamente ao perigo do contágio e à morte, em especial, a população que tem suas vidas cada vez mais precarizadas: os subalternos, negros(as), pobres, idosos(as), povos indígenas, mulheres (Caponi *et al.*, 2021; Giovanella *et al.*, 2020; Morel, 2021; Santos, 2021). Conforme Morel (2021, p.4), “[...] essas populações seriam, portanto, um contingente de corpos descartáveis dentro da lógica do sacrifício inerente ao neoliberalismo, também chamado pelo autor de necroliberalismo.

O governo, além da péssima gestão da pandemia pautada no negacionismo científico, ainda aproveitou o período da pandemia “para extinguir direitos, acentuar privilégios, destruir o meio ambiente, afrontar a democracia” (Giovanella *et al.*, 2020, p. 896). Expôs a população brasileira ao risco e à morte pautado na falaz oposição entre “defender a vida” ou “defender a economia”. Todos esses fatores fizeram do Brasil um dos piores países na condução da pandemia, mesmo com um dos melhores sistemas de saúde público do mundo. A gestão necropolítica da pandemia e das políticas sociais brasileiras geraram milhares de morte injustas e evitáveis, em especial, da população “sub-humana” e “descartável”.

### 3.3 A SAÚDE DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS: SOBRE A PANDEMIA E OS OUTROS MUNDOS POSSÍVEIS

Esse capítulo tem como objetivo aproximar-se das populações do campo, da floresta e das águas abordando suas singularidades, formas de organização, saberes e seus modos de compreender e cuidar da saúde. Primeiramente será apresentada a concepção da determinação social da saúde que dará suporte teórico para esse trabalho. O segundo capítulo irá abordar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, contextualizando os principais indicadores de saúde dessas populações e os principais desafios. O terceiro capítulo irá abordar o enfrentamento e os impactos da covid-19 nas PCFA. E o quarto capítulo vai refletir sobre a atuação das organizações da sociedade civil no contexto da pandemia e as ações emancipatórias de saúde produzidas nesse contexto, compreendendo a potência dos saberes originários das PCFA e como esses saberes embasam diversas teorias que pensam alternativas para construção de outros mundos.

#### 3.3.1 Panorama sobre a saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas no Brasil

A Lei 8.080 de 1990 instituiu o SUS e estabelece a saúde como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1990a). O SUS compreende como determinantes e condicionantes de saúde, entre outros, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Brasil, 1990a). Tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, e prevê em suas diretrizes a participação da comunidade.

Dessa forma, o SUS deve garantir a saúde de toda a população brasileira e, pautado no princípio da equidade, estabelecer políticas públicas voltadas para populações em condições de maior vulnerabilidade a fim de diminuir as injustiças em saúde. Nesse sentido, em 2011 o Ministério da Saúde lançou diversas políticas voltadas para as populações negra, população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), em situação de rua, cigana e do campo, da floresta e das águas com intuito de promover a equidade em saúde (Soares *et al.*, 2017).

Nesse cenário, foi implementada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) publicada em 02 de dezembro de 2011 pela Portaria no

2.866. Já as populações que vivem nas águas foram acrescentadas pela Portaria no 2.311, de 23 de outubro de 2014, sendo chamada então de Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA) (Brasil, 2013).

Apesar de ser implementada em 2011, a PNSIPCF começou a ser construída em 2003 quando o Ministério da Saúde identificou a necessidade da construção de uma política de saúde para a população do campo com base nas evidências de desigualdades e necessidades em saúde dessas populações (Brasil, 2013). A construção da política teve um caráter participativo, com a participação em amplo diálogo entre o governo e os movimentos sociais. Dessa forma, o Ministério da Saúde buscou conduzir a construção dessa política em conjunto com os diversos atores sociais dos campo a fim de compreender as especificidades e as demandas de saúde da população, criando o Grupo da Terra, por meio da Portaria nº 719, de 14 de abril de 2004, do Ministério da Saúde (Carneiro *et al.*, 2017a).

O Grupo da Terra contava com a participação de várias áreas técnicas do Ministério, de órgãos de pesquisa como Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e de representantes dos movimentos sociais do campo: Movimento Sem Terra (MST), Contag, Movimento das Mulheres Camponesas (MMC), Comissão Pastoral da Terra (CPT), Movimentos dos Pequenos Agricultores (MPA) entre outros (Carneiro *et al.*, 2017a).. Posteriormente foi agregado também representantes das comunidades Quilombolas como a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas e dos Seringueiros como o Conselho Nacional de Seringueiros por meio da Portaria nº 2460, de 12 de dezembro de 2005 (Brasil, 2005).

A partir dos trabalhos do Grupo da Terra, foi criado a PNSIPCFA com o objetivo de melhorar as condições de vida e de saúde das PCFA reconhecendo as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual dentro dessas populações. A PNSIPCFA visa garantir o acesso aos serviços de saúde, a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas, a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida, a redução das vulnerabilidades em saúde e reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde dessas populações (Brasil, 2013).

Além disso, objetiva promover planejamentos participativos capazes de identificar as demandas de saúde das PCFA, incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades das PCFA considerando a interculturalidade na atenção aos povos e comunidades tradicionais, apoiar a expansão da participação das representações dessas populações nos Conselhos de Saúde, promover mecanismos de informação e comunicação, de acordo com a diversidade e as

especificidades socioculturais, incentivar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre a saúde da PCFA e promover o fortalecimento e a ampliação do sistema público de vigilância em saúde, do monitoramento e da avaliação tecnológica sobre os agravos à saúde decorrentes do uso de agrotóxicos e transgênicos (Brasil, 2013).

A PNSIPCFA é uma política com caráter transversal, que envolve o compromisso das áreas, dos setores e das instituições que compõe o SUS e prevê ações compartilhadas entre as três esferas de governo cuja articulação às demais políticas do Ministério da Saúde é imprescindível. A operacionalização apoia-se na descentralização e regionalização das ações de saúde e no controle social e depende do comprometimento dos gestores estaduais e municipais, assim como dos governadores e prefeitos para articular com outras políticas que promovam a equidade e a melhoria nas condições de vida e de saúde dessas populações (Brasil, 2013).

Conforme Pessoa, Almeida e Carneiro (2018, p.305), a terminologia PCFA criada pelo Grupo da Terra:

[...] é um conceito contemporâneo construído pelos movimentos sociais e populares brasileiros, e integra a luta contra a invisibilidade destas populações dentro do setor saúde. Esta terminologia destaca que as práticas culturais, o modo de vida e de cuidar popular e do SUS precisam ser compreendidos e são diferenciados. Esse conceito já vem sendo adotado nos relatórios e documentos da XIV e XV Conferências Nacionais de Saúde como populações do campo, da floresta e das águas, e não mais, população rural.

O debate conceitual transcorreu devido à diversidade dessas populações, nem todas as populações se reconheciam como rurais ou do campo, pois seus modos de produção não estavam ligados à produção agropecuária. Por exemplo, a população extrativista da Amazônia que vive da floresta e depende dela para sobreviver, e a população de pescadores e pescadoras que vivem nas águas. Por isso, um dos principais desafios para garantir a saúde dessas populações é reconhecer o Brasil rural, mas sempre considerando a pluralidade e singularidade dos povos que vivem no meio rural brasileiro.

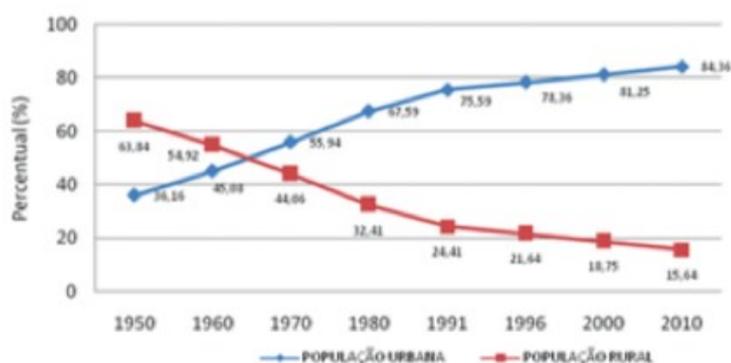
A realidade rural brasileira atual é fruto da história econômica, política e cultural do país fundada “na concentração de terra, de riqueza, uso dos recursos naturais, escravidão, extermínio de povos indígenas, marginalização de famílias e mulheres camponesas” (Brasil, 2013, p. 9). Mas também são parte importante dessa história as “lutas populares de resistência ao modelo autoritário e repressor, como Canudos, Quilombos, Ligas Camponesas e, hoje, os diversos movimentos sociais do campo e da floresta” (Brasil, 2013, p. 9). O campo, as florestas

e as águas do Brasil estão marcados em sua história pela violência e pela resistência e essa realidade ainda faz parte do dia-a-dia de muitas dessas populações.

Atualmente, de acordo com os dados do último Censo demográfico de 2010, 15,6% da população brasileira é referente à população residente em domicílios rurais<sup>11</sup>, sendo que a menor população rural se encontra na região centro-oeste e a maior na região nordeste (Soares *et al.*, 2017). Entretanto, o Brasil rural já foi maioria da população. A população brasileira que se dedicava à agricultura e residia em área rural era mais da metade da população economicamente ativa brasileira até o ano de 1960.

A partir dessa década, o Brasil vem vivenciando um acelerado processo de urbanização que vem gerando o esvaziamento dos espaços rurais como observado na Figura 1 (Soares *et al.*, 2017). Ainda conforme os(as) autores(as), entre os fatores que “influenciaram essa transformação econômica, social e demográfica estão o desemprego no campo, a industrialização e modernização do país, o avanço da agricultura mecanizada e da monocultura” (Soares *et al.*, 2017, p. 111).

Figura 2 - Distribuição percentual da população nos censos demográficos segundo as grandes regiões e situação do domicílio rural e urbano. Brasil, 1950 a 2010



Fonte: IBGE, Censos Demográficos.

Fonte: Soares *et al* (2017)

<sup>11</sup> Os domicílios de situação rural segundo o IBGE “são aqueles localizados nas áreas rurais, definidas como áreas externas aos perímetros urbanos” (IBGE, 2017). Dessa forma, o Brasil adota para determinação de áreas rurais e urbanas a divisão baseada em critérios legais ou político-administrativos, no qual os perímetros urbanos (e os rurais, por exclusão) são delimitados por decisão legislativa dos municípios, o que é impreciso, discutível, influenciável por questões tributárias, e que tende a superestimar sua população urbana (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

Dessa forma, além do processo histórico de desigualdades e violência vivenciados nos espaços rurais e pelas PCFA, a urbanização gerou mais desigualdades e vulnerabilidades para essas populações, fazendo com que muitas pessoas tivessem que se deslocar para os grandes centros urbanos em busca de sobrevivência, deixando suas casas e seus modos de vida. Entretanto, esse cenário também culminou na organização dos trabalhadores e das trabalhadoras rurais que conseguiram alguns avanços nas políticas oficiais de saúde para o campo como a conquista do Funrural (1960), Piass (1980) e o Grupo da Terra (2014) (Carneiro *et al.*, 2017a)..

Além disso, com a implementação de políticas econômicas e sociais, como os programas Bolsa Família, Saúde na Escola, Estratégia Saúde da Família, Mais Médicos, Programa Um Milhão de Cisternas, plano Brasil sem Miséria, e a aposentadoria rural foi possível reduzir a pobreza, a mortalidade infantil e a fome no meio rural (Soares *et al.*, 2017). Essas políticas geraram resultados positivos, conforme Soares *et al.* (2017, p.108) “ao analisar comparativamente os censos demográficos de 2000 e 2010, observa-se que a extrema pobreza caiu 40% na zona rural e 37%, especificamente, no Nordeste”.

Outros programas importantes que devem ser destacados são o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). O PAA criado pelo art. 19 da Lei nº 10.696, de 02 de julho de 2003, visa promover o acesso à alimentação e incentivar a agricultura familiar. Dessa forma, o programa compra alimentos produzidos pela agricultura familiar e os destina às pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional e àquelas atendidas pela rede socioassistencial, além de contribuir para a constituição de estoques públicos de alimentos produzidos por agricultores familiares e para a formação de estoques pelas organizações da agricultura familiar. Infelizmente o PAA vem perdendo relevância nos últimos governos e sendo destruído pela agenda neoliberal, deixando de garantir a segurança alimentar e nutricional, enfraquecendo as centrais de abastecimento e os estoques públicos de alimentos, e colocando as populações do campo, da floresta e das águas em uma situação de maior vulnerabilidade econômica (Silva Filho; Gomes Júnior, 2020).

O PNAE garante a alimentação escolar como um direito de todas as crianças da educação básica pública e ações de educação alimentar e nutricional a estudantes de todas as etapas da educação básica pública. Esse programa visa garantir o emprego da alimentação saudável e adequada, respeitando a cultura, as tradições e os hábitos alimentares de cada região e o apoio ao desenvolvimento sustentável, com incentivos para a aquisição de gêneros

alimentícios diversificados, produzidos em âmbito local e preferencialmente pela agricultura familiar e pelos empreendedores familiares rurais, priorizando as comunidades tradicionais indígenas e de remanescentes de quilombos (Brasil, 2009). E a partir da Lei nº 11.947, de 16/6/2009, ficou garantido que 30% do valor repassado pelo PNAE deve ser investido na compra direta de produtos da agricultura familiar, medida que estimula o desenvolvimento econômico e sustentável das comunidades (Brasil, 2009). Dessa forma, o PNAE garante a segurança alimentar de escolares na cidade e no campo, e também garante a renda das PCFA locais. Esses dois programas auxiliam na renda e na garantia da segurança alimentar das populações do campo, da floresta e das águas, mas infelizmente vem sendo sucateados nos últimos anos, em especial, durante a pandemia de covid-19 no Brasil (Silva Filho; Gomes Júnior, 2020).

Apesar da implementação dessas políticas que auxiliariam na melhoria das condições de vida das PCFA, os camponeses, as populações atingidas por barragens, os extrativistas, os pescadores, os ribeirinhos, os quilombolas, os indígenas, dentre outros que se encontram nos territórios do campo, da floresta e das águas, ainda são as populações menos contempladas pelas políticas públicas do Estado (Carneiro *et al.*, 2017a). As PCFA apresentam altos índices de pobreza e analfabetismo e dificuldades de acesso à educação, transporte público, comunicação, saneamento e acesso insuficiente aos serviços de saúde em todos os seus níveis (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

Em relação ao acesso a água e ao saneamento básico no campo é particularmente crítica, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2009 são graves as desigualdades no acesso aos serviços de abastecimento de água entre os habitantes das áreas urbanas e rurais (Brasil, 2013). A baixa densidade demográfica característica das áreas rurais dificulta os investimentos necessários para estender os serviços de saneamento básico e nesse cenário apenas 5,2% dos domicílios nas áreas rurais possuem acesso simultâneo às redes públicas e concessões de abastecimento de água, energia elétrica, coleta de lixo e esgotamento sanitário (Soares *et al.*, 2017).

Em relação ao acesso à água, 72,2% da população rural brasileira ainda acessa água apenas por meio de poços, cacimbas, açudes e barreiros, acesso esse muitas vezes precário e com grande potencial para provocar doenças (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018). Esse cenário “contribui, direta e indiretamente, para o surgimento de doenças de veiculação hídrica, de parasitoses intestinais e de diarreias, as quais são responsáveis pela elevação da taxa de mortalidade infantil” (Brasil, 2013, p. 13). Ademais, as variações climáticas afetam cada vez

mais a disponibilidade de água e a poluição de fontes hídricas disponíveis e quando em conjunto com a reduzida oferta da rede pública de abastecimento de água, têm afetado severamente as condições de sobrevivência dessa população (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

A limitação de acesso à educação, o trabalho infantil e a insegurança alimentar também afetam as populações rurais. Segundo o Censo Agropecuário 2017 (IBGE, 2017), em relação à educação no meio rural, 15,45% dos produtores rurais nunca frequentaram a escola, 14% frequentaram até o nível de alfabetização e outros 43% não completaram o ensino fundamental, ou seja, 73% do total de produtores possuem, no máximo, o ensino fundamental (antigo primário) por nível de escolaridade. Entre os fatores que podem influenciar a baixa escolaridade no meio rural está o alto número de crianças e adolescentes que trabalham na agropecuária. Em 2015, havia 2,7 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos de idade trabalhando no Brasil. Sendo que 64% das crianças e adolescentes na faixa de 5 a 13 anos de idade concentrou-se na atividade agrícola (PNAD, 2016).

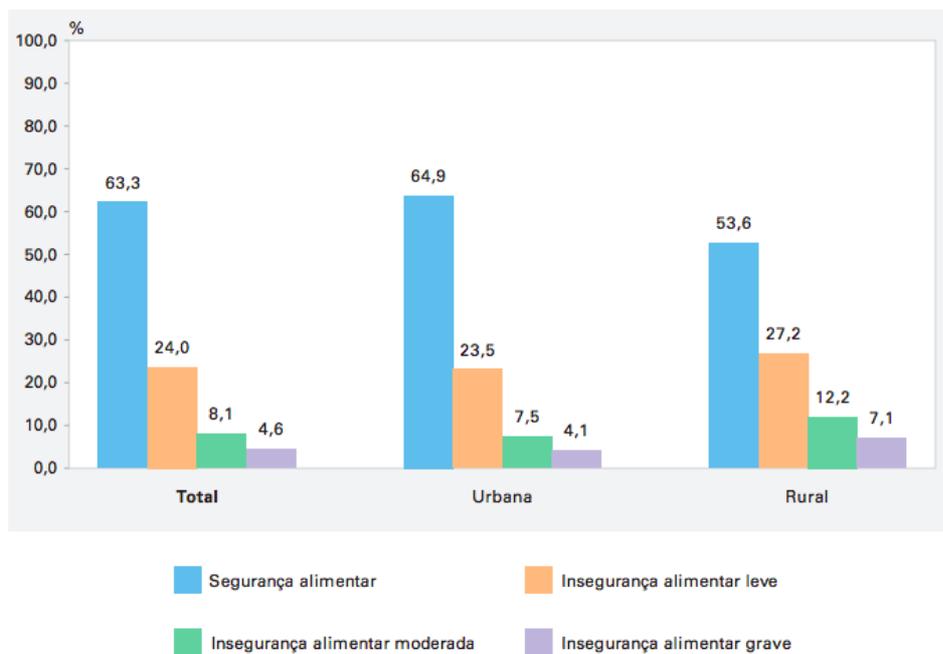
Outro fator que afeta a saúde das PCFA é a insegurança alimentar. A Pesquisa Orçamentos Familiares 2017-2018 (POF) analisou a situação de segurança alimentar<sup>12</sup> no Brasil e encontrou que a população rural foi a população com maior insegurança alimentar: 46,4% dos domicílios particulares rurais enfrentaram algum grau de insegurança alimentar enquanto a população urbana apresentou 35,1% no mesmo período (POF, 2020). Já, a proporção de insegurança alimentar grave foi de 7,1% nos domicílios particulares rurais, e, portanto, três pontos percentuais superior ao verificado na área urbana (4,1%) (POF, 2020). Abaixo seguem os gráficos com distribuição percentual de segurança/insegurança alimentar na

---

<sup>12</sup> Nessa pesquisa, a descrição dos graus de segurança e insegurança alimentar é definida como: segurança alimentar, a família/domicílio tem acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais; insegurança alimentar leve, preocupação ou incerteza quanto acesso aos alimentos no futuro; qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos; insegurança alimentar moderada, redução quantitativa de alimentos entre os adultos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos; e insegurança alimentar grave, redução quantitativa de alimentos também entre as crianças, ou seja, ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre todos os moradores, incluindo as crianças. Nessa situação, a fome passa a ser uma experiência vivida no domicílio (POF, 2020).

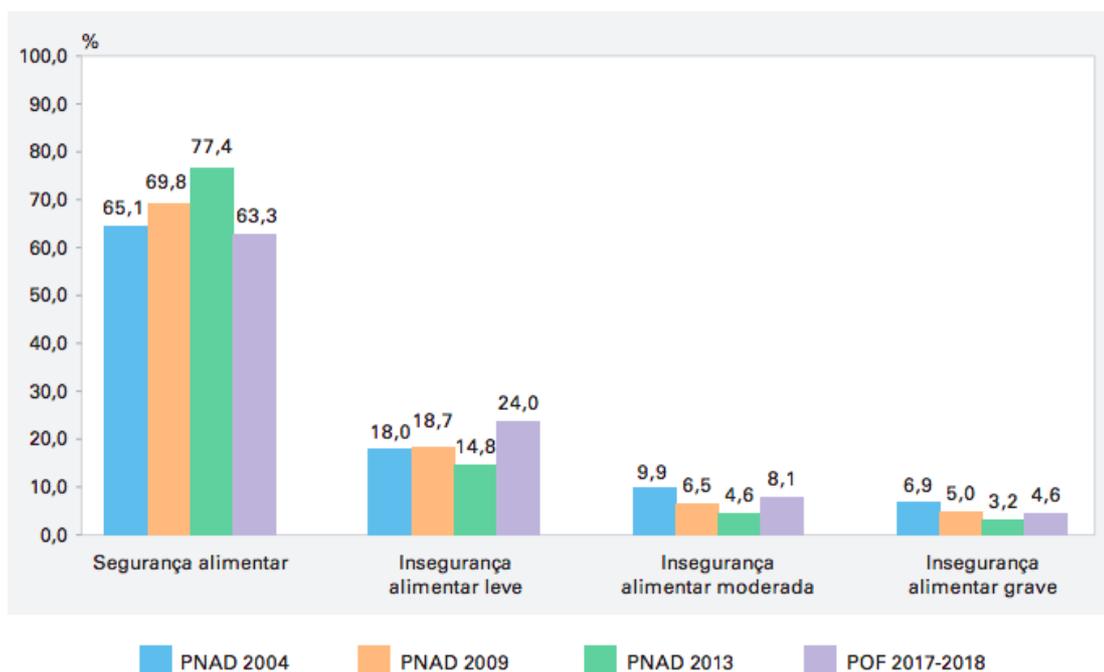
zona rural e zona urbana no período 2017-2018 e com um comparativo da segurança/insegurança alimentar de 2004-2018 na zona rural.

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos domicílios particulares permanentes, por situação de segurança alimentar existente no domicílio, segundo a situação do domicílio - Brasil - período 2017-2018



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 (POF, 2020).

Gráfico 2 - Evolução da prevalência de segurança alimentar e insegurança alimentar leve, moderada e grave nos domicílios particulares - Brasil - 2004/2018



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 (POF, 2020).

Outro indicador de saúde importante que demonstra as desigualdades de saúde entre as áreas urbanas e rurais é a mortalidade infantil. A mortalidade entre o grupo de menores de 1 ano na área rural é de 5,4% enquanto na área urbana concentra 3,1% do total de óbitos (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018). A maior diferença de mortalidade foi encontrada entre crianças “de 1 a 4 anos em que o percentual da área rural foi de 1,6%, que é mais que o dobro da área urbana (0,7%)” (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018, p. 306).

O acesso aos serviços de saúde é outro ponto que precisa ser analisado. Um dos maiores desafios da saúde das PCFA é o acesso aos serviços de saúde devido às dificuldades de logística para áreas remotas, a falta de ponto de apoio adequado para o atendimento em saúde dos usuários em suas localidades, a presença de barreiras geográficas e a superação das grandes distâncias em conjunto com a falta de transporte público para as PCFA, as más condições das estradas de acesso no meio rural, a escassez de transporte para a locomoção das equipes de saúde às localidades rurais (Lima *et al.*, 2016; Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

Outro aspecto importante para o acesso e o atendimento de qualidade é a falta de profissionais de saúde nas localidades rurais e a interrupção frequente do cuidado longitudinal, por alta rotatividade de profissionais, em especial, o médico (Lima *et al.*, 2016; Pessoa;

Almeida; Carneiro, 2018). A falta de uma política de recursos humanos adequada para esses locais pode interferir no cuidado longitudinal e pode fragilizar a formação de vínculos entre os profissionais e os usuários (Lima *et al.*, 2016).

A falta de estrutura para o atendimento também pode afetar o acesso e a qualidade da atenção à saúde da PCFA. Para o atendimento dessas populações em localidades mais distantes são utilizados os “pontos de apoio”, improvisados, que não constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e muitas vezes sequer se caracterizam como estabelecimentos de saúde (LIMA et al, 2018). A ausência do registro do CNES acaba promovendo a invisibilização da demanda das PCFA o que possibilita que as equipes permaneçam sem a estruturação física e o financiamento adequado para realizar as ações de saúde, gerando uma de baixa qualidade no atendimento (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

A resolutividade é outro aspecto que afeta a saúde da PCFA. O estudo de Silva (2017) avaliou acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços. Um dos aspectos analisados foi a frequência de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), esse instrumento é considerado marcador de qualidade dos cuidados primários e de avaliação do acesso aos serviços de saúde. O estudo avaliou municípios de pequeno porte com grande proporção de população rural e encontrou uma frequência elevada de ICSAP: 51% a 79%. Ademais, o estudo constatou, com base nas informações de 2004 a 2015 sobre morbidade das populações, que gastroenterites infecciosas e suas complicações foram as principais causas de internação na maioria dos locais (Silva, 2017). Conforme Pessoa, Almeida e Carneiro (2018, p.306), essas internações “refletem a precariedade das condições de saneamento básico, mas também da ineficiência da APS na prevenção primária e secundária desses agravos”.

A distribuição de terras no meio rural é outro problema que afeta diretamente a saúde da PCFA, sendo que a reforma agrária e a demarcação de terras indígenas e quilombolas são das mais antigas lutas, nos movimentos do campo, das florestas e das águas. A estrutura fundiária reforça ainda mais a forte desigualdade da sociedade brasileira, quase a metade das propriedades rurais são compostas de pequenos produtores que ocupam menos de 3% de área. Enquanto os maiores estabelecimentos, com áreas iguais ou maiores do que 1.000 hectares, representam cerca de 1% das propriedades e ocupam uma área de 43% do total de estabelecimentos (Brasil, 2013). Quando considerada a condição do produtor em relação às terras, 23% dos estabelecimentos não são de propriedade dos produtores e cerca de 29,9 milhões de pessoas residem em localidades rurais, em aproximadamente 8,1 milhões de domicílios (Brasil, 2013).

Somada à distribuição de terras desigual, a concentração da terra está diretamente ligada a um outro problema que é a expansão do agronegócio que tem gerado, uso intensivo dos agrotóxicos, trabalho escravo, conflitos fundiários, violência e assassinatos no campo (Soares *et al.*, 2017). Todos esses fatores afetam direta e indiretamente a saúde das PCFA.

Como mencionado anteriormente, o advento do agronegócio e a modernização da agricultura no Brasil levou à migração de milhares de trabalhadores e pequenos proprietários rurais para os centros urbanos mais industrializados. A Revolução Verde<sup>13</sup> promoveu o incremento de pacotes tecnológicos e do uso dos transgênicos e de agrotóxicos resultando no agravamento de diversos problemas sociais, de saúde e ambientais (Carneiro *et al.*, 2015).

Entretanto, a mecanização da produção agrícola não acontece em todas as fases dos ciclos produtivos, ocasionando no crescimento do contingente de trabalhadores rurais assalariados temporários do campo (Carneiro *et al.*, 2015). Ainda conforme o autor, “os trabalhadores temporários apresentaram um rendimento médio mensal de 344 reais (52,92% com renda mensal média de até meio salário-mínimo) e 84,28% não tinham carteira de trabalho assinada” (IPEA, 2010). Esse grupo de trabalhadores, além da exposição a condições de trabalho precárias ainda é um grupo importante em termos de exposição aos agrotóxicos.

A violência e os conflitos por terra também são constantes no meio rural. Segundo o relatório da Comissão Pastoral da Terra (CPT), publicado em 2019, houve um aumento significativo nos conflitos no campo brasileiro, “motivado, em boa parte, pelo incendiário e violento discurso do Governo Federal em favor dos grandes proprietários rurais e grileiros, do agronegócio, das atividades garimpeira e madeireira ilegais e contra os Movimentos Sociais do Campo”. Conforme o relatório da CPT, o número de ocorrências em 2019 foi o maior registrado para a categoria em toda a série histórica documentada pela CPT, e significou uma média de 3,3 conflitos por dia (Canuto; Luz; Santos, 2020). Ainda segundo o relatório:

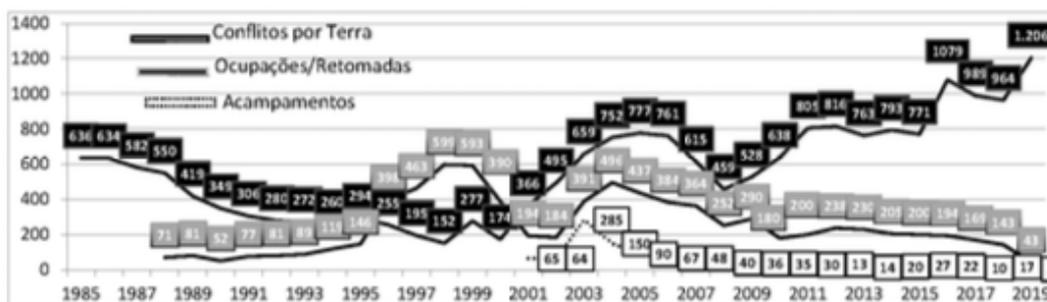
[...] o total dos conflitos por terra atingiu 1.254 ocorrências, 12% a mais do que em 2018, que contabilizou 1.124 eventos. O montante de 2019 é dividido em: 1.206 Ocorrências, 25% a mais que no ano anterior, com 964; 43 Ocupações / Retomadas, 70% menos que em 2018; e 05 Acampamentos, que teve uma redução de 71%. O número de famílias envolvidas foi de 144.742, 23% maior que em 2018, com 118.080 (Canuto; Luz; Santos, 2020, p. 101).

---

<sup>13</sup> A Revolução Verde é “[...] considerada como a difusão de tecnologias agrícolas que permitiram um aumento considerável na produção, sobretudo em países menos desenvolvidos, que ocorreu principalmente entre 1960 e 1970, a partir da modernização das técnicas utilizadas” (Octaviano, 2010, p. 1). Foi um processo de modernização da agricultura a partir de um modelo baseado no uso intensivo de agrotóxicos e fertilizantes sintéticos. Esse modelo utilizado no espaço agrário é fruto do sistema capitalismo e provocou diversos impactos ambientais e sociais, além disso, apesar do aumento considerável da produção, não conseguiu resolver os problemas nutricionais e da fome no mundo como havia prometido (De Andrades; Ganimi, 2007; Octaviano, 2010)

Os dados relatados acima, também podem ser constatados na figura 2. Observa-se que o número de conflitos no campo aumentou 12% e é o maior número registrado pela CPT, enquanto o número de Ocupações/Retomadas e Acampamentos são os menores já registrados pela CPT. Outro número surpreendente encontrado nesse relatório é o tamanho da área envolvida nos conflitos, 53.312.543 ha, que também foi a maior em toda a série histórica documentada pela CPT e 35% superior à de 2018 (Canuto; Luz; Santos, 2020).

Gráfico 3 - Os Conflitos por Terra, Ocupações/Retomadas e Acampamentos no Brasil



Fonte: Canuto, Luz e Santos (2020)

O relatório da CPT (2019) registrou uma crescente violência contra as populações camponesas, indígenas e quilombolas e as organizações que as representam, não só estimulada pelo Estado, mas muitas vezes praticada por ele. Conforme o relatório, o discurso do presidente Bolsonaro “foi o estopim perfeito para avalizar e legitimar ataques contra as Terras Indígenas, de modo que, em 2019, de cada três famílias envolvidas em conflitos por terra, uma é indígena” (Canuto; Luz; Santos, 2020, p. 104). E os indígenas foram os povos mais afetados, do total de 144.742 famílias, 49.750 eram indígenas, ou seja, 34,4%. Posses vieram em seguida, com 20,2% (29.257 famílias), e quilombolas com 9,5% (13.687 famílias) (Canuto; Luz; Santos, 2020).

Os povos indígenas também foram os que mais registraram conflitos por terra e violência individual, foram: 320 famílias foram expulsas (30,7% do total); 930 despejadas (9%); 26.621 tiveram seus territórios ou casas invadidos (67%), 9 assassinatos (28% do total); 9 tentativas de assassinato (30%); 39 ameaças de morte (19,4%); 11 agressões (30,5%); 10 ferimentos; e 16 intimidações (Canuto; Luz; Santos, 2020).

Para compreender esses conflitos e porque os povos da PCFA são os mais atingidos, é preciso adentrar aos conceitos de injustiça ambiental e o racismo ambiental. A visão de desenvolvimento economicista pautadas por critérios produtivistas e consumistas afetam e

desrespeitam a vida humana (e não-humana) e os ecossistemas. A intensificação da globalização econômica do capitalismo pautadas na visão produtivista e desenvolvimentista utilizam a natureza de maneira irrestrita afetando os povos que residem nesses territórios onde os investimentos e as cadeias produtivas se realizam (Pacheco; Porto; Rocha, 2013).

A ocupação de territórios outrora ocupados por indígenas, quilombolas e camponeses, pescadores, entre outros, leva à destruição da cultura e dos modos de vida tradicionais desses povos. Para que os territórios se integrem à economia capitalista globalizada são desterritorializadas as relações socioeconômicas locais e ocorre a reterritorialização a partir de novos códigos e signos (Porto; Rocha; Finamore, 2014). Ainda, conforme os (as) autores (as), as “dinâmicas territoriais homogeneizadoras formam um território-mundo que impõe, sob uma lógica mercantil, novos tempos e racionalidades que desconsideram as especificidades do território, incluindo seus ecossistemas, povos, cosmovisões e cultura” (Porto; Rocha; Finamore, 2014, p. 4074).

As injustiças ambientais integram todos esses processos complexos de luta e conflitos ambientais. Segundo Porto, Rocha e Finamore (2014, p. 4074), a injustiças ambientais podem ser entendidas como “os mecanismos pelo quais sociedades desiguais destinam a maior carga dos danos ambientais do desenvolvimento às populações marginalizadas e vulnerabilizadas”. Por isso, é preciso compreender os processos de disputa pelas terras e pelos recursos naturais e analisar sob a ótica das relações de poder que “beneficiam importantes grupos econômicos e políticos globais, que se sustentam a partir de recursos não-locais, intensificando o metabolismo social, excluindo populações locais e estabelecendo novas periferias entre e dentro dos países” (Porto; Rocha; Finamore, 2014, p. 4074).

Assim como observado no relatório da CPT (2019), o Mapa de Conflitos Envolvendo Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil (Mapa de Conflitos), desenvolvido em 2010 por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, encontrou que a maioria dos casos levantados no mapeamento atingia os povos indígenas, seguidos de agricultores familiares e quilombolas, sendo justamente populações e trabalhadores que vivem nos campos, florestas e zonas costeiras (mais de 60%) (Pacheco; Porto; Rocha, 2013).

Outro dado importante levantado no Mapa de Conflitos é que justamente as áreas no quais ocorreram os conflitos, são áreas de disputas por recursos naturais ligadas à inserção do Brasil no comércio internacional e que afetam em sua maioria as comunidades tradicionais e do campo (Pacheco; Porto; Rocha, 2013). Dentre as atividades que expressam esses principais eixos econômicos, estão em ordem de maiores causadores de injustiças ambientais: o

agronegócio, a mineração e siderurgia, a construção de barragens e hidrelétricas, as madeireiras, as indústrias químicas e petroquímicas, as atividades pesqueiras e a carcinicultura, a pecuária e a construção de rodovias, hidrovias e gasodutos (Pacheco; Porto; Rocha, 2013).

Conforme o Mapa de Conflitos, o principal impacto socioambiental das injustiças ambientais são a alteração no regime tradicional do uso de solo e a problemática com a demarcação de terras indígenas, quilombolas, de comunidades tradicionais ou para a reforma agrária. Conforme o relatório:

Presente em 65,7% dos conflitos mapeados na primeira fase, o impacto intitulado “alteração no regime tradicional de uso e ocupação do território” é majoritário, seguido pelos diversos tipos de poluição e pela “falta/irregularidade na demarcação de território tradicional” (40,1%). Também são relevantes “desmatamento e/ou queimada” (35,3%), “falta/irregularidade na autorização ou licenciamento ambiental” (24,6%), “alteração no ciclo reprodutivo da fauna” (23%) e “invasão/dano à área protegida ou unidade de conservação” (21,6%) (Pacheco; Porto; Rocha, 2013, p. 62).

Como observado, os povos mais atingidos são povos negros, indígenas e não-brancos, por isso é notório que para compreender a problemática das injustiças ambientais é necessário adentrar à problemática étnico-racial presente nas injustiças ambientais. Conforme Pacheco e Faustino (2013, p.82):

Considerando-se os conflitos e injustiças ambientais e seus impactos diferenciados sobre as populações desprivilegiadas, especialmente por suas características étnicas e raciais, propomos que, para o debate das questões socioambientais no Brasil, o racismo seja referido como ideologia e prática social baseada na hierarquização dos indivíduos e grupos sociais mediante sua racialização, que resulta em discriminação das raças consideradas inferiores. No processo histórico, especialmente de dominação dos povos pelos europeus desde o século V, os indivíduos e os grupos ditos de raça branca foram considerados e tratados como superiores. E os modelos de desenvolvimento geradores dos conflitos e das injustiças não se eximem desses processos históricos.

Como afirmam Pacheco e Faustino (2013), são os modelos de desenvolvimento oriundos da sociedade capitalista branca e europeia os geradores das injustiças ambientais e que estão presentes em todo o processo histórico de construção social das raças dentro do contexto brasileiro (Pacheco; Faustino, 2013). Dessa forma, os conflitos ambientais são resultantes do processo de exploração e negação dos direitos das raças consideradas como inferiores, os povos indígenas, quilombolas, negros e não-brancos.

Para debater o racismo existente dentro dos conflitos ambientais foi cunhado o termo racismo ambiental. O racismo ambiental foi inicialmente estabelecido pelo movimento negro dos Estados Unidos, na década de 1980, para explicitar a dimensão racista dos problemas

ambientais naquele país (Pacheco; Faustino, 2013). O reverendo Benjamim Chavis foi quem empregou pela primeira vez a expressão em sua luta contra o racismo nos Estados Unidos.

Conforme Chavis:

Racismo ambiental é a discriminação racial nas políticas ambientais. É discriminação racial no cumprimento dos regulamentos e leis. É discriminação racial no escolher deliberadamente comunidades de cor para depositar rejeitos tóxicos e instalar indústrias poluidoras. É discriminação racial no sancionar oficialmente a presença de venenos e poluentes que ameaçam as vidas nas comunidades de cor. E discriminação racial é excluir as pessoas de cor, historicamente, dos principais grupos ambientalistas, dos comitês de decisão, das comissões e das instâncias regulamentadoras (Chavis, 1993, p. 3).

Como observado no conceito de Chavis (1993), a realidade brasileira de conflitos ambientais também é marcada pelo racismo que está presente na presença majoritária de negros, indígenas e não-brancos nos conflitos, no não cumprimento das leis e das regulamentações, na ameaça à vida dessas pessoas (Pacheco; Faustino, 2013). Ademais, como afirma Pacheco e Faustino (2013), a implementação dos projetos e políticas de desenvolvimento econômico no Brasil acontece “acompanhada de um processo naturalizado (às vezes sutil, porém sempre potente) de desqualificação, inferiorização e subordinação dos modos de vida locais e, conseqüentemente, da desvalorização e invisibilização das populações, sejam urbanas ou rurais” (p.91).

Dessa forma, os projetos e políticas de desenvolvimento econômico muitas vezes são implementados como promessas de progresso e qualidade de vida para aquela população. Mas o que está por trás dessa suposta melhoria é o discurso colonizador que atrela aos modos de vida capitalista dos agressores a salvação dos povos tradicionais. E diferentemente do que se afirma, com base em informações contidas no mapa, “o maior problema mencionado pelas populações no âmbito da saúde é exatamente a piora na qualidade de vida” (Pacheco; Faustino, 2013, p. 92).

A saúde das PCFA é um tema complexo e, por isso, é necessário um olhar que vai além dos aspectos biológicos, mas que compreenda os processos de produção e exploração dentro da sociedade capitalista e como esses processos afetam diretamente a saúde dessas populações.

### **3.3.2 A covid-19 e as populações do campo, da floresta e das águas: marcas do racismo e colonialismo na gestão necropolítica brasileira**

A covid-19 chegou no campo e nas zonas mais remotas do Brasil desmistificando a crença de que a covid-19 seria apenas um desafio para as cidades grandes. A chegada da pandemia colocou as populações do campo, da floresta e das águas em maior risco e/ou vulnerabilidade em saúde. Questões geográficas e climáticas foram um dos desafios para o combate ao coronavírus tendo em vista as dificuldades de acesso aos serviços de saúde em todos os seus níveis, o transporte dos insumos e o acesso à diversas localidades. Os agravos da covid-19 foram ainda maiores devido à ineficácia das ações do governo federal e os desinvestimentos em saúde decorrentes das consequências da Emenda Constitucional 95, que impõe um teto de gastos para as políticas sociais no Brasil.

Com a pandemia de covid-19, as iniquidades em saúde existentes nas PCFA ficaram ainda mais visíveis. Entre as dificuldades enfrentadas por essas populações durante a pandemia estão os altos índices de pobreza e analfabetismo, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, assistência social, educação, transporte público, comunicação e saneamento (Floss *et al.*, 2020; Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

A maior incidência de diversas doenças infectoparasitárias e doenças crônicas negligenciadas pelos serviços de saúde torna seu perfil sanitário-epidemiológico desfavorável ao coronavírus, aumentando o risco de morte por covid-19 (Floss *et al.*, 2020). Além disso, os diversos problemas derivados da vulnerabilidade social como: acesso à água, produtos de higiene e saneamento básico, também dificultaram o suporte mesmo dos casos mais leves de covid-19 e a realização de ações de prevenção não farmacológicas por essas populações (Floss *et al.*, 2020).

A dificuldade de fixação de profissionais de saúde, principalmente médicos, já era uma realidade enfrentada por essas populações. A implementação do Programa Mais Médicos (PMM) permitiu superar parcialmente a carência de profissionais nas PCFA, entretanto esse programa perdeu força devido ao enfraquecimento da colaboração cubana, às mudanças no perfil profissional e à redução do orçamento da área da saúde (Floss *et al.*, 2020). Com a escassez de profissionais, muitos locais já estavam desassistidos, em especial, os territórios indígenas, e essa realidade foi agravada devido aos afastamentos por covid (Floss *et al.*, 2020).

O isolamento geográfico de algumas comunidades tornou mais grave esses problemas gerando uma maior escassez de recursos humanos, de centros de tratamento intensivo, e dificuldades de remoção precoce dos pacientes graves (Floss *et al.*, 2020). Além das dificuldades de acesso aos insumos e medicamentos, como por exemplo, os bloqueios fluviais na Amazônia “[...] piorou a oferta de insumos e medicamentos, onde cronicamente já faltam

analgésicos, equipamentos de proteção individual (EPI) e material para estabilização de pacientes graves, restringindo a capacidade no cuidado a pessoas com covid-19” (Floss *et al.*, 2020, p. 2).

As peculiaridades dessas populações como núcleo familiar ampliado, forma das habitações e vida comunitária facilitam a disseminação da covid-19. Conforme Floss *et al.* (2020, p.3), “as relações de parentesco, vizinhança e amizade estão presentes no trabalho, na vida e em noções de pertencimento e sociabilidade em ambientes rurais e representam desafios das equipes de APS na orientação familiar e comunitária”. Conviver em grupos faz parte da cultura e do modo de vida e lazer dessas populações, o que dificulta o distanciamento social recomendado no contexto da covid-19 (Floss *et al.*, 2020).

É importante refletir que os efeitos da pandemia são exacerbados pelas profundas iniquidades sociais e pela distribuição desigual da elevada carga de comorbidades. Os casos graves e de mortes por covid-19 são fortemente influenciados pelas comorbidades que estão relacionadas a iniquidades de saúde e a questões de idade, classe, raça/etnia e sexo (Friedrich *et al.*, 2021). Apesar das comorbidades estarem fortemente relacionadas a disparidades sociais de mortalidade por COVID-19, “à medida que o manejo clínico de pacientes criticamente enfermos com COVID-19 se torna mais eficaz, as iniquidades de acesso, uso, qualidade e resultado dos serviços podem ser cada vez mais importantes” (Friedrich *et al.*, 2021, p. 77). As populações do campo, da floresta e das águas além do alto índice de comorbidades ainda tem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, em especial, a atenção hospitalar, o que deixa essas populações em maior vulnerabilidade.

A insegurança alimentar e nutricional já era um problema enfrentado por essas populações e foi agravado pela pandemia e pela atuação do governo brasileiro. No início do governo Bolsonaro, em 2019, o presidente começou os ataques aos espaços de participação social e ordenou a eliminação de vários conselhos, comitês e grupos de trabalho, entre eles o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), através do Decreto 9.759. O CONSEA era um órgão de assessoramento ao presidente da república e de controle social com vistas a promover a realização progressiva do Direito Humano à Alimentação Adequada (Friedrich *et al.*, 2021).

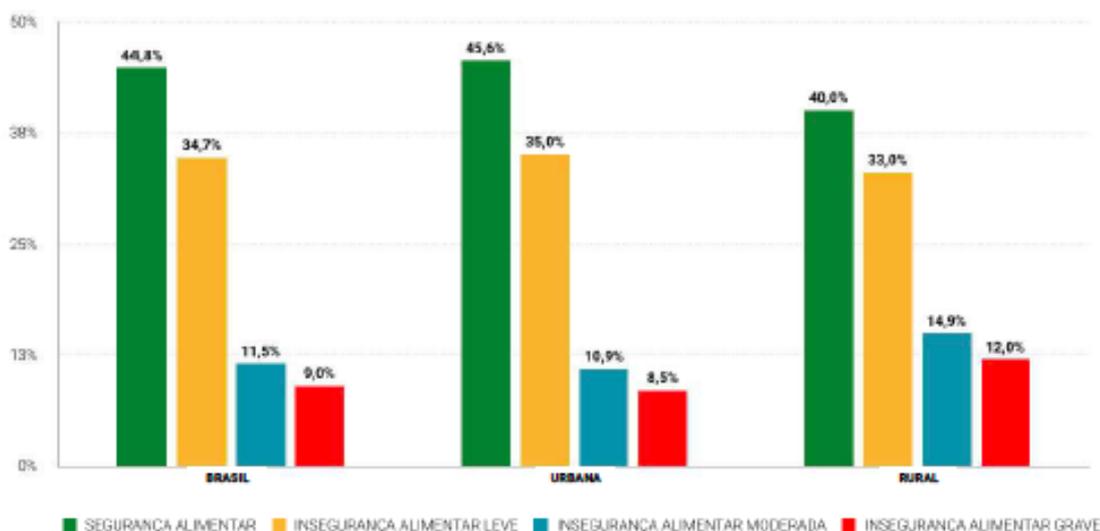
A Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (Rede PENSSAN) realizou inquérito populacional visando analisar a Insegurança Alimentar no Brasil no contexto da pandemia da Covid-19. O inquérito teve abrangência nacional e se baseou em amostra probabilística de 2.180 domicílios, representativa da população geral brasileira, considerando

as cinco grandes regiões do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste) e a localização dos domicílios (áreas urbanas e rurais) (REDE PENSSAN, 2021).

Os resultados do inquérito mostram que nos três meses anteriores à coleta de dados, menos da metade dos domicílios brasileiros (44,8%) tinha seus(suas) moradores(as) em Segurança Alimentar. Dos demais, 55,2% que se encontravam em Insegurança Alimentar; 9% conviviam com a fome, ou seja, estavam em situação de IA grave, sendo pior essa condição nos domicílios de área rural (12%) (REDE PENSSAN, 2021, p.9).

Como observado na Figura 3 abaixo, os casos de insegurança alimentar foram maiores nos domicílios da área rural. Observa-se que 60% dos domicílios da área rural apresentaram algum grau de insegurança alimentar, sendo 33% insegurança alimentar leve, 14,9% insegurança alimentar moderada e 12% insegurança alimentar grave (REDE PENSSAN, 2021). Ainda conforme o inquérito, “observou-se que a IA grave no domicílio dobra nas áreas rurais do país, especialmente quando não há disponibilidade adequada de água para produção de alimentos e aos animais” (REDE PENSSAN, 2021, p.10).

Gráfico 4 - Distribuição proporcional dos domicílios por nível de Segurança/Insegurança Alimentar no Brasil e área de moradia.



Fonte: VigiSAN Inquérito SA/IA – Covid-19, Brasil, 2020 (REDE PENSSAN, 2021).

Dessa forma, observa-se que mesmo o meio rural sendo responsável pela produção de alimentos, a insegurança alimentar e nutricional é maior nesses territórios. O sistema alimentar baseado na monocultura e no agronegócio não garante a segurança alimentar dos trabalhadores do campo, da floresta e das águas. Além disso, o relatório da ABRASCO sobre agronegócio e

pandemia no Brasil, aponta que além de não garantir a segurança alimentar, a agroindústria aumenta o risco de novas zoonoses, e afeta os sistemas neurológico e imunológico devido ao uso dos agrotóxicos deixando os trabalhos mais suscetíveis aos agravos da covid-19. Conforme o relatório:

Assim, de forma sinérgica, o “modelo de produção do agronegócio” não só aumenta o risco de emergências de vírus zoonóticos, mas também aumenta a exposição a agrotóxicos que, em conjunto com condições como a malnutrição, aumenta a vulnerabilidade aos danos à saúde (Friedrich *et al.*, 2021, p. 13).

Outro fator importante quando pensamos em agronegócio e pandemia, foi a disseminação do vírus pelos frigoríficos. Diversos artigos apresentam os frigoríficos como fator de difusão espacial da covid-19, especialmente em sua fase de interiorização no Brasil (Foscaches; Klein, 2020; Heck *et al.*, 2020; Pina, 2020; Segata; Muccillo; Beck, 2020). As condições ambientais de trabalho nesses locais favorecem a disseminação do vírus, tendo em vista a aglomeração dos trabalhadores/as em ambientes fechados, a impossibilidade de aderir ao isolamento social, acompanhada ainda de desobediências às normas de segurança, como o uso de máscara e o distanciamento social (Heck *et al.*, 2020). Ainda, conforme os autores, o número relevante de casos da covid-19 nesses locais está relacionado também as relações sociais de produção baseadas na extração de trabalho não pago:

O processo saúde-doença, assim, é determinado por relações de ordem classista, em que as classes proprietárias – que têm condições materiais para sua proteção e êxito no isolamento social – utilizam-se de instrumentos de poder para articular o objetivo de manter os patamares máximos da acumulação capitalista. Nos frigoríficos, em particular, essas relações de poder que mantêm o ritmo de produção, aglomera homens e mulheres no ambiente de trabalho e impedem a classe trabalhadora de aderir ao isolamento social (Heck *et al.*, 2020, p. 60).

Apesar do grande número de trabalhadores/as testarem positivo para covid-19, essa atividade foi considerada como essencial, o que resultou na aglomeração de trabalhadores/as nas linhas de abate e de processamento de carnes (Heck *et al.*, 2020; Segata; Muccillo; Beck, 2020). Além disso, foi o agronegócio o principal responsável pela entrada do vírus em diversas aldeias e comunidades tradicionais. No Mato Grosso do Sul, na Reserva Indígena de Dourados, a doença entrou por meio de uma funcionária indígena de um frigorífico da JBS. No oeste do Paraná, os dois primeiros casos de covid-19 na aldeia guarani de Oco’y também eram de trabalhadores indígenas: dois funcionários de uma empresa do setor frigorífico (Foscaches; Klein, 2020).

Conforme relatório da Friedrich *et al.* (2021, p.13), “a população negra e indígena, assim como pobres e trabalhadores precarizados, são mais vulneráveis ao vírus e às consequências sociais das medidas para sua contenção”. Conforme Santos (2020, p.118), o Brasil é “um país com histórico escravocrata e de marginalização da população negra desde a colonização até os dias atuais” e “as pessoas de comunidades quilombolas vem tendo sua humanidade negada até os dias atuais, a partir de discursos que se modificam conforme o passar do tempo, mas sempre sobre a ótica da necropolítica (p.119)”.

Nesse sentido, Santos (2020) realizou um estudo para adentrar em um aspecto mais sistemático sobre o deixar morrer nas comunidades quilombolas na pandemia. Esse estudo foi realizado a partir de uma análise quantitativa de boletins que a CONAQ vem disponibilizando sobre os casos de coronavírus nas comunidades quilombolas brasileiras. Esses dados foram espelhados ao panorama geral do Brasil, a partir dos dados do Ministério da Saúde, buscando comparar as taxas de letalidade. É importante destacar que esse estudo foi realizado no início da pandemia e os dados foram recolhidos até o dia 25 de maio de 2020. Entretanto, o que foi encontrado é que a taxa de letalidade brasileira geral manteve um padrão na casa dos 6% enquanto os quilombos foram se estabelecendo em uma taxa entre 16% e 19%, ou seja, um quilombola que adoecesse em decorrência do coronavírus teria aproximadamente 3 vezes mais chances de morrer do que um indivíduo não quilombola (Santos, E. R., 2020). Conforme o mesmo autor, o que se conclui é que “independente se a taxa de letalidade nas comunidades quilombolas é gerada pela baixa testagem em relação ao restante do país ou a ausência de saúde pública nesses territórios, a conclusão comum para ambas as hipóteses é de uma ação baseada na necropolítica” (Santos, E. R., 2020, p. 123).

Atualmente, conforme Observatório da Covid-19 nos Quilombos organizado pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) na data 18/9/2021 havia 299 óbitos nas comunidades quilombolas e 5654 casos confirmados da doença (CONAQ, 2021a). Atualmente, conforme os dados da CONAQ, a taxa de letalidade nas comunidades quilombolas é de 5,28%, enquanto no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a taxa de letalidade é de 2,8%, ou seja, a taxa de letalidade nas comunidades quilombolas continua maior que a brasileira.

Ainda, conforme o observatório da CONAQ, devido à falência estrutural de sucessivos governos e dinâmicas de racismo institucional, os quilombos não contam com um sistema de saúde estruturado, as condições de acesso à água são motivos de preocupação que dificultam as medidas de higiene necessárias e houve dificuldades para acessar a renda básica emergencial

devido à acessibilidade dos procedimentos de cadastramento via aplicativo e falta de ações dos governos estaduais e municipais no sentido de atender demandas emergenciais dos quilombos (CONAQ, 2021a). E essa situação tende a se agravar exponencialmente com as consequências sociais e econômicas da crise da COVID 19 na vida das famílias quilombolas (CONAQ, 2021a).

Já em relação aos povos indígenas, segundo a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), o Boletim Epidemiológico da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) não retratam a realidade, porque a compilação da SESAI desconsidera as informações sobre indígenas que vivem fora de terras homologadas, o que inclui tanto aqueles que aguardam a finalização do longo processo de demarcação de suas terras quanto aqueles que habitam as cidades, além dos indígenas que vivem isolados. Dessa forma, a APIB realiza o seu próprio levantamento dos casos por meio do Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena (Mondardo, 2020). Conforme esse Comitê, até o dia 4/10/2021 foram 1209 mortos pela covid-19, 163 povos afetados e 59.695 casos confirmados.

Os povos indígenas também vêm sofrendo por séculos a exclusão e violência, a conjugação do quadro neoliberal e pandêmico potencializou ainda mais essa violência contra os povos e comunidades tradicionais (Mondardo, 2020). Ainda conforme o autor:

Os povos e comunidades tradicionais que apresentam territórios e territorialidades moldados por outras cosmologias, cujo modo de vida é diferente do padrão social e territorial ocidental e hegemônico, devem ser destruídos. Sob essa lógica colonial de exploração desenfreada de recursos naturais e da produtividade, esses grupos étnicos devem ser aniquilados (Mondardo, 2020, p. 84).

Nesse sentido, outro problema que atinge as comunidades tradicionais e as PCFA são os conflitos por terras e as disputas políticas em torno da busca da sua legitimidade humana e de condições básicas (Mondardo, 2020; Santos, E. R., 2020). Conforme Mondardo (2020, p.84), “o Estado brasileiro, diante da pandemia, tem reagido notadamente para reforçar esse projeto neoliberal em curso, em especial na questão territorial”. Nesse sentido, o atual governo vem reafirmando sua priorização ao avanço do capital na exploração dos recursos naturais dentro das comunidades tradicionais através de discursos de ódio, palavras de ordem e do apoio ao armamentismo. Esses ataques “impõem ameaças de desterritorialização (de expulsão, de saque e expropriação) desses povos e comunidades tradicionais que, durante a pandemia, torna-se muito mais ameaçador” (Mondardo, 2020, p. 85),

O Estado incentiva e favorece as medidas liberais em favor do agronegócio, das mineradoras, das propriedades rentistas, expropriando os povos e as

comunidades tradicionais dos seus territórios ancestrais. Essa ofensiva ameaça os territórios, direitos e saberes em nome do neodesenvolvimento para fazer avançar o neoextrativismo. Isso tem contribuído fortemente para o aumento do desmatamento e das queimadas criminosas, o crescimento dos conflitos e confrontos territoriais, a especulação financeira com a terra e diante do quadro de pandemia tem desencadeado a fome e a falta de água potável nos territórios.

O aumento dos conflitos territoriais e da fome, a falta de água e saneamento básico, as dificuldades de acesso à saúde demonstram um projeto de gestão do governo federal pautado na necropolítica e que atinge mais os povos racializados, sexualizados e os trabalhadores(as) precarizados(as). As populações do campo, da floresta e das águas tiveram que resistir não apenas ao vírus, mas também as armas de fogo e as condições de vida precárias a que foram submetidas. Classificadas como inimigas do progresso e do desenvolvimento, essas populações não são apenas deixadas para morrer, mas são também mortas seja por armas de fogo, seja pelo vírus, seja pela fome.

A gestão necropolítica da pandemia atingiu em maior escala as populações do campo, da floresta e das águas devido à lógica racista e colonial do governo federal. Dessa forma, diante da negligência do Estado, do avanço da pandemia e do risco iminente do aumento de mortes, os povos e comunidades tiveram que se organizar a fim de sobreviver à pandemia do coronavírus. Essas organizações da sociedade civil pertencentes e articuladas com as PCFA foram essenciais para a saúde dessas populações, tanto na articulação com as instituições de saúde como na luta pela garantia dos direitos desses povos. Além disso, tiveram um papel importante na preservação do meio ambiente e na luta pelos direitos da natureza.

### **3.3.3 Luta e resistência no contexto da covid-19: associativismo, ações emancipatórias de saúde e os outros mundos possíveis**

Além da importância das organizações pertencentes às PCFA na luta pela sobrevivência ao vírus, é importante ressaltar que muitos desses povos e comunidades possuem modos de vida determinantes para a sustentabilidade socioambiental do planeta. Por isso, as lutas dessas organizações são essenciais para garantir a segurança e soberania alimentar, a sustentabilidade dos ecossistemas e a manutenção da biodiversidade, assegurando além da sobrevivência das suas comunidades e povos, a sobrevivência da vida nesse planeta (Carneiro; Pessoa, 2020).

Foram diversas ações realizadas por essas organizações para sobreviver ao vírus, desde ações de saúde (medidas de proteção ao vírus) como ações mais amplas que garantiram os direitos básicos de alimentação e renda em harmonia com os ecossistemas onde vivem. Muitas

organizações da sociedade civil pertencentes às PCFA ou articuladas com essas populações, atuaram em ações de solidariedade, arrecadações e doações de alimentos e cestas básicas, distribuição de materiais de higiene, barreiras sanitárias populares, observatórios, vigilância popular em saúde e educação popular em saúde (Carneiro; Pessoa, 2020; Fialho; Monfort, 2020; Marinho; Silva; Rodrigues, 2020; Mondardo, 2020; Stevanim, 2020b, 2020a).

Entre as ações de saúde estão as barreiras sanitárias populares que consistem em barreiras comunitárias que evitaram a circulação e a entrada de pessoas nos territórios das PCFA. Conforme Regis Faro *et al.* (2020, p.11), “as experiências de fechamentos e barreiras comunitárias são visíveis em várias partes da América Latina/Abya Yala, mesmo antes da pandemia. Um exemplo são as comunidades zapatistas em momentos específicos de sua história de resistência ao estado mexicano”.

O artigo de Regis Faro *et al.* (2020) relatou a experiência de barreiras sanitárias populares realizadas em duas comunidades tradicionais caiçaras no município de Paraty, estado do Rio de Janeiro, Brasil. As comunidades caiçaras são formadas a partir da mistura étnico-cultural entre povos indígenas, colonos europeus e descendentes de africanos escravizados e essas comunidades são historicamente marcadas por conflitos e lutas territoriais. As barreiras foram estabelecidas através de arranjos comunitários apoiados na praia da Trindade pela Associação de Moradores de Trindade (AMOT) e pela Associação de Surf de Trindade e na praia do sono pela Associação de Moradores Originários da Praia do Sono e através de um grupo de WhatsApp com os moradores locais. Foram realizadas barreiras para bloquear a via de acesso das comunidades onde foi liberada a passagem apenas dos moradores das comunidades. A principal preocupação era o grande potencial de disseminação do vírus tendo em vista que esses locais são turísticos e muito visitados, além disso, as comunidades possuem dinâmicas sociais que incluem costumes culturais coletivos. De acordo com Regis Faro *et al.* (2020, p.24), “[...] a barreira sanitária criada e mantida pelo povo caiçara da Praia do Sono foi reconhecida no município e sua importância e eficácia são evidentes, pois é a comunidade com menor número de casos de contaminação”.

O MST também aderiu às barreiras sanitárias enquanto estratégia eficiente de controle da circulação de pessoas e, conseqüentemente, da circulação do vírus. João Pedro Stédile, coordenador nacional do MST, sugeriu que cada assentamento e acampamento montasse uma guarita sanitária a fim de ter o controle de quem entra e sai das áreas, garantindo que tenha álcool em gel, luvas e máscaras para as pessoas (Barros; Teixeira, 2021). Além disso, segundo as mesmas autoras, entre as ações e articulações realizadas pelo MST no período de pandemia

estão ações de solidariedade de classe como: distribuição de alimentos agroecológicos em 24 estados do Brasil contendo produtos de higiene e livros e a produção de álcool 70%, sabão e máscaras de tecido e distribuição para unidades de saúde e comunidades periféricas e rodovias do país (Barros; Teixeira, 2021). Ainda conforme as autoras:

[...] diante da pandemia e seus efeitos, o MST convoca sua base para organização e planejamento do trabalho de solidariedade de classe, a partir da articulação do campo com a cidade, visando construir uma reforma agrária emergencial que seja capaz de produzir alimentos ao redor dos grandes centros urbanos, garantir a vida dos trabalhadores e trabalhadoras mais empobrecidos, e defender a dignidade de seres humanos que se recusam a morrer de fome em um país tão rico, mas muito desigual (Barros; Teixeira, 2021, p. 7).

O Setor de Saúde do MST teve o papel importante de acompanhar os casos de covid-19 nos assentamentos e organizar todas essas ações de solidariedade, buscando garantir as medidas de higiene necessárias para a organização das cestas agroecológicas e proteção das pessoas envolvidas. Além disso, esse setor produziu *lives* e vídeos com médicos do MST socializando informações sobre as taxas de propagação do vírus, projeções da pandemia, medidas de prevenção e cuidados nos acampamentos e assentamentos e de higiene pessoal, domiciliar e meio ambiente, bem como recomendações no campo da promoção da saúde. Diante do aumento da violência doméstica no país, as mulheres do MST, organizaram debates e realizaram campanhas, a exemplo da “Campanha Mulheres Sem Terra contra os vírus e às violências” (Barros; Teixeira, 2021).

Os povos indígenas também se organizaram para sobreviver ao vírus. Fialho e Monfort (2020) compartilharam em seu trabalho uma análise dos impactos da pandemia sobre os territórios indígenas Terena e a importante auto-organização desses povos para barrar a expansão do vírus nas comunidades. Conforme os autores:

os povos indígenas buscam, através de ações autônomas, o caminho para tentar barrar a disseminação do vírus em seus territórios, fortalecendo a auto-organização e o cuidado mútuo com a terra, ao mesmo tempo em que contam seus mortos e tentam impedir a expansão da devastação ecológica, do agronegócio, do garimpo e megaprojetos fomentados pelo Estado brasileiro (Fialho; Monfort, 2020, p. 358).

Os indígenas do território Terena também organizaram barreiras sanitárias a partir da autogestão territorial, organizaram ações de conscientização da população sobre o vírus e conversas com os profissionais de saúde sobre as ações de proteção aos vírus (uso de máscara, higienização, isolamento) (Fialho; Monfort, 2020). Outro movimento indígena importante foi o Movimento Xingu Vivo Para Sempre (MXVPS), criado em 2008, em face da efetivação da

usina Belo Monte. Esse movimento diante da pandemia de covid-19 fez parcerias com outros movimentos/organizações sociais da região, e passou a exigir medidas de enfrentamento à pandemia dos entes públicos e da empresa da usina Belo Monte, bem como atuou em projetos coletivos solidários para auxiliar as pessoas em situação de extrema pobreza nas aldeias indígenas e nos arredores (Marinho; Silva; Rodrigues, 2020).

Todas essas ações foram importantes para garantir a saúde e a sobrevivência das populações do campo, da floresta e das águas. Além disso, essas ações estão orientadas para construção coletiva de um novo caminho com uma outra ética e uma outra concepção de mundo. Por isso, são exemplos de ações de saúde que visam a emancipação desses povos e comunidades, dos trabalhadores e trabalhadoras, dos subalternizados e subalternizadas e que buscam harmonia com a natureza e com os ecossistemas.

#### 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Essa pesquisa se propôs a construir um diálogo entre a saúde coletiva e as associações e movimentos sociais respeitando as singularidades e as pluralidades presentes nas PCFA. Para realizar a pesquisa, buscou-se construir uma relação solidária de reciprocidade entre os sujeitos da pesquisa com intuito de promover a ruptura entre o sujeito do conhecimento e o objeto. Para Santos (2009, p.83), “[...] o saber enquanto solidariedade visa substituir o objeto-para-o-sujeito pela reciprocidade entre sujeitos”. A reciprocidade entre os sujeitos que promove o diálogo e a cooperação entre as diversas formas de conhecimento e o conhecimento científico.

Este trabalho foi construído a partir da ecologia de saberes, ou seja, no diálogo entre os saberes científicos e os saberes das PCFA. Nesse sentido, a ecologia dos saberes busca os diálogos possíveis entre os diversos grupos sociais e reconhece uma pluralidade de formas de conhecimento para além do científico (Carneiro *et al.*, 2017b; Santos, 2009a). Ainda segundo Santos (2009, p.49), “uma vez que nenhuma forma singular de conhecimento pode responder por todas as intervenções possíveis no mundo, todas elas são, de diferentes maneiras, incompletas”.

O pensamento pós-abissal pode ser sintetizado como um aprender com o Sul usando uma epistemologia do Sul. Ele confronta a monocultura da ciência moderna com uma ecologia de saberes, na medida em que se funda no reconhecimento da pluralidade de conhecimentos heterogêneos (sendo um deles a ciência moderna) e em interações sustentáveis e dinâmicas entre eles sem comprometer sua autonomia. A ecologia de saberes se baseia na ideia de que o conhecimento é interconhecimento (Santos, 2009a, p. 44).

As ciências da saúde também foram construídas com base na ciência moderna e na hegemonia dos saberes eurocêntricos, produzindo uma monocultura biomédica. A homogeneização dos saberes em saúde-doença, a partir da biomedicina e de sua socialização, é fruto do epistemicídio e da desvalorização dos outros saberes, produzidos pelos povos subalternos, dos “ausentes”. Conforme Tesser (2006), as pessoas foram ensinadas a esquecer, menosprezar e desqualificar os saberes sobre saúde e doenças, as formas tradicionais de cura e o manuseio dos adoecimentos e sofrimentos vividos. Além disso, foram ensinadas a acreditar na biomedicina, na causa biológica, no tratamento cirúrgico, na indústria farmacêutica e nas respostas dos especialistas. A autonomia do cuidado em saúde foi perdida para os saberes “universais e verdadeiros” da biomedicina.

Trata-se, portanto, de um processo colossal de epistemicídio progressivo de saberes e estilos de pensamento em saúde-doença, mais ou menos estruturados, e de práticas diluídas nas culturas, populações e subculturas,

importantes para o manejo autônomo dos problemas em saúde-doença, agora em rápida transformação ou extinção parcial (Tesser, 2006, p. 71).

Tesser (2006) alerta para os perigos causados pela monocultura biomédica para a saúde da população levando em conta processos de medicalização e iatrogenias provenientes desse sistema. Por isso, é preciso buscar uma reforma interna no campo da saúde, reconstruindo os saberes e as práticas de saúde, incluindo a pluralidade de práticas e saberes não científicos e todas as *outras* formas de compreender saúde tradicionais e cotidianas. A descolonização dos saberes hegemônicos produzidos pela ciência moderna, que inclui os saberes da biomedicina, é decisivo para a luta pela justiça cognitiva, justiça social e da justiça ecológica (Nunes; Louvison, 2020).

[...] a luta contra os agrotóxicos e em defesa da agroecologia, pela saúde de povos indígenas, quilombolas, comunidades periféricas urbanas, populações do campo, em defesa de águas e florestas, as iniciativas de educação popular e saúde, os diálogos com as práticas integrativas e complementares ou as propostas de vigilância popular em saúde são exemplos, entre outros, de como a capacidade de ligação da saúde coletiva às diferentes lutas pela saúde e pela dignidade potencializa a capacidade libertadora dos diálogos entre saberes e experiências e das formas de tradução intercultural e artesanias de práticas que transformam essa capacidade em ação coletiva para a libertação (Nunes; Louvison, 2020, p. 11).

Portanto, esse estudo se baseou no diálogo entre os saberes da saúde coletiva e as ações, experiências e saberes presentes nas associações e movimentos sociais das PCFA, buscando “nas próprias representações da modernidade, espaços ainda presentes que apresentem potenciais de emancipação” (Freitas; Porto, 2011). A partir das muitas experiências subalternas, foi possível encontrar os espaços de resistências que visam superar as iniquidades em saúde e os modos de dominação presentes na sociedade a partir da luta e da auto-organização.

#### 4.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo é exploratório-descritivo, tendo em vista que pesquisou um tema novo e pouco explorado, tendo como finalidade construir um maior conhecimento sobre o assunto a fim de formular problemas e hipóteses mais precisos (Gil, 1999). Trata-se de um estudo de caráter qualitativo. Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2011), o estudo qualitativo está relacionado a um nível de realidade que não pode ser quantificado e trabalha com um “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo; Deslandes; Gomes, 2011, p. 21).

Ao refletir sobre a abordagem qualitativa entende-se que essa se conforma melhor para pesquisas de grupos e segmentos delimitados e focalizados, investigações das relações e para análise de discursos e documentos e se caracteriza pela empiria. De acordo com Minayo (2010, p.57):

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam. Esse método foi escolhido tendo em vista que este trabalho pretende compreender a organização social de coletivos.

A pandemia de covid-19 é um incidente novo e os dados sobre o impacto da covid-19 em grupos sociais específicos como as PCFA ainda são incipientes. Conforme Serapioni (2000), os métodos qualitativos devem ser utilizados quando o objeto de estudo não é bem conhecido, tendo em vista a capacidade de emergir novos conhecimentos e significados. Nesse sentido, este estudo busca compreender um novo fenômeno social a partir do diálogo com as organizações da sociedade civil, unindo os saberes científicos aos populares, contribuindo para estudos posteriores.

#### 4.2 SELEÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES E MOVIMENTOS SOCIAIS

Inicialmente foi realizado um mapeamento das organizações da sociedade civil que realizaram ações de enfrentamento à covid-19 vinculadas às PCFA. A partir do mapeamento foram selecionadas as organizações-chave da sociedade civil com representatividade nacional, sendo elas: CONAQ (Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas), MST (Movimento Sem Terra), ANA (Articulação Nacional de Agroecologia), MPA (Movimento dos Pequenos Agricultores). Foram contatadas lideranças dessas organizações para compreender suas atuações a nível nacional e solicitar indicações de associações locais que atuaram e realizaram ações frente à pandemia de covid-19.

O MST foi um dos movimentos que aceitou contribuir com essa pesquisa e indicou assentamentos e acampamentos que realizaram ações durante o período da pandemia. O MST é um movimento social nacional e está organizado em 24 estados, nas cinco regiões do país, integrando cerca de 350 mil famílias que conquistaram a terra por meio da luta e organização dos trabalhadores rurais. As famílias se organizam por setores, nos diferentes níveis desde o âmbito local até nacionalmente, de acordo com a necessidade e a demanda de cada assentamento, acampamento ou estado. O movimento tem como principal objetivo lutar pelo

fim da concentração da terra e pela Reforma Agrária Popular, que consiste na distribuição massiva de terras a camponesas e camponeses, democratizando a propriedade da terra na sociedade e garantindo o seu acesso. Além disso, tem como frente a transformação social com intuito de transformar a estrutura da sociedade brasileira e auxiliar na construção de um projeto de desenvolvimento nacional em que a desconcentração e democratização da terra, o trabalho emancipado, o ser humano e a natureza sejam elementos centrais (MST, 2023b). Foi realizado contato com o coordenador nacional de Saúde do MST que indicou os locais para realizar a pesquisa. Os locais foram selecionados de acordo com a viabilidade de acesso da pesquisadora e de disponibilidade do local.

Em relação as comunidades quilombolas, foi realizado contato com lideranças de associações quilombolas mapeadas anteriormente e algumas lideranças indicadas por residentes da Residência em Saúde do Campo de Pernambuco. Apesar de não ter um contato direto com a CONAQ, todas as associações pesquisadas faziam parte da CONAQ. A CONAQ foi criada em 1996, durante o Encontro de Avaliação do I Encontro Nacional de Comunidades Negras Rurais Quilombolas, realizado em Bom Jesus da Lapa – Bahia. É uma organização de âmbito nacional, sem fins lucrativos e participam representantes das comunidades quilombolas de 23 estados da federação: Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pará, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, Rondônia, Sergipe, São Paulo, Santa Catarina e Tocantins. A CONAQ é um movimento social que tem como objetivo central a defesa dos direitos dos quilombolas (CONAQ, 2021b).

#### 4.3 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada a partir de estudo de casos múltiplos. O estudo de casos múltiplos visa vivenciar e compreender as práticas sociais, as relações humanas e as práticas associativas presentes nas diferentes organizações da sociedade civil, possibilitando maior diálogo e aproximação entre os sujeitos da pesquisa. O estudo de caso é a estratégia utilizada para compreender acontecimentos contemporâneos e pouco explorados pelos estudos científicos contribuindo para a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos (Yin, 2001).

Segundo Yin (2001, p.32), o estudo de caso é “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os

limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. O estudo de caso pode variar tanto em estudos de caso único como de casos múltiplos. Para realizar essa pesquisa será utilizado o estudo de casos múltiplos, tendo em vista a complexidade e a pluralidade de associações e movimentos sociais pertencentes às PCFA.

O estudo de casos múltiplos engloba mais de um caso para investigar um determinado fenômeno, entre suas vantagens estão que os resultados dos casos múltiplos são considerados mais robustos e convincentes e entre as desvantagens desses estudos estão a necessidade de maior tempo e recursos (Yin, 2001). Em relação ao número de casos que devem ser escolhidos, Yin (2001) afirma que não deve ser utilizada uma lógica de amostragem e, dessa forma, não deve ser utilizada essa lógica na escolha do número de casos.

Para esse estudo foram selecionadas organizações da sociedade civil pertencentes às PCFA. Não foi estabelecido um número mínimo ou máximo de organizações, pois o objetivo é que os casos contemplem uma diversidade de ações de saúde durante o período da pandemia realizado pelas PCFA.

De acordo com Yin (2001), o estudo de casos múltiplos pode incluir uma ampla variedade de técnicas de coleta de dados, como documentos, artefatos, entrevistas e observações. Foram empregadas como técnicas de coleta de dados: observação participante e entrevista semiestruturada.

#### **4.3.1 Observação Participante**

Esta pesquisa teve como uma das técnicas de coleta a observação participante. Para Marconi e Lakatos (2002, p.88), a observação “não consiste apenas em ver e ouvir, mas também examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar”. Neste sentido, através da observação participante foi possível aproximar-se das associações e compreender a sistemática da atuação dessas associações, dos projetos, ações e atividades oferecidas durante a pandemia de covid-19, assim como da importância dessa sua atuação para a saúde das PCFA.

Na observação participante, o pesquisador fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades deste, a fim de aproximar-se da realidade vivenciada por estes sujeitos, sendo assim, o observador é parte do contexto observado, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por ele (Marconi; Lakatos, 2002). Segundo Minayo (2010), a observação participante aproxima o pesquisador do campo de pesquisa e “no trabalho qualitativo, a proximidade com os interlocutores, longe de ser um inconveniente, é uma virtude”.

A observação aconteceu de forma livre, sem roteiro, sempre focalizando o objeto de pesquisa, e as observações foram registradas em diário de campo. Buscou-se observar a organização das associações e movimentos sociais, o cotidiano das comunidades visitadas, as atividades realizadas pelos movimentos sociais tanto relacionadas a covid-19 com de promoção da saúde, e a percepções dos participantes do movimento sobre a organização dos movimentos, as atividades e a covid-19.

Além do diário de campo, foi realizada a fotografia como ferramenta de registro do trabalho em campo. A fotografia tem ganhado cada vez mais destaque como objeto e técnica de pesquisa qualitativa (Rios; Costa; Mendes, 2016). A fotografia destaca-se como técnica das ciências sociais por sua potência em ampliar a compreensão de diferentes realidades culturais a partir dos significados engendrados pelas imagens, suas formas de produção e mediação de sentidos (Harper, 2000; Rios; Costa; Mendes, 2016). A utilização da fotografia visa aprimorar o trabalho de pesquisa a partir das imagens do cotidiano das associações que podem capturar algumas características das relações, dinâmicas e processos presentes em uma localidade. Importante pontuar que as imagens foram realizadas apenas mediante o preenchimento do Termo de Autorização de Uso de Imagem (Apêndice C).

Nesse sentido, a partir da observação participante será possível aproximar-se das organizações sociais, possibilitando a troca de conhecimento e o diálogo, buscando romper com o distanciamento entre os pesquisadores e as organizações e com a hierarquia de saberes. É apenas no encontro que se torna possível a cooperação entre os sujeitos da pesquisa e construção a partir da ecologia de saberes.

#### **4.3.2 Entrevista Semiestruturada**

A entrevista é a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo e pode ser considerada uma conversa destinada a construir informações sobre o objeto de pesquisa (Minayo, 2010). Nesse sentido, foi escolhida a entrevista como técnica de coleta de dados tendo em vista a possibilidade de dialogar com os sujeitos pertencentes às associações. A entrevista tem como objetivo conhecer sobre as ações realizadas pelas associações e analisar o acesso às políticas de saúde nas PCFA.

Por isso, uma das técnicas foi a entrevista semiestruturada, que mescla as duas modalidades de entrevista, as estruturadas e não estruturadas, que se diferenciam, pois, na primeira o entrevistador elabora perguntas previamente e na segunda o entrevistado aborda livremente o tema proposto (Minayo, 2003). A entrevista semiestruturada compõe-se de uma

série de perguntas abertas, feitas verbalmente, em uma ordem prevista, porém o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento (Laville; Dionne, 1999). Assim, o investigador adota uma lista de questões ou tópicos para serem preenchidos ou respondidos, como se fosse um guia. A entrevista tem relativa flexibilidade e podem ser formuladas novas questões no seu decorrer (Mattos, 2005). As principais vantagens da entrevista semiestruturada são: possibilidade de acesso a informações além do que se listou; esclarecimento de aspectos da entrevista; formulação de pontos de vista, orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação e definição de novas estratégias e outros instrumentos (Tomar, 2007).

As entrevistas foram orientadas por um roteiro semiestruturado com perguntas abertas, o seguinte roteiro foi elaborado pela própria pesquisadora (Apêndice A). As entrevistas ocorreram com uma ou mais pessoas de acordo com a organização de cada associação/movimento social. Ou seja, a partir das características de cada espaço (se a associações/movimento social era dirigida por várias pessoas ou por uma) e a interação e organização interno de cada grupo (por exemplo, dependendo de quantas pessoas participaram da organização das ações em cada espaço). Dessa forma, foi respeitado a organização e possibilidades de cada local, buscando manter um diálogo entre a pesquisadora e as lideranças locais e qualificar as informações obtidas nas entrevistas.

A entrevista teve por objetivo que o entrevistado(s) discorra(m) e exponha(m) relatos de experiência de ações durante o período da pandemia. As entrevistas foram realizadas pessoalmente, no momento presencial da pesquisa, durante as visitas aos locais. As entrevistas foram gravadas (áudio), mediante consentimento dos entrevistados e transcritas posteriormente, além disso, todos os entrevistados assinaram o TCLE (Apêndice B).

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi realizada a partir da análise temática, que “(...) consiste em descobrir os núcleos de sentido, que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (...)” (Minayo, 2010, p. 316). Para a análise temática foram utilizadas as informações adquiridas nos múltiplos casos analisados, resultante das entrevistas semiestruturadas, diário de campo e fotografia.

A análise temática envolve três etapas: pré-análise que é a exploração do material por meio de leitura flutuante, interpretação, formulação e reformulação de hipóteses; a criação de

categorias; e tratamento dos resultados obtidos, análises e inferências de acordo com o referencial teórico (Minayo, 2010).

Dessa forma, primeiramente foi realizada a transcrição das entrevistas. Após foi realizada uma leitura flutuante do diário de campo e das entrevistas. Essa leitura flutuante permitiu a interpretação, formulação de hipóteses e a criação das primeiras categorias. Foram criadas categorias a partir de cada entrevista e do diário de campo, sendo essa a primeira categorização.

Na segunda etapa foi realizada uma leitura profunda do texto e da primeira categorização para criar as categorias de análise. Nessa segunda leitura foram construídos quadros para quantificar os temas mais citados nas entrevistas e para citar todas as ações realizadas. Essa segunda etapa permitiu a criação das categorias de análises através dos temas e também das ações realizadas.

E a terceira etapa foi realizada a partir da categorização e do tratamento dos resultados obtidos. Foram realizadas as análises e inferências de acordo com o referencial teórico proposto nessa tese e dos demais artigos que debatem o tema.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi realizada com seres humanos, respeitando e considerando os aspectos éticos para o desenvolvimento eficaz da pesquisa, conforme previsto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Portanto, esse projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para sua devida autorização. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética com parecer 5.235.649 (CAAE: 54349221.6.0000.012)

Essa pesquisa foi realizada em consonância com as devidas responsabilidades éticas e foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi construído o TCLE para os participantes das entrevistas semiestruturadas. Os participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodo que a pesquisa possa acarretar-lhes, à medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades (Brasil, 2012).

Para os participantes das fotografias foi apresentado o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz. É importante ressaltar que para participar da pesquisa foram selecionadas apenas pessoas maiores de 18 anos. Os participantes foram esclarecidos também nessa etapa sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e

incômodo que a pesquisa possa acarretar-lhes, à medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades (Brasil, 2012).

Considerando o contexto de pandemia pelo coronavírus, este projeto foi ancorado nas recomendações das entidades e órgãos de saúde, utilizando equipamentos de segurança e garantindo acesso aos participantes da pesquisa a equipamentos adequados como máscaras e álcool gel. Da mesma maneira, foi dada preferência a encontros e diálogos individuais ou com poucos atores envolvidos nas associações, evitando aglomerações, principalmente em espaços fechados.

## 5 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

### 5.1 CAMINHOS TRILHADOS PARA INÍCIO DA PESQUISA: SOBRE A PANDEMIA, A CONSTRUÇÃO DA KOMBI E VIAGEM PELA BR101

Essa pesquisa foi elaborada em meio à pandemia de covid-19 e, por isso, carrega um percurso não tão clássico de uma pesquisa de doutorado. O isolamento social foi um impulso para sonhar e planejar uma pesquisa diferenciada. Com a aproximação com o tema, surgiu o desejo e a necessidade de conhecer pessoalmente as comunidades, assentamentos e acampamentos e não apenas realizar um trabalho online, diferente das produções que estavam sendo realizadas naquele momento.

Eu vivo em Florianópolis, capital de Santa Catarina, e para conhecer as ações realizadas pelas PCFA e os locais, eu teria que me deslocar. Ao realizar o mapeamento e conversar com alguns integrantes das comunidades e dos movimentos, percebi que as ações estavam espalhadas por todo Brasil, o que fez surgir a ideia de realizar uma viagem para coleta de dados.

Eu e minha companheira, decidimos então comprar um veículo para realizar a coleta de dados, optamos pela kombi devido ao valor e pela possibilidade de transformá-la em uma KombiHome, ou seja, adaptamos a kombi para ser o nosso lar durante a coleta de dados. . A kombi recebeu o nome de Magó<sup>14</sup> e foi construída entre as atividades e aulas online do doutorado. As próprias pesquisadoras que planejaram as adaptações, construíram os móveis, instalaram isolamento térmico, dentre todas as mudanças necessárias desde costura até marcenaria para construir o que chamaríamos de casa nos próximos meses. A kombi Magó ficou pronta no final de 2021, após a finalização do ciclo vacinal.

---

<sup>14</sup> Logo após a compra da kombi, em 25 de janeiro de 2020 a bailarina Maria Glória Poltronieri Borges (conhecida como Magó) foi violentada sexualmente e assassinada em uma cachoeira Mandaguari no Paraná. Magó foi vítima de feminicídio pelo simples fato de ser mulher e estar realizando uma trilha na natureza. Este caso representava o maior medo e desafio que tínhamos enquanto pesquisadoras mulheres. Por isso, escolhemos o nome kombi Magó, uma forma de homenagear essa mulher como símbolo de combate ao feminicídio. Fonte: <https://mariagloria.com.br/>

Figura 3 - Kombi construída para coleta de dados (2021)



Fonte: Acervo Pessoal

Figura 4 - Foto da cozinha da Kombi (2021)



Fonte: Acervo Pessoal

A viagem foi iniciada em dezembro de 2021. Fomos até o Recife, que seria nosso ponto inicial de pesquisa. No caminho, eu e minha companheira, fomos dormindo nos postos de

gasolina e realizando as refeições dentro da kombi, evitando a contaminação em locais fechados, preservando assim a nossa saúde e das comunidades que iríamos visitar.

Chegamos em Pernambuco apenas no final de janeiro e iniciamos a pesquisa após a aprovação no comitê de ética em 10 de fevereiro. Em Pernambuco, realizamos a pesquisa com as associações quilombolas de Garanhuns e Caruaru, além disso visitamos os assentamentos do MST em Serra Talhada, Moreno e visitamos as brigadas de solidariedade do MST que estavam atuando em Recife (capital). Fomos recebidas em todos os locais e ficamos em média três a sete dias nos locais.

Depois de Pernambuco, a coleta seguiu em Minas Gerais com a visita em uma associação quilombola dos Arturos, em Contagem. Seguindo na região sudeste, fizemos outra parada no acampamento Marielle Vive, em Valinhos, em São Paulo. Para finalizar, foi realizada uma entrevista com uma assentada no Paraná, no Congresso de Agroecologia que ocorreu em Curitiba na capital.

Figura 5 - Mapa dos locais de coleta de dados



Fonte: Google Maps

A pesquisa foi realizada presencialmente e teve parada em todos os locais, onde foi possível conhecer de perto as comunidades, assentamentos e acampamentos. Dormimos na

Kombi dentro dos locais, realizando as refeições em conjunto, vivendo e acompanhando o dia a dia das pessoas que viviam nas locais visitados. A experiência proporcionou que compartilhássemos momentos não apenas com os entrevistados, mas também com outras pessoas que pertenciam àquelas comunidades/assentamentos/acampamentos. Essa vivência permitiu aprofundar o conhecimento sobre os movimentos e associações das PCFA, dialogar e construir laços com as pessoas que estiveram presentes no caminho.

A coleta de dados itinerante durou ao total seis meses (dezembro de 2021 até maio de 2022) e, além das comunidades visitadas, tivemos a oportunidade de conhecer muitas outras histórias, pessoas, povos tradicionais, assentamentos e acampamentos que não entraram na pesquisa. Fomos até o Rio Grande do Norte, fim/início da BR101, passando por pequenos povoados, conhecendo esse Brasil imenso, com diversas iniciativas de organização popular. Foi uma viagem que fomos abertas ao inesperado, a novas experiências, ao compartilhamento, e fomos recebidas de braços abertos por todas as pessoas que cruzaram nosso caminho.

Figura 6 - Chegada no fim/início da BR101



Fonte: Acervo Pessoal

Apesar da aflição de estar viajando duas mulheres em uma Kombi, o Brasil se mostrou um país solidário e acolhedor. Foram diversos desafios, desde rodovias em péssimas condições, indecisões para escolher as melhores rotas, horas infindáveis e cansativas sem direção hidráulica, problemas mecânicos na kombi, dificuldade de selecionar locais seguros para

pernoitar até adversidades climáticas (chuvas e calor intenso). Presenciamos as fortes chuvas na Bahia no final de 2020 no caminho para Pernambuco, ficamos ilhadas em Itamaraju (BA), porque a ponte estava embaixo da água. Dormimos no posto de gasolina com diversas pessoas que estavam presas na cidade ou que tiveram suas casas invadidas pela água. Nesses momentos, o povo seguiu unido tentando sobreviver às tragédias ambientais, sanitárias e humanitárias.

Figura 7 - Posto de Gasolina Itamaraju (BA)



Fonte: Acervo Pessoal

Naquele momento de desespero que foi a pandemia, encontramos diversas ações de esperança, solidariedade e resistência, que não podem ser esquecidas, mas que devem ser registradas, porque a organização popular salvou vidas, enquanto o governo deixava o povo morrer. Sem deixar de ter um olhar crítico às vivências e aprendizados dessa coleta itinerante, buscamos compreender as potencialidades da organização popular nesse momento de crise, compreendendo as dificuldades de construir juntos(as), das relações pessoais, das relações de poder que se constroem e se tensionam constantemente nas organizações.

Essa tese, visa também ser um registro do trabalho de muitos e muitas militantes desse país, que seguem resistindo, construindo e sonhando com um mundo socialmente justo e ecologicamente sustentável. Esse registro torna-se mais importante nesse momento em que tentam criminalizar o Movimento Sem Terra dentro do congresso brasileiro a partir da criação da CPI em 2023. Nesse sentido, essa tese está comprometida ética e politicamente em mostrar as outras faces de uma história, a história de muitos camponeses e quilombolas que seguem lutando para sobreviver e para preservar o meio ambiente, e constantemente são atacados, criminalizados e discriminados.

Por isso, essa tese buscou relatar casos de projetos e experiências exitosas construídas pelos movimentos sociais, associações e pelo povo. Experiências construídas a muitas mãos pela sociedade civil organizada. Essa tese visa olhar para o presente, para a multiplicidade de ações construídas pelas populações do sul global, na intenção de tornar presente na produção científica, essas experiências que foram intencionalmente deixadas de fora por anos.

Por fim, é importante afirmar que essa pesquisa também tem como compromisso não ser uma pesquisa extrativista, por isso buscamos a aproximação com os atores e sujeitos que construíram junto essa pesquisa, e a partir do diálogo nos comprometemos com devolutivas específicas para cada associação e movimento social. Além disso, procuramos com a tese aproximar a ciência dos conhecimentos produzidos na base das associações e movimentos sociais, reconhecendo e valorizando esses saberes, transformando as experiências e as lutas dos sujeitos ausentes em presentes e contribuindo para emancipação e para a transformação social anticapitalista, anticolonialista e antipatriarcal.

## 5.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS SUJEITOS E DOS LOCAIS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa são apresentados no Quadro 1 onde está descrito a nomenclatura que será utilizada para cada entrevistada(o), os locais de atuação, posição que ocupa na associação/movimento social e a associação/movimento que pertence a(o) entrevistada(o).

Quadro 1 - Descrição dos(as) entrevistados(as) por associação

	<b>Local</b>	<b>Posição das(os) entrevistados na associação</b>	<b>Associação/Movimento Social</b>
<b>M1</b>	Serra Talhada (PE)	Liderança Local de Saúde	Assentamento João Teixeira - MST
<b>M2</b>	Serra Talhada (PE)	Liderança Local de Saúde	Assentamento Virgulino Ferreira - MST
<b>M3</b>	Pernambuco	Liderança Estadual de Saúde	MST
<b>M4</b>	Recife (PE)	Liderança Estadual de Saúde	MST
<b>M5</b>	Recife (PE)	Professora e pesquisadora	FIOCRUZ
<b>M6</b>	Recife (PE)	Liderança Estadual	MST
<b>M7</b>	Moreno (PE)	Liderança Local	Assentamento Che Guevara - MST
<b>M8</b>	Recife (PE)	Liderança Local	Brigada Solidária Ibura - MST
<b>M9</b>	Valinhos (SP)	Lideranças Locais (entrevista em grupo)	Acampamento Marielle Vive - MST
<b>M10</b>	São Paulo (SP)	Liderança Nacional da Saúde	MST

<b>M11</b>	Florestópolis (PR)	Liderança Local de Saúde	Acampamento Zilda Arns - MST
<b>Q1</b>	Garanhus (PE)	Presidenta da Associação	Associação Quilombola de Caluete
<b>Q2</b>	Caruaru (PE)	Liderança Comunitária de Saúde	Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde
<b>Q3</b>	Contagem (MG)	Liderança Comunitária de Saúde	Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos
<b>R1</b>	Caruaru (PE)	Residente (RMSFC)	Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE)

Fonte: elaborado pelos autores

Como observado no quadro acima, foram visitadas associações de três regiões do Brasil, sendo elas Sul, Sudeste e Nordeste. Foram realizadas 15 entrevistas, sendo 13 individuais, 1 com duas pessoas e 1 em grupo. A entrevista com duas pessoas foi em Serra Verde com uma Residente e uma líder comunitária. A entrevista em grupo ocorreu no Acampamento Marielle Vive com as diversas lideranças locais que estavam presentes. As entrevistas ocorrem de acordo com a disponibilidade e organização local, por isso, algumas entrevistas tiveram mais de uma pessoa.

Para realizar a análise dos dados foram mapeadas todas as ações e iniciativas de saúde citadas e descritas nas entrevistas. O primeiro capítulo dos resultados (Capítulo 6) irá apresentar todas as ações e iniciativas mapeadas na pesquisa. Em relação aos casos, eles foram separados em dois capítulos: Caso 1 do Movimento Sem Terra (Capítulo 8) que irá incluir todas as entrevistas e visitas realizadas no MST, incluindo os assentamentos, acampamentos e lideranças (locais, estaduais e nacional); e Caso 2 das Associações Quilombolas (Capítulo 9) incluindo a Associação Quilombola de Caluete, Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde e Associação Quilombola dos Arturos (MG). Já os capítulos 7 e 10 apresentam uma reflexão teórica sobre as iniciativas realizadas a partir da teoria epistemologias do sul e do referencial teórico da saúde coletiva.

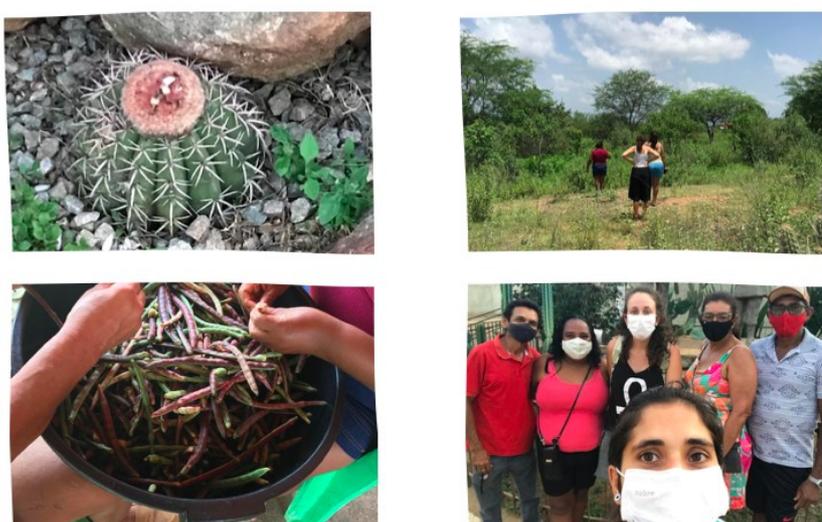
No estudo de caso do MST, foram entrevistados militantes e lideranças de Pernambuco, São Paulo e Paraná. As escolhas foram realizadas seguindo as indicações da liderança nacional de Saúde do MST e que foram possíveis realizar a visita segundo a disponibilidade dos locais em receber as pesquisadoras.

O estudo de caso das Associações Quilombolas de Pernambuco ocorreu em conjunto das duas associações devido a atuação similar que ocorreu na região do agreste pernambucano onde foi realizada a pesquisa. As duas comunidades quilombolas visitadas faziam parte da área

de atuação da Residência em Saúde do Campo durante o período da pandemia e houve uma articulação entre os residentes em saúde e as associações para proteger as comunidades do vírus.

O estudo de caso da Associação Quilombola dos Arturos (MG) foi selecionado devido a sua atuação na vigilância popular em saúde. Essa associação foi indicada pelos residentes em saúde do campo que estavam articulados com outras associações como a CONAQ e que tinham conhecimento da atuação de outras associações na proteção da sua população contra a covid-19.

Figura 8 – Fotos do Assentamento João Teixeira do MST em Serra Talhada (PE)



Fonte: Acervo Pessoal

Figura 9 – Fotos do Assentamento Virgulino Ferreira do MST em Serra Talhada (PE)



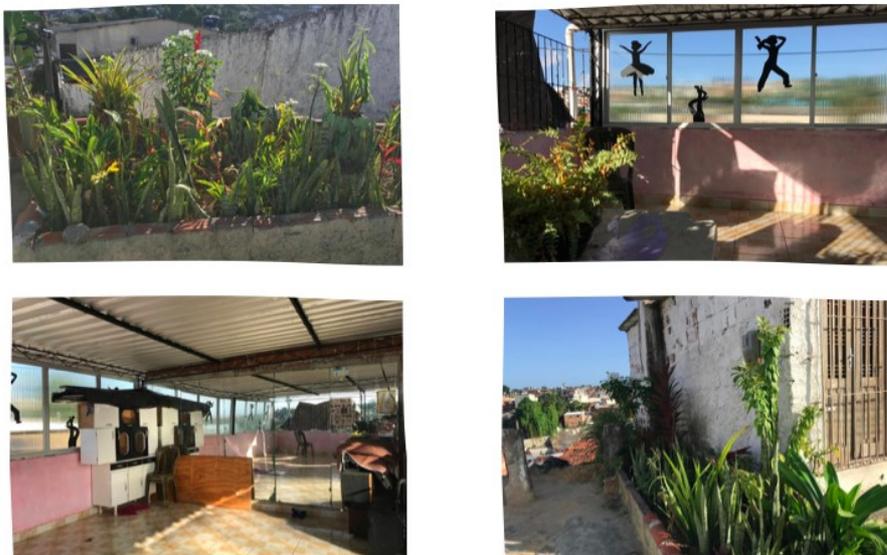
Fonte: Acervo Pessoal

Figura 10 - Fotos do Assentamento Che Guevara do MST em Moreno (PE)



Fonte: Acervo Pessoal

Figura 11 - Fotos da Brigada Solidária Ibura do MST em Recife (PE)



Fonte: Acervo Pessoal

Figura 12 - Fotos do Acampamento Marielle Vive do MST em Valinhos (SP)



Fonte: Acervo Pessoal

Figura 13 - Fotos da Associação Quilombola de Caluete em Garanhuns (PE)



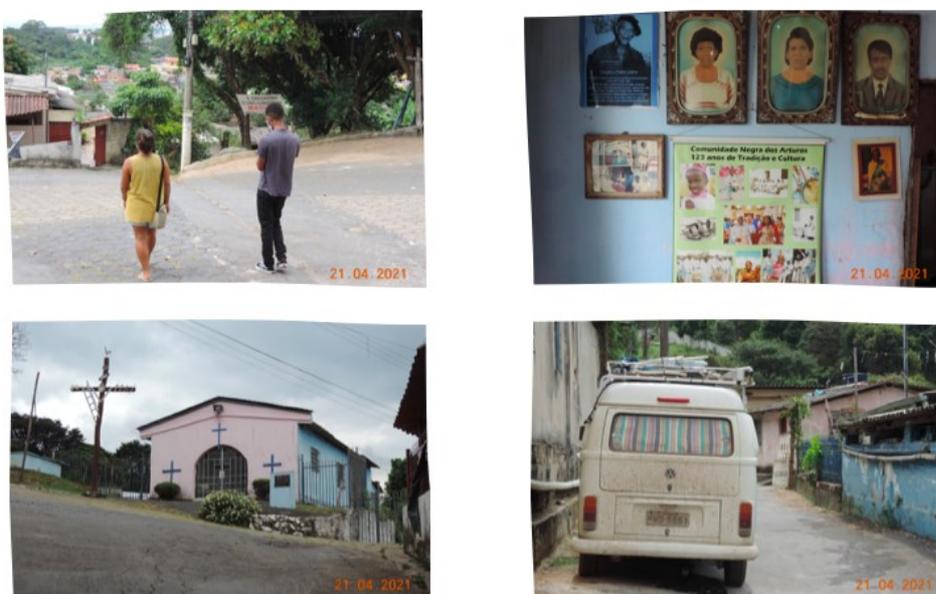
Fonte: Acervo Pessoal

Figura 14 - Fotos da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde em Caruaru (PE)



Fonte: Acervo Pessoal

Figura 15 - Fotos da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos em Contagem (MG)



Fonte: Acervo Pessoal

## 6 MAPEAMENTO E DESCRIÇÃO DAS INICIATIVAS DESENVOLVIDAS PELAS ASSOCIAÇÕES E MOVIMENTOS SOCIAIS DO CAMPO FRENTE À COVID-19

Esse primeiro capítulo tem o intuito de identificar e descrever as ações encontradas nos locais visitados nessa pesquisa. Como os locais visitados são todos do grupo da terra e do campo, essa nomenclatura será utilizada para denominar esse grupo de sujeitos e militantes que participaram da pesquisa.

Para demonstrar como e onde foram realizadas as ações, a Quadro 2 traz um compilado das iniciativas levantadas na análise de dados e em quais entrevistas foram citadas tais ações. Para melhor analisar, as ações foram agrupadas em ações de vigilância popular em saúde, ações de educação popular em saúde, ações de segurança alimentar e nutricional, ações de agroecologia, ações de solidariedade, práticas tradicionais e populares de cuidado em saúde e práticas para saúde mental.

Quadro 2 - Iniciativas para garantia de saúde realizadas pelas associações/movimento social participantes da pesquisa

	Vigilância popular em saúde	Educação Popular em Saúde	Segurança alimentar e nutricional	Agroecologia	Solidariedade	Práticas tradicionais e populares	Saúde Mental
<b>M1</b>	X	X	X		X	X	
<b>M2</b>	X	X	X		X		
<b>M3</b>	X	X	X		X	X	
<b>M4</b>	X	X	X	X	X		
<b>M5</b>	X	X	X	X	X		X
<b>M6</b>	X	X	X	X	X		X
<b>M7</b>	X	X	X	X	X		X
<b>M8</b>	X	X	X		X	X	X
<b>M9</b>	X	X	X	X	X	X	X
<b>M10</b>	X	X	X	X	X	X	X
<b>M11</b>	X	X	X	X	X	X	X
<b>Q1</b>	X	X	X				X
<b>Q2/R1</b>	X	X	X				
<b>Q3</b>	X	X	X		X	X	X

Fonte: elaborado pelos autores

A quadro 2 e o Infográfico 1 permitem observar as ações e iniciativas mapeadas nesse estudo. As iniciativas menos citadas foram a agroecologia e as práticas tradicionais e populares de cuidado em saúde aparecendo em 7 das 14 entrevistas, demonstrando não ter sido aplicada em todos os contextos. Já as ações vigilância popular em saúde e de educação popular em saúde ocorreram em todos os locais visitados, demonstrando a importância dessas ações para a prevenção e cuidado em saúde durante a pandemia de covid-19. Nos próximos capítulos será conceituado e discutido todas essas ações e sua importância na garantir de saúde da PCFA.

Infográfico 1 - Informações sobre as iniciativas e ações mapeadas na pesquisa



Fonte: elaborado pelos autores

## 6.1 VIGILÂNCIA POPULAR DA SAÚDE

Medidas de vigilância em saúde estão presentes na sociedade desde a Idade Média, com implementação de medidas de isolamento e quarentena. Desde as primeiras epidemias documentadas na sociedade, algumas medidas de vigilância já foram aplicadas buscando mitigar os efeitos e a transmissão das doenças (Brasil, 2011).

As primeiras medidas de vigilância em saúde estavam focadas na atuação sobre doentes e suspeitos, buscando o isolamento dos casos por meio de políticas autoritárias, punitivas e de exclusão social. É a partir de 1950 que a saúde pública começa a criar iniciativas de vigilância em saúde focadas no comportamento das doenças e agravos, tirando da centralidade das ações os indivíduos doentes e suspeitos (Sevalho, 2016).

Em meados dos anos 1960, surge o termo vigilância epidemiológica que se caracteriza por um processo centralizado de coleta, manipulação e difusão de dados e interpretações. A partir da 21ª Assembleia da OMS, de 1968, o debate de vigilância epidemiológica avança resultando numa vigilância hierarquizada em níveis nacionais e internacional. Nesse momento, são incorporadas uma lista de doenças que deveriam ser acompanhadas, assim como problemas nutricionais e riscos ambientais e ocupacionais. Posteriormente, foi incluído ainda os agravos ligados às violências e ao uso das modernas tecnologias médicas, já na perspectiva da epidemiologia dos fatores de risco (Sevalho, 2016).

Embora tenha ocorrido um avanço no debate da vigilância epidemiológica, buscando estabelecer procedimentos técnicos não repressivos, “[...] a incorporação da dimensão cultural à análise histórica mostra a permanência do caráter coercitivo nas formas de compreensão e enfrentamento da doença” (Sevalho, 2016, p. 616). Ainda conforme o autor, preconceitos relacionados a pessoas vivendo com HIV persistem e, “[...] em nome da contenção de epidemias, justificam-se ainda hoje medidas que ferem princípios éticos e atingem frontalmente as liberdades civis” (Sevalho, 2016, p. 616).

Com as mudanças sociais e econômicas da sociedade e expansão do neoliberalismo, o debate sobre vigilância em saúde começa a avançar para uma vertente mais ampliada contemplando também o enfrentamento das desigualdades sociais, intervindo sobre os determinantes sociais ou socioambientais (Chaves, 2021; Porto, 2017). Nos anos de 1980 e 1990, a Medicina Social Latino Americana destaca a importância da análise das condições de vida das populações e dos processos de saúde-doença para enfrentar as desigualdades sociais,

ampliando as discussões sobre o planejamento e organização dos sistemas de saúde pública para abarcar as demandas geradas pelo sistema econômico vigente (Chaves, 2021; Porto, 2017).

No Brasil, a Reforma Sanitária defende, frente a crise do setor saúde no país, mudanças para a democratização das práticas de saúde no SUS e a necessidade de reorganizar o sistema de saúde perante os princípios de universalização, integralidade e equidade na prestação dos serviços. Esse debate abarcou também a reorganização das ações de vigilância para incorporação dos determinantes sociais da saúde coletiva e individual (Chaves, 2021).

É nesse período, em meados de 1990, que o debate sobre vigilância em saúde e participação popular começa a ser articulado pelo educador Victor Vincent Valla (Chaves, 2021). Valla (1993) aponta para ineficiência dos sistemas públicos de saúde para registrar, divulgar e solucionar os agravos à saúde pública, em especial, as questões de saúde socioambientais (enchentes, incêndios, saneamento básica) e as questões derivadas da desigualdade social que atingem as periferias das cidades (como e meningite, dengue, malária...) (Valla, 1993). Nesse sentido, o autor propõe a monitorização civil da saúde através da construção compartilhada do conhecimento e do trabalho conjunto de profissionais de saúde e educação com os setores organizados e populares da sociedade civil (Valla, 1993).

Valla apresenta como proposta a vigilância civil a partir da união das propostas da “epidemiologia comunitária” de Tognoni e do “diagnóstico participativo”, conjugadas em uma “investigação alternativa”. De acordo com Valla (1993, p.110):

[...] embora as duas propostas encaminhem a discussão de saúde e educação na mesma direção, cada uma dá ênfase específica a um aspecto. Enquanto a DP [diagnóstico participativo] enfatiza a necessidade da sociedade civil de caráter popular criar um banco de dados alternativos e desenvolver uma monitoração dos agravos à saúde, a proposta de EC [epidemiologia comunitária] se refere mais à necessidade dos mesmos setores resistirem à hegemonia dos setor médico e à medicalização (hospitais, equipamentos sofisticados de saúde) como sendo sinônimos de saúde. Propõe assim uma epidemiologia do cotidiano, desenvolvida pelos setores populares juntamente com os profissionais interessados na proposta.

De acordo com Valla (1993), as duas propostas têm muito em comum e devem ser aplicadas a partir da investigação alternativas e embasadas na educação popular de Paulo Freire. A escolha do método é importante, pois visa garantir uma construção conjunta que rompe com a hegemonia do saber dos profissionais de saúde, apostando na construção de uma relação de cunho horizontal e solidário, a partir processo participativo e democrático (Valla, 1993).

De acordo com Sevalho (2016), a proposta de Valla consiste em munir a comunidade com informações pertinentes sobre os processos de determinadas enfermidades, através de uma

linguagem acessível, para que a sociedade civil organizada possa, a partir da sua criatividade e do conhecimento da sua realidade, controlar a disseminação de doenças a partir da criação de senso de autoconsciência, processo fundamental para o desenvolvimento da vigilância civil (Sevalho, 2016). Ainda de acordo com autor:

A vigilância civil da saúde é o monitoramento desenvolvido coletivamente com a população que permite trabalhar com situações de saúde. A vigilância em saúde, estruturada como vigilância epidemiológica, é vigilância de Estado, controle social exercido sobre a população. Vinculada à segurança de Estado, assume postura prescritiva e autoritária, ligando sua fundamentação teórica e operacional a termos de inspiração militar contextualizados na “guerra” contra os agentes microbianos. Nesse contexto, o critério de urgência impõe a necessidade de resposta imediata. Prescrevem-se e executam-se ações autoritárias, verticais e indiscutíveis porquanto absolutamente prioritárias para a defesa da sociedade diante do risco de epidemias e abalo da ordem social (Sevalho, 2016, p. 624).

A vigilância civil da saúde reforça a importância da participação da sociedade civil nas ações de vigilância em saúde, buscando democraticamente a solução para os agravos de saúde nas comunidades. Importante ressaltar que a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) tem como princípio a “[...] participação da comunidade de forma a ampliar sua autonomia, emancipação e envolvimento na construção da consciência sanitária, na organização e orientação dos serviços de saúde e no exercício do controle social” (Brasil, 2018). Nesse sentido, a participação social está garantida por lei e faz parte dos princípios da vigilância em saúde no Brasil.

A PNVS foi instituída em 12 de junho de 2018 pela Resolução n. 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A PNVS é um documento norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS, caracterizado pela definição das responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias dessa vigilância. Conforme a PNVS, vigilância em saúde pode ser compreendida como:

[...] o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (Brasil, 2018).

De acordo com a Portaria 3.252 de 2009 do MS, o desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde perpassa pela Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador. Além disso, a Vigilância em Saúde deverá permear as redes de atenção coordenadas pela Atenção Primária em Saúde (Brasil, 2018).

Apesar do avanço no debate, nas conferências de vigilância em saúde e nas políticas públicas, o modelo atual e hegemônico de vigilância não constitui a ideia de emancipação, participação social e articulação entre os campos (Porto, 2017). Ainda de acordo com autor:

A disputa entre as vertentes restrita (hegemônica) e a ampliada de vigilância continua até o presente, muitas vezes na forma de paradoxo, contradições e silenciamentos nas negociações que definiram a(s) vigilância(s) e seus setores ou, se preferirmos, seus “bunkers” especializados. Permanecem lacunas não só entre as promessas de se enfrentar os determinantes socioambientais em saúde, como na gestão e autonomia no nível territorial e local enquanto estratégico para a efetivação do SUS em seu deslocamento para um modelo que superaria as vertentes assistencialista e sanitarista. A questão territorial local inclui questões vitais para o enfrentamento das desigualdades sociais para além da eficiência tecnoburocrática das instituições reguladoras e fiscalizadoras, como a democracia e a participação social/comunitária onde vivem e trabalham pessoas de corpo e alma (Porto, 2017, p. 3153).

Para que a vigilância possa ser um processo emancipatório, a população é parte obrigatória (Porto, 2017). De acordo com Arjona (2017), ainda hoje o Estado apresenta falhas e deficiências na execução de políticas de proteção e prevenção na saúde, em especial nas áreas periféricas das cidades e em locais distantes dos centros urbanos, aumentando a ênfase na discussão por modelos alternativos à forma atual de Vigilância em Saúde.

Nesse contexto, a partir das concepções ampliadas de vigilância e de experiências construídas pela sociedade civil que buscam cruzar as fronteiras entre o instituinte e o instituído que surge a vigilância popular em/da saúde. A Vigilância Popular em Saúde ainda não é um conceito teórico bem definido, mas nasce “como uma necessidade social que emerge da crítica aos modelos formais de Vigilância em Saúde” (Arjona, 2017, p. 4).

A vigilância popular em saúde parte do protagonismo dos movimentos sociais e das organizações da sociedade civil nas iniciativas de vigilância em saúde. Esse conceito vem se estruturando na literatura a partir de iniciativas da sociedade civil, em especial, das PCFA na luta contra vulnerabilidades socioambientais enfrentadas diariamente, como mineração ou utilização de agrotóxicos, que atingem diretamente a saúde dessa população. De acordo com Alves (2013, p.186):

Vigilância Popular da Saúde consiste em olhar e intervir junto ao Estado vulnerabilizador, promovendo ações relacionais dialógicas que provoquem momentos cuja intenção é ter um potencial libertador da opressão ideológica da civilização do capital.

Nesse sentido, a vigilância popular em saúde compreende uma vigilância de base comunitária, democrática e participativa com potencial emancipatório para o enfrentamento das iniquidades em saúde. Já o Guia de Vigilância Popular em Saúde aponta que vigilância popular

em saúde incorpora as práticas de vigilância enfatizando o protagonismo das comunidades e movimentos sociais, ou seja, é povo no ato de vigiar, observar, produzir informações para subsidiar ações e tomadas de decisão (Carneiro; Dantas, 2023). Nesse sentido, a vigilância popular em saúde abarca a concepção de saúde como a capacidade de resistir e confrontar todas as formas de opressão (Carneiro; Dantas, 2023).

Essa perspectiva busca descolonizar a saúde e as práticas de vigilância em saúde através de diálogos horizontais entre a ciências e os movimentos sociais, entre o SUS e as comunidades. É a partir dos contextos de lutas sociais com os radicalmente excluídos do Sul Global que a emergência de saberes e práticas emancipatórias surgem. De acordo com Porto (2017, p.3157):

[...] a tarefa da sociologia das emergências consiste em construir um futuro de possibilidades plurais e concretas, simultaneamente utópicas e realistas, que se vão construindo a partir do que emerge no presente em movimentos que buscam quebrar monoculturas de saber e poder, possibilitando a emergência de alternativas que formarão as bases da transição civilizatória e paradigmática.

Conforme os dados dessa pesquisa, uma das principais formas de atuação dos movimentos sociais e associações foi através de iniciativas de vigilância popular em saúde. As ações de vigilância popular em saúde contaram com barreiras sanitárias, controle dos casos de covid-19 e isolamento social, boletins epidemiológicos, entre outras ações. Esses resultados corroboram com diversos outros estudos que demonstram que essas foram estratégias muito utilizadas por diversas organizações da sociedade civil vinculadas às PCFA (Carneiro; Pessoa, 2020; Chaves, 2021; Latgé; Araújo; Júnior, 2020; Martins Chaves; Rodrigues Da Silva; Luderitz Hoefel, 2023; Meneses *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023).

A quadro 3 e o Infográfico 2 abordam as ações de vigilância popular em saúde realizadas pelos movimentos sociais e associações que participaram do estudo. As ações foram idealizadas, organizadas e realizadas pelos movimentos sociais/associações e visavam a sobrevivência da PCFA e das populações vulneradas que vivem nos centros urbanos.

Quadro 3 - Ações de Vigilância Popular em Saúde

	Barreiras sanitárias	Uso de máscara, higienização e distanciamento	Isolamento Social	Boletim Epidemiológico	Doação/Confecção de máscaras, álcool e outros	Ações de controle da vacinação
<b>M1</b>		X	X	X		X
<b>M2</b>		X	X		X	X
<b>M3</b>	X	X	X	X		

<b>M4</b>		X	X		X	X
<b>M5</b>	X	X	X	X	X	
<b>M6</b>		X	X		X	
<b>M7</b>		X	X			X
<b>M8</b>		X	X			X
<b>M9</b>	X	X	X	X	X	X
<b>M10</b>	X	X	X	X	X	
<b>M11</b>	X	X	X			X
<b>Q1</b>		X	X		X	X
<b>Q2/R1</b>		X	X			X
<b>Q3</b>	X	X	X	X	X	X

Fonte: elaborado pelos autores

Pelo quadro e pelo infográfico é possível observar que as iniciativas de controle do uso de máscara, higienização e distanciamento e o isolamento social foram as mais utilizadas para vigilância popular em saúde nos territórios, sendo citada em todas as entrevistas/locais. Já as barreiras sanitárias, boletim epidemiológico, doação/Confecção de máscaras, álcool e outros e ações de controle da vacinação ocorreram apenas em alguns territórios, dependendo da organização e disponibilidade local.

Infográfico 2 - Informações sobre as estratégias de vigilância popular em saúde mapeadas na pesquisa

## VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE



Fonte: elaborado pelos autores

As barreiras sanitárias contaram com ações de: fechamento dos assentamentos, acampamentos, impedindo que pessoas que não residissem nos locais entrassem; organização de grupos que coordenavam a entrada e saída nos assentamentos e acampamentos realizando ação de educação em saúde e cobrando a utilização de máscara, higienização das mãos e distanciamento; e utilização de cartazes e faixas com informações e alertas sobre a covid-19.

[...] quando nós fechamos, quando viu que o negócio pegou mesmo, a gente fechou o acampamento. Para ir na cidade era só extrema urgência, pra ir no mercado comprar alguma coisa ou pra ir pro hospital (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST-PR – M11).

O controle do uso de máscara, higienização e distanciamento foi uma das medidas mais adotadas de vigilância popular em saúde. Essas iniciativas ocorreram em conjunto com ações de educação popular em saúde, tendo em vista que primeiramente era necessário que chegasse esse conhecimento e essas orientações nas comunidades, formando a própria comunidade para ser um agente de controle e de educação. Dessa forma, a própria população cuidava para que as outras pessoas da comunidade respeitassem as medidas de proteção ao vírus, utilizando máscara, não realizando aglomerações e festas, e foi ocorrendo um cuidado coletivo dentro dos territórios com objetivo de preservar a vida. Em outros locais, também tinham comitês ou pessoas responsáveis por realizar esse controle e cobrança da população.

[...] Aqui, assim, a gente sempre procura **motivar esse cuidado mútuo, cuidando do outro**. Como por exemplo, a pandemia nós, a gente criou uma rede de proteção mesmo. Eu lembro até que todos nós, se saísse sem máscara no acampamento, a gente era lembrada que precisava usar máscara. Então esse cuidado a gente, essa desatenção, não passou. E se a pessoa saísse mesmo também fora do acampamento, nós colocamos água, sabão e álcool gel, tudo na portaria para o pessoal entrava no acampamento, ela passava na portaria, ela tinha como higienizar as mãos, só entrava de máscara, não podia entrar sem máscara (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Figura 16 - Faixa utilizada na Comunidade dos Arturos para lembrar o uso de máscara



Fonte: Acervo Pessoal

O isolamento social foi uma medida adotada em todo Brasil para os casos ativos de covid-19 com intuito de não contaminar outras pessoas e também para as pessoas não contaminadas como uma medida para evitar a contaminação, sendo essa uma medida de prevenção (Lui *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021; Soares, K. H. D. *et al.*, 2021). Nesse sentido, o isolamento social foi utilizado como medida de prevenção ao vírus pelas associações quilombolas e pelo MST, tanto em casos ativos que eram notificados para iniciar o isolamento, como também de maneira a prevenir o contágio, evitando aglomerações dentro dos territórios.

[...] foi muito importante, porque senão nós tinha perdido muita gente. Se nós não tivesse vestido a camisa do fique em casa, se cuida, usa máscara, usa álcool gel, teve problema fica de quarentena. Se nós não tivesse dado atenção para isso aí, nós tinha perdido muita gente. Porque foi muita gente que pegou. E se nós não tivesse entrado com os cuidado ali, de cuidar mesmo. Tinha morrido bastante gente. E cuidamos um do outro. Isso foi o mais interessante e o mais importante. Nós nos cuidamos... (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST-PR – M11).

O boletim epidemiológico foi uma iniciativa muito utilizada pelos movimentos sociais, tendo em vista que o governo não tinha dados específicos sobre a realidade das PCFA. Nesse sentido, associações como a APIB e a CONAQ lançaram boletins epidemiológicos com número dos óbitos por covid-19 em suas comunidades. Dessa forma, muitas associações iniciaram um controle dos seus territórios lançando boletins para suas comunidades com informações sobre

os números de casos ativos e óbitos. O MST também organizou boletins dentro do movimento controlando assim como estava a situação do contágio dentro dos seus territórios.

[...] a gente enviava no Instagram todas as vezes que alguém positivo ou que falecia alguém, a gente postava o boletim da comunidade, quando as pessoas que residiam aqui dentro (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3).

A doação e confecção de máscaras não foi uma medida de vigilância em saúde em si, mas foi uma medida que proporcionou a realização da vigilância popular em saúde em muitos locais. A doação, arrecadação e confecção das máscaras e álcool gel possibilitou que muitos locais conseguissem garantir as condições necessárias para que a população pudesse realizar as ações de proteção e prevenção ao vírus da covid-19, demonstrando a importância da organização social, buscando costureiras das comunidades para confeccionar as máscaras, como também da solidariedade como valor essencial para garantir a sobrevivência da população mais vulnerada e esquecida pelo estado.

Daí foi feito, a gente fez, mandou fazer máscaras de tecido, com ajuda dos voluntários, no caso a minha mãe é costureira, ela fez, a gente conseguiu tecido, ela costurou as máscaras, a gente distribuiu no assentamento. Veio também álcool para distribuição para as pessoas, os assentados, foi feita essa distribuição, além da conscientização de como se higienizar (Liderança Local de Saúde do Assentamento Virgulino Ferreira MST/PE - M2).

[...] então a gente começou uma rede de costureira logo no início, antes da Organização Mundial de Saúde e do Brasil adotar a história da máscara, a gente já encarou isso como um protocolo porque é isso conhecimento né. A gente tinha acesso a esse conhecimento por várias vertentes, mas a gente tinha que adotar uma, então a gente olhar essa aqui ó. Isso aqui faz mais sentido... (Liderança Estadual da Saúde MST/PE - M4).

As ações de controle da vacinação contaram com levantamento das pessoas vacinadas na comunidade, regras nos assentamentos e acampamento para entrada de visitas, regras para realização de eventos nas comunidades, além de ações de educação trazendo informações sobre a vacinação e desmentindo as notícias falsas que circularam no Brasil. Ademais, as associações quilombolas e alguns assentamentos/acampamentos do MST fizeram articulação com o SUS para que a APS realizasse a vacinação nos territórios.

Na vacinação mesmo agora, foi interessante, porque nós nos organizamos, corremos atrás. Porque assim, tem gente que não tem como ir, aí a gente pensou, é muito mais fácil você marcar um dia. Vocês agendam, vocês se organizam, e vocês descem com as vacinas e vacina nosso povo. E deu certo. Eles estão indo vacinar lá dentro. Fizemos todas as campanhas. Quando lançam, que nem agora eu já vi a vacinação dos acima de 40 e então já

falamos: "óh nós temos uma turminha aqui que precisa da vacina." Então eles já se organizam, eles agendam com a gente, a gente agenda com a comunidade. Eles vão e fazem (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST-PR – M11).

A gente lá na saúde fizemos os levantamentos por NB (núcleo de base), juntamente com os coordenadores e representantes de setor de saúde de cada NB. Nós fizemos um levantamento, de quantas pessoas que tinham tomado a primeira dose, quantos faltavam tomar e fizemos algumas restrições. Chamamos, explicamos, detalhamos a importância e fizemos um levantamento. Então, hoje nós temos o registro de todo o acampado. Quem tomou da primeira a terceira dose. E um dos critérios para que voltasse a ter a visita de familiares no acampamento, seria a apresentação do comprovante da vacinação contra a covid de quem está vindo e também quanto a quem mora aqui (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

É importante ressaltar que essas ações não visavam o “controle” das pessoas, mas apostaram na educação popular de saúde para conscientização da população sobre a importância desse cuidado para saúde de todos, tornando esse um acordo social dentro do território. O controle e a cobrança ocorriam dentro das comunidades, assentamento e acampamento, como forma de preservar a vida de uma população vulnerada pela sociedade e sempre na busca dessa conscientização pelo coletivo.

Essa é uma perspectiva importante tendo em vista que a proposta nasceu da própria organização popular que visava o controle da disseminação do vírus da covid-19 através da conscientização do povo, da necessidade do cuidado em saúde e da organização social para sobreviver à pandemia. Nesse sentido, nas iniciativas de vigilância popular em saúde o foco estava na educação e na transformação da realidade local e não na culpabilização pessoal ou na doença.

De acordo com Meneses *et al.* (2023, p.2555), a vigilância popular em saúde “[...] consiste na atuação coletiva e popular, com o anseio de promover a saúde no território por meio de práticas de vigilância que privilegiam o protagonismo de comunidades, organizações e movimentos sociais”. A vigilância popular em saúde deve ser promotora de transformação social e de enfrentamento das desigualdades sociais, intervindo sobre os determinantes sociais de saúde (Meneses *et al.*, 2023, p. 2554). Como descrito, as ações de vigilância popular em saúde na covid-19 tiveram esse papel de promover e garantir a saúde nos seus territórios a partir da atuação das associações e movimentos sociais, buscando construir o sentido de comunidade porque juntos teriam mais força para resistir ao vírus e lutar pelos direitos básicos necessários para esse momento de emergência sanitária.

É importante ressaltar que em alguns locais visitados essas ações ocorreram em conjunto com profissionais de saúde tanto profissionais que pertencem às comunidades, como voluntários ou profissionais da APS. As ações foram fruto da organização da sociedade civil e tinham como princípio a articulação com SUS e a cobrança do estado para a garantia do direito à saúde, reafirmando a responsabilidade do estado na garantia desse direito. De acordo com Carneiro e Pessoa (2020, p.5):

A vigilância popular da saúde não visa substituir o papel do Estado, mas ser a expressão da necessidade de uma maior participação da comunidade na vigilância, como está destacado na Política Nacional de Vigilância da Saúde (Brasil, 2018). Todavia, na atual conjuntura, em função de contextos políticos que estão invisibilizando o impacto da Covid-19 em grupos vulneráveis específicos, como indígenas, quilombolas, pescadores(as) ou moradores(as) de favelas, essa vigilância também pode emergir como um processo participativo de alerta e de chamado para a ação relacionado à garantia do direito à saúde e à defesa da vida.

Nesse contexto, as ações de vigilância popular em saúde foram importantes na defesa da vida e na proteção das comunidades da covid-19, principalmente, nesse período de emergência sanitária. As iniciativas de vigilância popular em saúde utilizaram métodos amplamente difundidos na ciência - como barreiras comunitárias, medidas de higienização e distanciamento social, boletins dos casos da covid-19 - mas colocaram em prática a partir da organização popular utilizando dos saberes e práticas do seu cotidiano para que essas ações fizessem sentido para sua população, seu modo de vida e sua sobrevivência.

As ações de vigilância popular em saúde na pandemia de covid-19 foram o início de uma organização popular voltada para a saúde, mas que futuramente, no pós-pandemia, está já organizada para seguir lutando coletivamente pelo direito à saúde, podendo ser implementada para lutar contra a utilização dos agrotóxicos, mineração e outros problemas de saúde existentes nos seus territórios. É nesse sentido que as ações realizadas na pandemia pelas associações quilombolas e pelo MST não são apenas ações de vigilância em saúde, mas são ações populares e emancipatórias construídas pelo povo e para o povo.

## 6.2 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Nas primeiras décadas do século XX, inicia-se a trajetória da educação em saúde no Brasil com as campanhas sanitárias e expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país (Gomes; Merhy, 2011). De acordo com os autores, nesse período as estratégias de educação em saúde ocorriam de formas “autoritárias, tecnicistas e biologicistas, em que as

classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias” (Gomes; Merhy, 2011, p. 9)

Atualmente, a educação em saúde ainda é muitas vezes entendida como um “modo de fazer as pessoas do povo mudarem seus hábitos para assimilarem práticas higiênicas e recomendações médicas que evitariam o desenvolvimento de um conjunto de doenças”(Gomes; Merhy, 2011, p. 11). Tal concepção é conhecida como ‘educação sanitária’ e se constitui como uma forma de controle e ordenamento social que parte do pressuposto de que a ignorância é a principal causa das doenças e que a população precisa ser educada para manter hábitos de vida saudáveis e práticas higiênicas (Morel, 2021).

De outro modo, a Educação Popular em Saúde (EPS) busca educar para a saúde de forma a incentivar a população a compreender as causas e a determinação social das doenças e a se organizar para superá-las, induzindo à reflexão coletiva a respeito das condições e modos de vida que podem afetar a produção da saúde e a qualidade de vida (David; Nespoli; Lemões, 2020; Gomes; Merhy, 2011).

A educação popular nasce na América Latina, fruto dos processos de luta e resistência das classes populares, e emerge como uma alternativa política e pedagógica de recusa ao ensino colonizado, confrontando os saberes das pedagogias formais orientadas por uma ciência positivista ocidental (Gadotti; Torres, 2003; Paludo, 2015). Dessa forma, a educação popular se constitui enquanto uma “[...] concepção educativa que vincula explicitamente a educação e a política, na busca de contribuir para a construção de processos de resistência e para a emancipação humana, o que requer uma ordem societária que não seja a regida pelo capital” (Paludo, 2015, p. 220).

As práticas de EPS estão fundamentadas nos valores e princípios do pensamento de educadores como Paulo Freire, Carlos Brandão, Victor Vincent Valla, entre outros. Dessa forma, a educação popular se baseia no diálogo entre os saberes científicos e populares de maneira horizontal, a partir do reconhecimento de grupos e pessoas como sujeitos detentores de um saber importante, válido e essencial para construção de uma sociedade democrática e para promover a saúde da população (David; Nespoli; Lemões, 2020).

De acordo com Fernandes et al (2022), a EPS tem se destacado como:

[...] elemento ressignificador e como um instrumento fundamental na construção de uma prática em saúde integral, na medida em que se dedica à ampliação da inter-relação entre profissões diversas, especialidades, serviços, cidadãos, familiares, vizinhos e organizações sociais locais envolvidos no combate a um problema específico de saúde, fortalecendo e reorientando suas práticas, seus saberes e as lutas populares (Fernandes *et al.*, 2022, p. 2).

Nesse sentido, as ações de EPS mapeadas nessa pesquisa partiram da organização popular no combate ao coronavírus, reorganizando suas lutas para a garantia de saúde do seu povo e da população. Essas iniciativas foram construídas a partir do diálogo entre profissionais de saúde do SUS e da própria comunidade, pesquisadores(as) de universidade e fundações de pesquisa, e pela própria população local.

As iniciativas de EPS tiveram como base o conhecimento científico, mas também utilizaram do conhecimento da própria organização popular para colocar em prática as medidas de prevenção ao vírus pactuadas pela ciência. Isso porque as medidas de prevenção ao vírus amplamente incentivadas pela comunidade científica não faziam sentido ou não eram possíveis de serem realizadas em todos os locais, por falta de infraestrutura ou de garantia de direitos sociais básicos para sobrevivência.

As medidas de prevenção e combate ao vírus, ao desconsiderar as condições sociais e ambientais, acabaram culpabilizando as classes populares por não conseguirem colocar em prática determinados hábitos. De acordo com Morel (2021, p.8), “[...] por considerar o combate ao vírus uma questão de hábito individual, essa estratégia termina por afastar aqueles que não têm condições de praticar todos os cuidados”.

Por isso, a importância da organização popular e da EPS, essa concepção torna um problema individual em um problema coletivo, e, nesse sentido, busca soluções comunitárias, “retirando” a culpa do indivíduo em não conseguir aderir às medidas sanitárias de prevenção ao vírus, transformando essa “culpa” em “luta” por melhores condições de saneamento básico, de renda e de acesso à saúde. Segundo Morel (2021, p.9), a EPS:

[...] possibilita que os conhecimentos científicos possam ser traduzidos, pensados e problematizados mediante as diferentes realidades e serve como uma forma de combater o negacionismo, pois atua justamente na tentativa de superar o distanciamento entre as políticas de saúde e as diferentes realidades da população.

Nesse contexto, as iniciativas de EPS mapeadas buscaram levar informações sobre o vírus e as medidas sanitárias necessárias para prevenção do contágio e problematizar com a população sobre as necessidades das comunidades/territórios para que as medidas sanitárias fossem colocadas em prática pela população. Dessa forma, as ações de EPS buscaram a participação popular e a adaptação dos protocolos e medidas de prevenção de acordo com a realidade de cada local.

[...] aí quando a gente se coloca a ter que pensar os métodos de cuidado, principalmente através das orientações para o nosso povo, para nosso povo conseguir saber se cuidar, né? Nesse processo todo da pandemia, e como era tudo muito confuso para todo mundo, porque não tinha os protocolos, ia se criando de acordo com o que ia surgindo, né? Então a gente ia adaptando para a nossa realidade e ia construindo os métodos de acordo com que fosse ajudar a nossa população, o nosso os assentados e assentada, né? E a saúde teve esse papel de buscar esses protocolos, que foi lançado principalmente pelo Ministério da Saúde, pela vigilância, enfim. E aí a gente ia, de certa forma, adaptando a nossa realidade e trabalhando com o nosso povo. (Liderança Nacional de Saúde MST – M10).

As iniciativas de EPS também utilizaram da organização social e política para colocar em prática as medidas de prevenção ao vírus. Por exemplo, o MST utilizou da sua organicidade para que as informações sobre como se proteger do vírus chegassem em todos os acampamentos e assentamentos, e, a partir dessas informações, cada localidade pudesse se organizar de acordo com sua realidade.

[...] a nossa organicidade interna ajudou muito. Porque a gente tem hoje a nossa base, que é o nosso patrimônio, que está lá, mas a gente tem uma direção coletiva que coordena o assentamento, os acampamentos e coordena a brigada que coordena a regional que coordena no Estado e no Nacional. Então a gente conseguia ter esse elo de comunicação da gente poder pegar as informações das nacionais e fazer chegar no nosso acampamento, assentamento (Liderança Nacional de Saúde MST – M10).

Outra questão importante foi com relação às informações falsas e ao negacionismo difundido no período de pandemia (Morel, 2021). As ações de EPS foram essenciais para que essas informações não fossem difundidas nos territórios, tendo em vista que, para a população vulnerada que precisava trabalhar e se expor ao vírus, as informações negacionistas eram uma forma de esperança, depositadas em um suposto remédio milagroso ou negando o perigo da doença. Sem uma luta coletiva era impossível mudar a realidade, por isso, se apoiar em notícias falsas em um momento de crise podia ser um alento para a população que não tem direito a se proteger do vírus. Nesse sentido, a perspectiva coletiva da EPS foi essencial para evitar o negacionismo nos territórios visitados.

[...] e daí você fala dentro do acampamento, e o cara vai e fala na televisão pode tudo isso, não precisa usar álcool gel, não precisa fazer distanciamento social, pode se aglomerar, isso é muito.... foi difícil. A gente teve que lutar contra tudo isso... a gente teve todo esse trabalho para mostrar a importância da vida, que o mais importante era a vida, e por isso seguir as orientações (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST-PR – M11).

[...] eu acho que foi importante porque eu acho que primeiro salvou muitas vidas, não tenho a menor dúvida que a educação em saúde frente a tantas fake

News, se tivesse sido prioritária nesse governo né, a gente teria salvado muitas vidas né, desse negacionismo. Então a gente foi uma barreira de contenção a esse negacionismo (Liderança Estadual de Saúde MST/PE – M4).

Para além da pandemia, as iniciativas de EPS visavam a organização popular e continuidade da luta pós-pandemia pelos direitos sociais intrínsecos ao direito a saúde. A EPS foi importante para que o povo vulnerabilizado e esquecido pelas políticas públicas conseguisse sobreviver, mas para além disso, iniciou um processo de organização social e de reconhecimento da necessidade de luta coletiva.

[...] na educação popular a gente só chega no território a partir daquilo que a comunidade entende que é prioridade que é necessidade. Então você vai fazer um processo de educação popular em qualquer lugar você precisa entender o que é que as pessoas têm de necessidade de lutar... (Liderança Estadual de Saúde MST/PE – M4).

Então cada território [...] cada território tá começando a discutir suas demandas né, Camaragibe é a luta pela moradia né, estão sofrendo ordem de despejo. Então o MST se coloca do lado para construir a luta contra o despejo (Liderança Estadual de Saúde MST/PE – M4).

Segundo Freire (2016, p.14), “[...] a visão educacional não pode deixar de ser ao mesmo tempo uma crítica da opressão real em que vivem os homens e uma expressão de sua luta por libertar-se”. Assim, a conscientização dessas opressões abriu caminho para expressão das insatisfações da população e através da coletividade e da organização popular vem auxiliando a população nas lutas pelos direitos sociais e de saúde.

As iniciativas mapeadas de EPS conseguiram levar para a população informações sobre as medidas sanitárias de prevenção ao vírus ancoradas nos conhecimentos científicos, mas também utilizando os saberes da própria comunidade e dos movimentos sociais para que as medidas pudessem ser colocadas em prática. Dessa forma, essas ações aproximaram os saberes científicos e os saberes populares para tornar possíveis a adoção das medidas sanitárias e para salvar a vida dos corpos descartáveis pela necropolítica de estado.

### 6.3 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, AGROECOLOGIA E SOLIDARIEDADE

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) tem como marco legal a Constituição Federal de 1988 e está assegurado no Brasil pela Lei nº 11.346 de 2026 que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Conforme a lei, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) consiste:

[...] na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Brasil, 2006).

Para garantir a SAN no território brasileiro foram elaboradas e implementadas diversas políticas públicas, como o Programa Bolsa Família (PBF), o Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar, os Programas de incentivo à agricultura familiar, o Programa Água para todos e foi criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Todas essas políticas foram essenciais para a saída do Brasil do Mapa da Fome (Ribeiro-Silva *et al.*, 2020)

Entretanto, de acordo com os dados do IBGE, o número de pessoas em situação de Insegurança Alimentar (IA) cresceu nos últimos anos, com cerca de 10,3 milhões de pessoas em níveis graves de IA (Laurentino *et al.*, 2022). De acordo com Ribeiro-Silva *et al.* (2020, p. 3422) “[...] as desigualdades não superadas, o avanço de políticas neoliberais e o desmonte do sistema que contemplava políticas sociais inclusivas e promotoras da SAN vem se somando para a situação atual”.

O DHAA está distante de ser um direito garantido e a pandemia de covid-19 tornou esse desafio ainda maior (Ribeiro-Silva *et al.*, 2020). Diante do desmantelamento das políticas e dos direitos sociais, os movimentos sociais do campo têm sido fundamentais na luta pela SAN sendo fortes colaboradores no combate à fome das populações rurais e urbanas, e, na pandemia, foram protagonistas na organização de iniciativas que buscavam garantir a SAN para populações vulnerabilizadas e mais afetadas pela crise sanitária (Laurentino *et al.*, 2022).

Nessa pesquisa, as ações de solidariedade mapeadas foram implementadas pelo MST, sendo em grande parte para garantir a SAN tanto da população rural como urbana. Entre as iniciativas estava a doação de alimentos (cestas básicas e alimentos produzidos pelos produtores rurais do movimento) e a criação de cozinhas populares nas periferias dos centros urbanos.

A doação de alimentos foi organizada de acordo com a realidade e possibilidade de cada local. Em Recife, por exemplo, foram organizadas banco de alimentos em diversos bairros e quem organizava a doação era a própria comunidade. Nesse sentido, as próprias comunidades se organizavam para doar esses alimentos e cestas básicas de acordo com as vulnerabilidades e necessidades de cada família pertencente a essa comunidade.

[...] e principalmente as atividades que a gente tinha enquanto movimento era a produção e a gente, esse processo nosso de manter a produção no nosso assentamento. Isso vem mais intensificado porque isso ajudou principalmente

nas nossas tarefas de solidariedade, que era tirar dos nossos produtos dali, do assentamento e do acampamento e ajudar as populações e principalmente, situação de rua nas grandes capitais, nas cidades... (Liderança Estadual de Saúde MST/PE – M3).

[...] então a gente começa a construir os bancos populares de alimentos que é uma tecnologia social que a gente entendeu que está se configurando como isso né, onde as pessoas abrem um quintal da casa para essa doação chegar e aquele cadastro de família que o agente popular de saúde vinha fazendo para a questão da covid, que também levantava vulnerabilidades né, acaba sendo um instrumento importante para definir se a comida vai para lá para cá enfim (Liderança Estadual MST/PE - M6)

Laurentino *et al.* (2022) em sua pesquisa sobre as contribuições do MST para SAN durante a pandemia encontrou que as iniciativas de doação de alimentos foram uma das principais frentes do MST nesse período, corroborando com os achados dessa pesquisa. Conforme o autor, as doações de alimentos objetivavam contemplar populações e instituições vulnerabilizadas, moradores de regiões metropolitanas e comunidades periféricas, pessoas em situação de rua, comunidades indígenas, entre outros. Ademais, as ações ocorriam de acordo com a cultura e o hábito alimentar de cada região do país, e muitas vezes, juntamente, com as marmitas e cestas/kits de alimentos eram distribuídos detergentes, sabonetes, álcool em gel e água potável (Laurentino *et al.*, 2022).

Outra frente de atuação foram as cozinhas populares solidárias que contavam com a doação de refeições para população em situação de IA dos centros urbanos. Essas cozinhas populares solidárias buscavam distribuir refeições para população de rua, mas também foram implementadas em comunidades periféricas que tinham casos mais graves de IA.

[...] então a gente chama essas organizações, as Universidades, as igrejas, enfim o movimento progressista que tem alguma ligação com MST, mas a gente conseguiu também furar essa bolha. Eu acho que aquele momento inicial era um momento de muita abertura da sociedade para solidariedade. Então a gente foi para o Armazém para produzir marmita. A marmita para a população de situação de rua, transformando num restaurante popular solidário. E a gente chegou a produzir 700 marmitas dia, acho que chegou até um pouco mais (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4)

As cozinhas solidárias populares têm o funcionamento e os objetivos similares ao Programa de Restaurantes Populares. Os restaurantes populares podem ser considerados como uma política pública de Estado, voltada ao combate da fome e da insegurança alimentar. O Programa Restaurante Popular deve ser gerido pelo setor público e visa favorecer a ampliação de oferta de refeições prontas saudáveis, reduzindo assim, o número de pessoas em situação de insegurança alimentar. Os restaurantes populares estão inseridos no SISAN e buscam construir

uma rede de equipamentos que promova o acesso permanente a alimentos de qualidade às populações em risco de insegurança alimentar e nutricional (Brandão, 2017).

Nesse sentido, os restaurantes populares e as cozinhas solidárias populares visam disponibilizar espaços que contribuam para a promoção da SAN a uma população em insegurança alimentar, através da disponibilização de refeições com qualidade nutricional e que promova hábitos alimentares adequados, respeitando a cultura alimentar local. Diante da insuficiência da implementação dos Restaurantes Populares por parte do estado, as organizações da sociedade civil e os movimentos sociais vem criando iniciativas como essas para garantir o direito à alimentação e a SAN.

As cozinhas solidárias que foram citadas na pesquisa ofereciam almoço e janta, podendo ser ofertado diariamente ou até três vezes por semana dependendo da organização e possibilidade de cada local. As cozinhas solidárias populares forneceram refeições regularmente para população, dessa forma, a população já sabia que poderia contar com esse apoio nas principais refeições.

[...] lá é em Campinas né, a cozinha solidária [...] mas tem famílias que estão bem abandonadas lá e procuram ajuda na assistência social, no CRAS e não tem resposta. Você vê, tinha umas mães que a gente estava conversando e eu até perguntei como é que estava o cadastro delas no CadÚnico do bolsa família.. E elas agradecendo a gente por a gente estar ajudando na questão da alimentação, elas levam sempre marmitta não só para o almoço, mas levam marmitta também pra jantar. Porque são famílias que você vai ouvindo as histórias deles, e eles falam que não têm realmente o que comer dentro de casa, que estão morando numa casa, mas não tem nada para estar comendo (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9)

Dessa forma, as cozinhas solidárias e os bancos de alimentos buscavam garantir o acesso regular e permanente dessas famílias a refeições e alimentos. As iniciativas de solidariedade do MST também têm como proposta produzir alimentos com qualidade, sem utilizar agrotóxicos, respeitando a diversidade cultural de cada localidade e de maneira sustentável.

Figura 17 - Cozinha Solidária das Palafitas-Recife (PE)



Fonte: Acervo Pessoal

Por isso, o MST defende e favorece a produção de seus alimentos sem trazer prejuízos ao meio ambiente, tendo como política que os alimentos doados para as campanhas sejam produzidos, em grande maioria, por meios agroecológicos de cultivo (Laurentino *et al.*, 2022). O cultivo agroecológico é um meio sustentável e, por não utilizar agrotóxicos, promove a saúde da população que come e os(as) agricultores(as) que plantam esses alimentos.

[...] o que a gente abraçou também nesse período foi a agroecologia que para gente já é uma bandeira de vida. E quando a gente fala de agroecologia, a gente está falando de saúde né (Liderança Nacional da Saúde – M10).

A implementação da agroecologia vem crescendo nas organizações do campo, da floresta e das águas. A agroecologia emergiu enquanto movimento social na década de 1980 no Brasil propondo uma prática agrícola alternativa e nas últimas décadas vem se constituindo enquanto ciência (Fontoura; Naves, 2016). A agroecologia enquanto ciência se define como “a aplicação de conceitos e princípios ecológicos ao desenho e manejo de agroecossistemas sustentáveis, proporciona um marco para valorizar a complexidade dos agroecossistemas” (Altieri; Nicholls, 2020, p. 23).

Entretanto, a agroecologia vai para além de conceitos e princípios de manejo e prática agrícola, enquanto movimento social também luta contra a deterioração ambiental e a exclusão social dos pequenos produtores e comunidades tradicionais do meio rural face à modernização

agrícola (Fontoura; Naves, 2016). Ainda conforme o autor, “o movimento agroecológico no Brasil representa um movimento contra hegemônico, que visa resistir às práticas do agronegócio (hegemonia agrícola do país)”(Fontoura; Naves, 2016, p. 331).

O movimento da agroecologia tem se expandido e intensificado no meio rural a partir da prática de agricultores familiares, camponeses, extrativistas, movimentos sociais do campo, comunidades quilombolas e indígenas (Fontoura; Naves, 2016). Essas práticas são importantes para a saúde nos PCFA tendo em vista que visam regenerar o meio ambiente, garantir a soberania alimentar dos trabalhadores rurais, não utilizar agrotóxicos, evitar a poluição do ar e da água e impedir o avanço do agronegócio e o êxodo rural.

O cultivo agroecológico é sustentável, respeita o meio ambiente e promove a saúde, assim como prevê os princípios de SAN. Dessa maneira, as ações realizadas pelo MST promovem a disponibilidade dos alimentos saudáveis por cultivar produtos de qualidade, próximos aos locais que se desenvolveram suas ações (cadeias curtas de produção), ampliando, também, o acesso das populações beneficiadas a esses alimentos (Laurentino *et al.*, 2022).

Figura 18 - Roçado Solidário Agroecológico com alimentos plantados para doação, Moreno (PE)



Fonte: Acervo Pessoal

Além das atividades citadas, as iniciativas de solidariedade também contaram com doação de sangue, doação de máscaras e álcool gel, hortas populares agroecológicas nos bairros, entre outras. A solidariedade foi um valor central na organização do MST durante a pandemia, o movimento percebeu que para garantir a saúde da população era importante a

solidariedade entre as pessoas e organizações da sociedade civil além das ações de cuidado, vigilância popular em saúde e educação em saúde.

[...] saber que eu tô sendo solidária com a cidade, materializado uma política de plantar e reservar um pedaço do pouco que eu tenho para o outro, isso também eleva, digamos assim, a autoestima do movimento e assim resgata valores né, de princípios de solidariedade, como um princípio de Constituição de um mundo novo, a gente precisa o tempo inteiro tá alimentando isso como princípio (Professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE - M5).

A solidariedade, para além da pandemia, é um princípio medular das organizações populares. A solidariedade faz parte da história e da construção de futuro do MST. De acordo com Padua (2020, p.90), a solidariedade é uma prática política permanente das organizações populares, que “concretiza as ações no presente e, ao mesmo tempo, aponta para o novo mundo que queremos construir”. Nesse sentido, a solidariedade é um eixo fundamental da transformação social (Padua, 2020)

Apesar das ações de solidariedade fazerem parte princípios do MST e de sua história, são nos momentos de crise humanitária, de fome, de desemprego, de ansiedade que essas ações ganham maior força e importância. É a partir do coletivo que se constrói a luta e a resistência para sobreviver, que se constrói saídas coletivas. Os exemplos históricos apontam para a necessidade da organização e de trabalhos coletivos nos momentos difíceis (Albuquerque *et al.*, 2023). Ainda de acordo com as(os) autoras(es):

Diante da realidade de exploração das/dos trabalhadoras/es e da expropriação da natureza pelo capital, bem como da subjetividade neoliberal que domina a nossa sociedade neste tempo histórico, o projeto emancipatório de fortalecimento de vínculos, construção de afetos, cooperação no trabalho e de relações sociais justas só são possíveis com a vivência da solidariedade. É um princípio cuja própria (r)existência delinea. Portanto, só é possível sua construção a partir da práxis coletiva. Solidariedade é, portanto, fazer junto, é reconhecer-se no/a outro/a, na memória coletiva, na comunidade. E o que é comunidade, senão comum unidade? (Albuquerque *et al.*, 2023)

O neoliberalismo, a violência e o abandono do Estado e a individualidade romperam com os laços sociais de classe e vem precarizando a vida, em especial, da classe mais pobre. Com o avanço da covid-19, essas condições ficaram ainda mais precarizadas, ameaçando a vida da classe trabalhadora, seja pelo vírus ou pela fome. Nesse sentido, a luta de classes se “[...] recoloca no debate com elementos novos que revelam a precarização dramática da vida que se degrada ainda mais com o avanço do COVID-19 na cidade, colocando a solidariedade de classe quase como uma condição de sobrevivência” (Padua, 2020, p. 90).

As iniciativas de solidariedade foram centrais na organização do MST com intuito de garantir a sobrevivência da classe trabalhadora do campo e da cidade, em geral, atuando no combate à fome e à insegurança alimentar. Assim como o MST, outras Organizações da Sociedade Civil, movimentos sociais e instituições filantrópicas se mobilizaram na luta para tentar atenuar a situação de crise alimentar e calamidade pública vivenciada no país (Laurentino *et al.*, 2022). Nesse sentido, as ações de MST foram uma estratégia importante para a garantia da SAN da população mais vulnerabilizada das cidades e do campo, tendo como base a produção agroecológica, respeitando o meio ambiente e promovendo a saúde através da doação de alimentos/refeições de qualidade e sem colocar em risco a vida dos(as) agricultores(as).

#### 6.4 PRÁTICAS TRADICIONAIS E POPULARES DE CUIDADO EM SAÚDE

Esse capítulo pretende abordar as práticas tradicionais e populares de cuidado em saúde desenvolvidas pelas PCFA e que foram utilizadas também no contexto da pandemia. Essas práticas são tradicionais porque fazem parte do cuidado histórico aprendido e repassado nas comunidades tradicionais e no campo, geração após geração, fazem parte da ancestralidade, da resistência e da luta desses povos por sobrevivência. As práticas também são populares porque são parte do povo, feito pelo e para o povo, são práticas de cuidado em saúde que foram subalternizadas e desqualificadas pela ciência colonial-capitalista e patriarcal, práticas outras de saberes construídas ano após ano pelo povo que sobrevive pelas mãos de suas(seus) bruxas(os), curandeiras(os), parteiras e cuidadoras(es).

Os saberes presentes nas práticas tradicionais e populares de cuidado apesar de desqualificados pela ciência biomédica, foram utilizados como “informações”, que após testado pelos métodos científicos, foram legitimados como saberes científicos. De acordo com Santos (2021), o saber acumulado pela ciência não é sinônimo de saber produzido exclusivamente pela ciência. Ainda de acordo com autor:

No campo da saúde, a bioprospecção, ou seja, os esforços de apropriar o conhecimento indígena dos recursos naturais, é uma das expressões mais óbvias de um extrativismo epistêmico sistemático por parte da ciência moderna, expressa nas múltiplas tentativas das modernas empresas farmacêuticas de encontrar novos medicamentos, explorando o conhecimento indígena (Santos, 2021, p. 172).

A pandemia não foi um momento diferente em relação a utilização dessas práticas, as práticas tradicionais e populares de saúde já faziam parte das comunidades, assentamentos e acampamentos visitados. Esse saber foi apenas direcionado para o cuidado em saúde durante a

pandemia de covid-19, no tratamento das pessoas acometidas pelo vírus, na prevenção (plantas que melhoram a imunidade) de gripes e resfriados, como também no cuidado de saúde mental.

As práticas tradicionais e populares de saúde utilizadas também fazem parte das Práticas Integrativas e Complementares (PICS). As PICS fazem parte do SUS desde fevereiro de 2006, quando foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS). A política foi publicada na forma das portarias ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 e tinha como estratégias: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura; Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Termalismo Social/Crenoterapia; Medicina Antroposófica (Brasil, 2015). Atualmente o SUS conta com 29 práticas, sendo elas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Medicina Antroposófica, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais.

Apesar de utilizar algumas das estratégias de cuidado pautadas na PNPICS, as pessoas entrevistadas reconhecem essas práticas como práticas tradicionais de seus povos, e o nome escolhido para esse capítulo pretende colocar em foco essa perspectiva do cuidado. As PICS são práticas desenvolvidas no mundo inteiro e para realizar várias delas é necessário importar não apenas o conhecimento, mas também o material necessário. Embora os territórios visitados utilizem algumas práticas como auriculoterapia, a maioria das práticas desenvolvidas pelas PCFA são parte da sua história e do seu território, utilizando das plantas regionais/locais ou técnicas ancestrais para o cuidado em saúde da sua população.

Na pandemia, a fitoterapia foi uma das técnicas tradicionais e populares de cuidado mais utilizadas pelas PCFA visitadas, através de infusões, lambedores, escalda pés, tinturas, entre outras. As comunidades/assentamentos/acampamentos, em geral, já tinham suas hortas medicinais e farmácias vivas construídas e essas técnicas já eram amplamente utilizadas, por isso, esses povos utilizaram desses saberes e práticas já existentes para o cuidado em saúde na pandemia.

[...] ainda tem uma resistência né, mas assim, a gente consegue hoje dentro do assentamento por exemplo, no período do covid mesmo, a gente conseguia indicar os chás que aumentava a imunidade de cada um, e o pessoal começou a utilizar chás, os lambedores que a gente faz pra tosse, muito nesse período de pandemia, usaram né, mas ainda tem alguns que preferem o da farmácia né, do que o do mato, mas assim a gente consegue usar né, tudo que a gente produz a gente usa primeiro pra poder vender, e pra também poder dizer né, como funciona cada um. A gente faz a tintura do mulungu que serve para depressão, pra estresse, pra insônia, muito bom pra isso (Liderança Local de Saúde do Assentamento João Teixeira MST/PE - M1).

A fitoterapia é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (Brasil, 2015, p. 22). As plantas medicinais são utilizadas no cuidado desde os primórdios da medicina como uma forma de buscar a cura de doenças e ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal, se constituíram como base para tratamento de diferentes doenças (Brasil, 2015).

Figura 19 - Produção de fitoterápicos, Acampamento Marielle Vive - SP



Fonte: Acervo Pessoal

As plantas foram parte do cuidado dentro das comunidades visitadas, para curar, para prevenir e para acalmar. O cuidado integral faz parte da terapêutica tradicional e popular, ter saúde não é apenas não estar doente, é ter saúde, ter uma alimentação saudável, ter uma boa noite de sono, é conseguir trabalhar diariamente na roça. A atuação não ocorre apenas na doença, mas em outras esferas da vida que foram também afetadas pela pandemia, como a saúde mental.

Figura 20 - Horta medicinal do Quilombo dos Arturos



Fonte: Acervo Pessoal

A saúde mental foi um dos temas mais comentados no trabalho de campo por diversas pessoas. O distanciamento social, isolamento, medo da morte, impossibilidade de “estar juntos(as) na luta”, todos esses fatores são alguns dos exemplos citados nas comunidades visitadas. As práticas de autocuidado, o uso de plantas medicinais, o cuidado coletivo, foram as formas encontradas para passar por esse momento juntos(as), mesmo estando muitas vezes separados(as).

A potência do cuidado tradicional e popular está no conhecimento da biodiversidade e suas possibilidades, na ancestralidade, no coletivo, na integralidade. Esses foram pontos fundamentais para as PCFA que além da medicina tradicional, seguiram utilizando dos seus saberes tradicionais para fazer e promover a saúde das suas comunidades. As vulnerabilidades de acesso à saúde, muitas vezes negada na distância do centro de saúde, na falta de pontos de apoio, tornou-se necessidade de manter vivo seus saberes ancestrais, que passados geração após geração, seguem sendo utilizados para cuidar um dos outros, e assim também foi na pandemia.

## 6.5 SAÚDE MENTAL

Os impactos da pandemia na de saúde mental foram amplamente discutidos devido a necessidade de isolamento social e o medo da morte que perpassaram o cotidiano da população nesse momento de crise sanitária. Para além disso, o luto pelas perdas, interrupção dos rituais fúnebres e impossibilidades de estar ao lado das pessoas acometidas pela covid-19 quando hospitalizadas foram também situações que impactaram na saúde mental individual e coletiva.

No campo e nas comunidades visitadas não foi diferente. De acordo com as(os) entrevistadas(os) o modo de vida no campo e a organização dos movimentos sociais e associações passam por pressupostos e valores comunitários, solidários e de construção conjunta. De acordo com as conversas e vivências que tive nesses territórios, muitas pessoas afirmaram “somos como grandes famílias” que convivem, que compartilham e que decidem democraticamente as regras dentro do território.

Acho que a maior ação que nós fizemos de cuidado foi quando nós abrimos mão de tudo isso que a gente tá fazendo aqui e nos isolamos em casa. Porque o movimento, nós somos muito isso aqui, aglomeração, manifestação e a gente gosta muito de tá junto. E esse cuidado foi para nós e para os nossos companheiros... (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns (MST-PR) – M11)

A gente teve muito, muito problema aqui com aglomeração, porque como é todo mundo família e não é tipo, sei lá, eu tô morando num bairro qualquer e eu não conheço meu vizinho, mas não, aqui é o seu vizinho, seu parente. Então você vai na casa dele, não é só para pedir uma xícara de açúcar, você vai lá para papear, para fofocar, etc. (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Nesse contexto de organização social e comunitária, o isolamento foi impactante na medida que toda organização local foi afetada e teve que ser reinventada. A inserção de tecnologias no campo para comunicação foi uma das alternativas escolhidas pelo MST para mitigar os efeitos desse momento em que aglomerações e reuniões não eram possíveis.

Todo mundo foi pra casa, foi criado condições pra todo mundo ter internet em casa nessas esferas nacionais, ter computador, ter condições, uma boa cadeira (Liderança Nacional de Saúde MST - M10)

A utilização das tecnologias foi uma forma de continuar trabalhando em conjunto, mantendo contato com as pessoas próximas e proporcionando espaços para encontros da militância do MST. Entretanto a tecnologia não consegue substituir o contato pessoal, o afeto do abraço, a cumplicidade do estar juntos. Essas foram questões importantes que afetaram a saúde mental não apenas da população do campo, mas também da cidade.

Em um estudo sobre o impacto na saúde mental durante o isolamento social da pandemia da covid-19 a partir de uma revisão integrativa encontrou que a quarentena e o isolamento social durante a pandemia da Covid-19 trouxe inúmeras repercussões para a saúde mental de todos como ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (Gomes; Mathias; Carvalho, 2022). Entretanto, diferentemente da cidade onde ocorreram a maioria dos estudos, as PCFA podem ter algumas possíveis vantagens como contato com a natureza e espaços ao ar

livre, trabalho ao ar livre, maior contato com a comunidade por estarem em áreas mais isoladas, amenizando esses impactos na saúde mental.

Outro fator relatado pelas(os) entrevistadas(os) foi o luto e o medo de familiares que vivem na cidade morrer. É importante considerar que há uma saída dos(as) jovens do campo para cidade, dessa forma, muitas famílias que vivem no campo estão afastadas de filhos(as) e outros familiares. Essa foi uma preocupação para muitas famílias que ficaram afastadas e com medo por seus filhos(as) estarem mais expostos aos vírus nas cidades.

[...] então foi um choque pra gente. Foi medo, porque a gente tem família fora e não gostava quando sabia que tinham alguém com covid, a gente ficava com medo. Porque teve muita morte, morreu muita gente. Então no começo foi assustador (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns (MST-PR) – M11).

O luto também trouxe impactos na saúde mental das pessoas que perderam entes e amigos na pandemia, tendo em vista que além das dores que são intrínsecas à perda de uma pessoa, esse período foi marcado pela ausência de rituais fúnebres o que pode afetar diretamente no processo de viver o luto. É importante destacar que os rituais fúnebres variam de acordo com a cultura e religião e a importância desse momento também está marcada por esses pactos sociais de cada comunidade/território/religião.

Na comunidade quilombola dos Arturos em Minas Gerais, infelizmente, a infecção por covid-19 acarretou a morte do patriarca e matriarca da comunidade, o que casou uma dor coletiva tendo em vista a importância dessas pessoas para comunidade. A perda de duas pessoas importantes ainda foi impactada devido à impossibilidade de realizar os rituais fúnebres internos da comunidade. De acordo Oliveira (2020), a limitação em cumprir os rituais fúnebres estão relacionados a impossibilidade da despedida, nesse sentido a ausência do velório e o caixão lacrado podem “ocasionar sentimentos negativos e complicações no processo de luto, os quais também interferem diretamente na saúde mental dos enlutados” (Oliveira *et al.*, 2020, p. 58).

[...] mas a gente viu que era necessário uma intervenção depois que a gente teve o óbito das pessoas que eram os patriarcas, matriarca da comunidade, foi um baque muito grande até pra mim, enquanto neto, enquanto neto, enquanto profissional de saúde que acompanhou, que indicou o que deveria ir pro médico na hora certa, etc. E eu, enfim, não gosto muito de falar essa parte que algumas críticas muito, muito pesadas pro sistema que a gente precisa fazer, né? Mas a gente criou um grupo de enfrentamento ao luto. Um profissional da psicologia se voluntariou. Então a gente fez esse grupo. Acho que foram quatro encontros. Então, assim. A gente mandou mensagem. Gente, vamos criar um grupo de enfrentamento ao luto. Vejo que muitas pessoas com aquela angústia que você vê aqui, que é do luto, mas só que a gente tem medo que

isso, isso vire algo muito maior e por ter esse medo. A gente teve essa ideia de criar esse grupo de enfrentamento e é o pessoal que participou do grupo, teve, deu um feedback muito, muito positivo, que foi resolutivo. Então assim, eu lembro que meu pai, minha mãe, minha tia participou, que a gente tinha acabado de perder os meus avós e a minha tia mais velha, tipo de covid. Então assim foi um grupo muito necessário nesse momento e outras pessoas da comunidade também... (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3).

Conforme os relatos acima, a perda do patriarca e matriarca da comunidade, por ser uma comunidade familiar, é a perda de um familiar, mas para além disso, é perda de uma parte viva da história, a perda da ancestralidade, a perda de uma rainha e de um capitão, é uma perda da comunidade. É um luto diferente, porque é comunitário, é histórico, é ancestral, e vendo esse enlutamento coletivo, veio a iniciativa de realizar um grupo sobre o luto com um psicólogo voluntário, para auxiliar na compreensão dos significados daquelas perdas e no coletivo viver e ressignificar esse momento.

A população em geral viveu os impactos da covid-19 na saúde mental devido às consequências da pandemia de isolamento social, de morte, de luto. A ansiedade, depressão e estresse também afetaram as PCFA, tendo em vista a necessidade de modificação no seu modo de vida comunitário, na sua organização social e nos seus processos de luta. Entretanto, ao mesmo tempo, foi a organização comunitária, a união, o pertencimento que também foram potência para essas comunidades viverem e superarem esses processos adoecedores, através da fitoterapia, de grupos psicoterápicos, de rodas de conversa online, de encontros dentro das comunidades. As associações e movimentos sociais foram importantes para organizar sua militância e sua população em defesa não apenas da vida, mas da saúde mental, do bem-viver, da qualidade de vida.

## **7 PANDEMIA, EMANCIPAÇÃO E SAÚDE: ORGANIZAÇÃO POPULAR COMO RESISTÊNCIA À NECROPOLÍTICA E NA LUTA PELA GARANTIA DE SAÚDE DAS PCFA**

Como descrito no capítulo anterior, foram diversas iniciativas e ações desenvolvidas através da organização popular durante o período da pandemia com intuito de proteger a vida e promover à saúde das PCFA e da cidade. Com o desmantelamento do SUS e a adoção de uma necropolítica de Estado, as PCFA tiveram que se organizar em seus territórios para buscar resistir frente à vulnerabilização social, ambiental e de saúde a que foram submetidas.

O Estado brasileiro deliberadamente assistiu às mortes durante a pandemia, sem construir de fato políticas públicas e soluções efetivas para garantir a saúde e a vida da população, assim determinando seletivamente “quem iria morrer” e quem tinha o direito de viver (Oliveira; Martins; Silva, 2021). A necropolítica adotada pelo governo brasileiro foi implementada através de discursos que banalizavam a vida e medidas que flexibilizaram a quarentena, o isolamento físico e o distanciamento social, deixando as populações e os grupos mais vulneráveis à mercê da sua própria sorte (David; Nespoli; Lemões, 2020).

Dessa forma, ao negar a gravidade da pandemia, os cuidados em saúde também não foram planejados e efetivados, intensificando-se essa ‘política de morte’ descrita por Mbembe (2018), e voltada contra aqueles que sofrem com a precarização das suas vidas (Mbembe, 2018; Morel, 2021; Santos, 2021). De acordo com Morel (2021, p.4):

[...] essas populações seriam, portanto, um contingente de corpos descartáveis dentro da lógica do sacrifício inerente ao neoliberalismo. Enquanto os movimentos buscam se organizar em ações de apoio mútuo, o Estado não apenas nega o acesso a condições dignas de vida como é perpetrador da ‘necropolítica’ em curso.

Nesse sentido, Santos (2021) afirma que a pandemia acarretou a acentuação das vulnerabilidades e exclusões já existentes e perpetuadas pelas linhas abissais que separam o norte e o sul global, os seres plenamente humanos e os sub-humanos. As linhas abissais determinam os corpos que são descartáveis a partir das exclusões causadas pela exploração capitalista, pela discriminação racial e sexual: mulheres, negros(as), pobres, pessoas com deficiência, povos indígenas, população quilombola, acampados(as) e assentados(as) da reforma agrária, migrantes, entre outros.

Dessa forma, do lado em que estão esses corpos sub-humanos, o coronavírus agravou ainda mais as exclusões abissais que essas populações e comunidades estão constantemente sujeitas, impulsionando uma tragédia humana dessas vidas e comunidades que têm pouco valor

e que são descartadas sem alarme social (Santos, 2021). Diante desse descaso do governo, dessa precariedade e dessa insuficiência de serviços públicos para a garantia dos direitos de cidadania previstos constitucionalmente, a pandemia gerou, nesses povos e corpos sub-humanos, a organização popular autônoma e participativa em seus territórios e que expressaram resistência frente à vulnerabilidade social que as afligia (David; Nespoli; Lemões, 2020).

Os movimentos sociais e a sociedade civil organizada reconheceram a pandemia de covid-19 como um caso de saúde pública o que reverberou em diversas iniciativas que “[...] buscaram adotar um posicionamento de confronto com o Estado ao engajarem estratégias de prevenção e combate eficazes e concatenadas com as necessidades locais, que foram fundamentais para o enfrentamento da pandemia pelas comunidades” (Santos *et al.*, 2021, p. 769).

Instituiu-se sistemas de cuidado em saúde, estratégias de vigilância popular em saúde e de educação popular em saúde nos territórios e nas comunidades, articulando uma rede não apenas de cuidado, mas de apoio social “coordenada pela solidariedade das pessoas em prover as condições mínimas para a manutenção da vida, como a higiene e a alimentação” (David; Nespoli; Lemões, 2020, p. 265). Ainda de acordo com o autor “[...] as redes de apoio geram efeitos de reciprocidade, entre o doar e o receber, permitindo mais sentido na gestão da vida comunitária, ao mesmo tempo em que contribui para a manutenção da saúde” (David; Nespoli; Lemões, 2020, p. 265).

As ações de cuidado em saúde organizadas nos territórios dessa pesquisa também foram pautadas em princípios solidários, na gestão da vida comunitária e na defesa da vida. Nesse sentido, a responsabilidade sobre a saúde e os direitos sociais deixou de ser individual e tornou-se comunitária. A potência do cuidado em saúde estava no coletivo, e, por isso, a preocupação de que valores como a solidariedade fossem a base das iniciativas construídas pelos movimentos sociais e associações.

[...] e a gente, assim, como diz um companheiro nosso, **diante de um governo genocida, assassino, levantar a bandeira da solidariedade, pra ele é uma afronta né.** O que ele quer, é que a população morra, que o povo pobre morra. Então, e a gente não pensa dessa forma. Pelo contrário, a gente quer que as pessoas, o povo, viva. Então, por isso a gente e, e foi dessa forma que a gente sendo solidário, fazendo ações de solidariedade, recebendo ações de solidariedade, a gente conseguiu passar por esse momento de pandemia, estamos passando na verdade (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive – MST/SP - M9).

Como relatado na fala acima, diante de uma necropolítica executada pelo governo, as organizações populares e os movimentos sociais apostaram no resgate da solidariedade para buscar alternativas de sobrevivência à pandemia, tentando driblar todas as iniquidades preexistentes na ordem social, econômica e sanitária e de modo a amenizar a desassistência estatal na resposta à crise (Santos *et al.*, 2021). A pandemia, através da organização popular colocou em xeque a ideologia neoliberal que ao longo do últimos anos não se limitou em agravar as desigualdades sociais e intensificar a ideologia do individualismo (Santos, 2021).

De acordo com Santos (2021), a solidariedade e a cooperação social foram retiradas da esfera pública e o capitalismo da filantropia voltou a prosperar como instrumento para legitimar os ganhos e a acumulação de riquezas cada vez mais desproporcionais. Entretanto, perante as dificuldades e sofrimento causados pela pandemia, as comunidades e os movimentos sociais se organizaram mesmo nas condições mais adversas, de modo a garantir a proteção minimamente eficaz de seus membros (Santos, 2021). Ainda de acordo com o autor, as comunidades na pandemia “[...] mostraram que os valores de solidariedade, da ajuda mútua, da cooperação e da reciprocidade continuam vivos, particularmente entre as classes mais pobres” (Santos, 2021).

Para além dos valores de solidariedade e cooperação, a organização popular na pandemia proporcionou um maior comprometimento no espaço das associações, assentamentos e acampamentos na luta por saúde e por direitos. Nesse sentido, organização popular foi emancipatória, tendo em vista que essa luta gerou uma mobilização comunitária e uma formação política, que tornou os coletivos mais fortes para construir a luta por direitos.

[...] o legado que a pandemia deixa e que **apesar de a gente ser inviabilizado, de ser esquecido e de ser jogado pra escanteio, quando a gente se une e caminha com as nossas próprias pernas, as coisas acontecem, sabe?** Eu consigo perceber agora muito mais nítido que quando a gente espera que o poder público ou sei lá onde, enfim, e quando a gente espera do outro não acontece. A gente tem que se mobilizar e fazer isso enquanto comunidade, sabe? Porque é complicado. Se a gente não tivesse feito tudo o que a gente fez, teria sido muito pior, muito pior mesmo (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3).

[...] olha a importância da associação, vou dizer agora. É as pessoas se organizar. Dá valor, dá crença aquilo que chega. E se organizar pra não chegar no ponto final, pelas perseguições que nós já passamos para trás. A coisa certa é que aperta pra todo mundo, aperta para quem tem, para quem não tem fica pior. Mas a gente com jeitinho, se organizando, tudo vai da organização. Agora, se você não dar importância, nada vai minha filha, nada vai... **você tem que ir para luta, você tem que se organizar, e ver o que merece, o que falta, e não ter vergonha de falar do que precisa.** A gente tem que se organizar, é tudo na torcida, na associação, ir à luta, não se desesperar porque o povo passa perrengue, passa, mas a gente tem que ir a luta. [...] mas a gente

já passou tanto vida que hoje realmente a coisa é difícil, a briga está grande, que esses Governo levantando coisa, tirando o povo dos empregos, desempregado. Uma luta grande. Tá difícil? Tá, mas você vê o povo que chega lá com luta, com fala... a gente passa coisa ruim? Passa. Mas a gente se organizando chega lá. Junto lutando pelos nossos objetivos. Agora se parar tudo minha filha, acabou. (Presidenta da Associação Quilombola de Caluete (PE) – Q1)

[...] é isso aí, é exatamente uma universidade, por que não sonhar? Eu acho que a vida do ser humano só tem sentido se eles sonhar, se o ser humano não sonha e eu sei lá, eu acho que a vida perde o sentido, se o ser humano não sonha. Então essa **associação de Serra Verde, os moradores precisam sonhar. Eu sou é a carruagem para a realização...** (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – Q2)

As falas acima trazem reflexões importantes que ocorreram no âmbito dessas associações quilombolas a partir da organização popular e da luta pela sobrevivência na pandemia. As falas são atravessadas pela potência existente nessa luta coletiva, e trazem reflexões importantes: ao conquistar a vacina prioritária para a população quilombola, por que não sonhar e lutar por outros direitos que são essenciais e que até hoje não foram concretizados? A mobilização também parte dessa necessidade de tensão com o poder público para “quebrar” essas linhas abissais que separam aqueles “esquecidos”, aqueles que não são dignos dos direitos sociais, aqueles que não são dignos de viver.

A conscientização sobre classe, gênero, raça e colonialidade também aparecem nas falas. As comunidades quilombolas estão reescrevendo sua história e sua luta em uma perspectiva decolonial e feminista. As mulheres apareceram nesse estudo como as principais líderes comunitárias e mobilizadoras sociais. É importante destacar que as mulheres seguem sendo as principais responsáveis pelo cuidado em saúde, mas também elas vêm ocupando os cargos de liderança dentro das associações e movimentos sociais.

O MST também tem como lema que saúde é ter capacidade de lutar e, por isso, a formação política e a organização popular fazem parte da organicidade do movimento. Por isso, é importante ressaltar que as ações e iniciativas do MST, tanto nos seus assentamentos e acampamentos como em suas brigadas de solidariedade nos centros urbanos, tinham como princípio e horizonte estratégico a organização política e a continuidade da luta por saúde e por direitos sociais.

A gente sempre teve essa clareza né, de que a ação que a gente iniciou, foi uma ação assistencialista de imediato, de emergência mesmo né, mas o movimento tem um horizonte estratégico, sabe o que é a construção de força social, como necessariamente a gente organiza as pessoas e que saúde “é a

capacidade de lutar” né. Esse é o lema do MST: ter Saúde é ter a capacidade de lutar contra tudo que nos oprimi. Então ter a capacidade de lutar pressupõe formação política, organização popular e luta né, esse tripé (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

[...] o que a gente está planejando para esse ano, agora em maio, ver se a gente consegue fazer isso, para a gente pensar nos próximos passos também e o quanto assim, não vou dizer que se pode dizer que tem algo de positivo, mas também serviu para a gente ter essa reflexão interna, desse papel da saúde pra dentro dessas população de campo, água e floresta. Pra quem ainda tinha dúvida o quanto é importante a defesa e o cuidado do Sistema Único de Saúde que com tudo que esse governo fez se não fosse o SUS o que seria no nosso país. Então isso foi um despertar para quem ainda estava adormecido nesse processo da importância do SUS, da importância da saúde, da importância de cuidado, tanto quanto individuo quanto coletivo e isso está...isso nos provocou, nos instigou bastante, para a gente seguir nesse processo de defesa. E é isso que nós estamos fazendo. E agora, é claro, esse ano é um ano bem atípico também com as eleições e também com uma pandemia que ainda não terminou, com todos os interesses que tem por trás de tudo isso. A gente está tendo que discutir e debater para que a gente consiga ir avançando e fortalecendo nosso Sistema Único de Saúde e cada vez mais, como é que a gente consegue fazer essa informação chegar à nossa base, a nosso povo, que não tem esse acesso a uma boa informação, a um bom conhecimento que é essa a nossa... o nosso desafio constante. Quando o nosso povo está unido e instruído bem, eles vão saber se defender também e saber se cuidar... (Liderança Nacional de Saúde MST - M10)

As falas descritas acima também demonstram que atuação do MST tem como horizonte estratégico a continuidade de luta, porque lutar é essencial para ter saúde, para construir uma sociedade mais justa e para romper com as dominações e desigualdades provocadas e intrínsecas ao capitalismo, colonialismo e patriarcado. A liderança nacional de saúde do MST também relembra em sua fala a necessidade da defesa do SUS e do fortalecimento da política de saúde direcionada para o campo, floresta e água.

As mobilizações para sobreviver ao coronavírus foram populares, construídas pelo povo e pelas comunidades. De acordo com Santos *et al.* (2021), entre as abordagens de governança comunitárias, o modelo em que as comunidades são mobilizadoras são os mais prováveis de construir uma resiliência comunitária duradoura, pela capacidade de resistir e se recuperar de situações relacionadas a tensões externas. Esse modelo tem como pressupostos que as próprias comunidades são quem “[...] identificam suas próprias necessidades, projetam e implementam soluções de maneira amplamente independente e buscam apoio externo apenas para cobrir lacunas relacionadas a recursos ou experiências para implementação das ações locais” (Santos *et al.*, 2021, p. 771). Na pandemia, as mobilizações foram em grande parte comunitária, e por isso, essas mobilizações também potencializaram a continuidade da luta.

Além disso, a organização popular e a pandemia evidenciam a importância dos sistemas públicos e universais de saúde, mas que garantam também o direito à moradia, à alimentação, à renda, ao trabalho, ao saneamento e ao lazer. Desse modo, a continuidade da luta é necessária para defender um SUS universal, integral e de qualidade. Além disso, a organização popular é importante para a participação nas instâncias de controle social do nosso SUS: Conferências e Conselhos de Saúde.

As organizações populares devem seguir atuando nas suas bases e comunidades, mas também ocupando esses espaços institucionalizados para garantir que o Estado se responsabilize pelos direitos sociais. De acordo com Valla e Stotz (1989) as entidades populares devem manter sua independência e manter as formas de luta que lhe são próprias, mas garantir também a ampla participação das massas nas instituições do estado destinadas prioritariamente a atender as necessidades da classe trabalhadora. Nessa perspectiva, “a participação popular pode significar uma prática transformadora” (Valla; Stotz, 1989, p. 13).

Portanto, o associativismo, por meio da organização popular, dos movimentos sociais e das associações, foi essencial para a garantia de saúde da PCFA e também da população das cidades durante a pandemia, através de iniciativas de vigilância popular em saúde, educação popular em saúde, de segurança alimentar e nutricional, práticas tradicionais e populares de cuidado em saúde e promoção da saúde mental.

Para além dessas iniciativas, a solidariedade, formação política e a produção agroecológica permearam uma prática emancipatória de saúde, tendo em vista que foram pautadas em valores democráticos, rumo à “sustentabilidade e à justiça social, sanitária, ambiental e cognitiva” (Porto, M. F. de S., 2019). Esses valores fomentaram uma formação política emancipatória nas comunidades como forma de produzir saúde e romper com as linhas abissais de dominação do capitalismo, colonialismo e patriarcado.

De acordo com Porto (2019), a perspectiva emancipatória da saúde deve ser pautada no diálogo e na troca de saberes, compreendendo a cultura, espiritualidade e natureza como um direito fundamental da dignidade humana e dos povos tradicionais. As ações emancipatórias de saúde no contexto rural devem abarcar as singularidades das PCFA que apresentam uma diversidade de vivências, organizações sociais, linguagem, modos de fazer e compreender a saúde e a sociedade, tendo seus conhecimentos e cuidados com base na sabedoria popular (Krefta, 2017).

Nesse sentido, as iniciativas realizadas através da organização popular foram além de ações de proteção ao vírus e sobrevivência, mas atuaram em uma perspectiva emancipatória de

saúde construindo um diálogo entre as concepções biomédicas ocidentais e os conhecimentos tradicionais e populares. Foram iniciativas direcionadas para descolonização da saúde na medida que foram construídas a partir da organização social e dos saberes tradicionais das PCFA, incluindo iniciativas de cuidado coletivo, práticas tradicionais e populares de cuidado, respeito ao meio ambiente e produção de alimentos agroecológica.

## 8 CASO 1: MOVIMENTO SEM TERRA

Para iniciar a discussão de caso do MST, primeiramente, será apresentada brevemente a sua história e como funciona a organização do movimento. O MST tem uma longa história de luta pela reforma agrária no Brasil. A fundação do movimento foi em 1984, mas a sua história inicia nos anos 1970 quando eclodiram diversas lutas de camponeses e camponesas pelo país em busca da reforma agrária e que influenciaram na construção do MST (Martins, 2022; Morissawa, 2001).

A mecanização e modernização do campo foi parte da política agrária difundida no Brasil em 1970, mas sem a reforma agrária essa política acabou prejudicando ainda mais as condições trabalhistas e de subsistência dos trabalhadores(as) rurais. O Estatuto da Terra<sup>15</sup> ficou apenas no papel e com a implementação dos maquinários agrícolas muitos trabalhadores foram substituídos por máquinas e com o aumento da produção ficou difícil para os pequenos agricultores competir com esses latifúndios (Morissawa, 2001).

Com o processo de acumulação de capital na agricultura e expulsão dos camponeses(as) das fazendas, iniciou-se a organização de classe dos(as) trabalhadores(as) rurais, a luta por uma reforma agrária radical e pela garantia dos direitos trabalhistas no campo. Entre as primeiras organizações do campo está a Liga dos Camponeses, organizada entre 1955 e 1964, que teve um papel importante na organização e na luta camponesa e pela reforma agrária (Martins, 2022). A Liga dos Camponeses teve grande influência na criação do MST.

Outra organização importante foi a Comissão Pastoral da Terra (CPT), criada em 1975, ligada a Igreja Católica, e que teve papel importante durante a ditadura militar dando apoio aos camponeses e camponesas em suas lutas. A CPT teve e tem um papel importante ainda na assistência a população do campo, da floresta e das águas, principalmente, nos locais com conflitos pela terra (Morissawa, 2001).

---

<sup>15</sup> O Estatuto da Terra regula os direitos e obrigações concernentes aos bens e imóveis rurais, para os fins de execução da Reforma Agrária e promoção da Política Agrícola. Regulamentada pela lei nº 4.504, de 30 de novembro de 1964, considera a Reforma Agrária um conjunto de medidas que visem a promover melhor distribuição da terra, mediante modificações no regime de sua posse e uso, a fim de atender aos princípios de justiça social e ao aumento de produtividade. É no Estatuto da Terra que foi definida a função social da terra e que institui a desapropriação de minifúndios ou latifúndios que não estiverem de acordo a função social da terra. Ainda conforme a Lei, a propriedade da terra desempenha integralmente a sua função social quando, simultaneamente: a) favorece o bem-estar dos proprietários e dos trabalhadores que nela labutam, assim como de suas famílias; b) mantém níveis satisfatórios de produtividade; c) assegura a conservação dos recursos naturais; d) observa as disposições legais que regulam as justas relações de trabalho entre os que a possuem e a cultivem (Brasil, 1964)

O MST inicia com a luta por terras na região sul do país, no estado do Rio Grande do Sul, onde em 1962, 5 mil pessoas acampavam na periferia da Fazenda Sarandi, em busca de terra para assentar os(as) Sem Terra da região. Enquanto isso, em outros estados como Santa Catarina, Paraná, Mato Grosso e São Paulo, os(as) Sem Terra também se uniam na luta pela reforma agrária através da organização dos trabalhadores rurais e da formação de acampamentos para pressionar o Estado a assentar os(as) camponeses(as) Sem Terra (Morissawa, 2001).

A partir de 1981, a CPT começou a organizar encontros com as lideranças da luta pela terra de todo país. Os principais encontros que constituíram a base do 1º Encontro Nacional dos Sem-Terra foi Encontro Regional Sul (1982) com lideranças do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Mato Grosso do Sul, e Seminário em Goiânia, com a participação de 22 agentes da pastoral e 30 lideranças de ocupação Sem Terra (Morissawa, 2001).

O 1º Encontro Nacional dos Sem-Terra ocorreu no Paraná e deu nascimento ao MST. O evento ocorreu em janeiro de 1984 e estavam presentes trabalhadores e trabalhadoras rurais de 12 estados brasileiros: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Bahia, Pará, Goiás, Rondônia, Acre e Roraima. Foi nesse evento que ocorreu a fundação do MST, movimento organizado de camponeses e camponesas sem terra de alcance nacional e voltado para à luta por terra e pela reforma agrária. A partir de 1985, o MST se expandiu pelas demais regiões do país, e no final da década de 1990, o movimento estava organizado em 23 estados do Brasil (Morissawa, 2001).

Para entender um pouco da organização do MST nesses diversos anos, é preciso compreender as formas de luta construídas na base pelos trabalhadores e trabalhadoras. As ocupações são uma das formas de luta mais conhecidas do movimento. As ocupações são muitas vezes denominadas erroneamente de invasões, este termo tem base no capitalismo neoliberal com ancoragem na propriedade privada. É um termo difundido pela imprensa e construído socialmente fundado na pactuação de valores morais como a propriedade privada e na concentração de riquezas, e que afeta, principalmente, as lutas sociais como a luta por terra do MST.

Já legalmente, invadir seria tomar a terra por interesse e benefício particular, ao contrário disso, o MST ocupa terras para que estas cumpram sua função social conforme está prevista na legislação brasileira. As terras ocupadas devem ser, por princípio, terras griladas, latifúndio por exploração, fazendo improdutiva ou área devoluta. Dessa forma, a ocupação é

utilizada pra pressionar os governos a cumprirem com as leis estabelecidas na Constituição do país.

Outra forma de organização do MST são acampamentos e assentamentos do movimento. Os acampamentos fazem parte das estratégias de luta do MST. O período de acampamento se caracteriza como um momento de transição ou de passagem, pois tem como objetivo: quando “provisório” chamar a atenção das autoridades e quando “permanente” de que as pessoas fiquem acampadas até serem assentadas pelo governo (Figueiredo; Pinto, 2014; Morissawa, 2001). O acampamentos podem ser construídos na área que se pretende transformar em assentamento, ou à margem de rodovias, do lado de fora das fazendas, etc (Figueiredo; Pinto, 2014).

Os acampamentos são organizados sob a lógica da participação de todos nos processos decisórios, divisão de tarefas e direção coletiva. A primeira organização é a constituição de Núcleos de Base (NB) compostos por 10 a 30 famílias. Os NB se organizam para garantir os serviços de alimentação, saúde, educação, religião, lazer, produção, entre outros serviços necessários para o funcionamento e manutenção do núcleo e do acampamento. Além disso, sempre há um sistema de coordenação participativo e organizado pelo acampamento, incluindo os líderes de cada NB, assembleias gerais, entre outras formas de participação democrática (Morissawa, 2001).

Já os assentamentos são considerados um momento em que a terra já foi ‘conquistada’. Por isso, esse momento se caracteriza por organizar uma nova comunidade. Os assentamentos são uma resposta do Estado à pressão exercida pelos movimentos sociais demandantes por reforma agrária (Figueiredo; Pinto, 2014). O assentamento é a terra conquistada, dividida em pequenas propriedades e compartilhada entre os trabalhadores rurais militantes do movimento (Morissawa, 2001).

As famílias assentadas vivem, trabalham e produzem principalmente alimentos, e tem como objetivo principal a soberania alimentar, ou seja, garantir a produção de alimentos saudáveis, acessíveis ao povo brasileiro, seja em nível municipal, estadual ou nacional. Além disso, os assentados também recriam socialmente esse território através das Escolas do Campo, das práticas populares de saúde, rádios comunitárias e da cultura popular, nos municípios, regiões e estados onde estamos inseridos (MST, 2023a).

Conforme os princípios de organização do MST, os assentamentos devem buscar uma unidade produtiva e também um núcleo social, ou seja, é importante que os assentados se mantenham organizados e convivendo para fortalecer os laços, seguir na luta, sempre atuando

em coletividade. Espera-se que haja cooperação na produção agrícola para gerar maior renda e garantir o sustento de todos integrantes do movimento (Morissawa, 2001).

Em relação a estrutura organizacional, há assembleias nos acampamentos e assentamentos para decisões coletivas onde todos têm direito ao voto. São escolhidos coordenadores e as coordenadoras para representar cada acampamentos e assentamento, assim como nas representações em nível regional, estadual e nacional. Um aspecto importante é que as instâncias de decisão são orientadas para garantir a participação das mulheres, sempre com dois coordenadores/as, um homem e uma mulher. Nas instâncias nacionais, o maior espaço de decisões do MST são os Congressos Nacionais que ocorrem, em média, a cada cinco anos. Além dos Congressos, a cada dois anos o MST realiza seu encontro nacional, onde são avaliadas e atualizadas as definições deliberadas no Congresso (MST, 2023b).

O MST encontra-se espalhado por todas as regiões do território brasileiro, atualmente o MST conta com 400 mil famílias assentadas e 70 mil famílias acampadas. São objetivos do movimento a luta pela terra, a Reforma Agrária e uma sociedade fraterna que tenha direitos garantidos. Além disso, o MST cotidianamente, busca enfrentar em seus territórios o patriarcado, o machismo, a LGBTfobia e o racismo, e garantir condições às mulheres e a juventude como sujeitos políticos da construção desses territórios (MST, 2023a).

Em relação a produção, o MST atua junto aos(às) camponeses(as) no compromisso em produzir alimentos saudáveis para o povo brasileiro. A produção do MST é fruto da organização de cooperativas, associações e agroindústrias nos assentamentos, desenvolvendo a cooperação agrícola como um ato concreto de ajuda mútua que fortaleça a solidariedade e potencialize as condições de produção das famílias assentadas, e que também melhorem a renda e as condições do trabalho no campo. Ademais, as famílias Sem Terra vêm trabalhando na consolidação da Agroecologia, a partir da construção de novas relações ser humano-natureza, produzindo formas saudáveis de manejar a produção ao mesmo tempo em que se cuida dos bens comuns dos povos (água, terra, biodiversidade, ar) e também da saúde dos trabalhadores rurais. Atualmente, mais de 50 mil famílias integrantes do Movimento Sem Terra implementam práticas agroecológicas (MST, 2023a).

Para essa pesquisa foram visitados acampamentos e assentamento do MST. Foram visitados seguintes assentamentos: Assentamento Virgulino Ferreira (Pernambuco), Assentamento João Teixeira (Pernambuco), Assentamento Che Guevara (Pernambuco). Além disso, foram visitados os acampamentos: Acampamento Marielle Vive (São Paulo) e Acampamento Zilda Arns (Paraná). Além da visita nesses locais também foram entrevistadas

lideranças nacionais, estaduais e locais. O próximo capítulo irá abordar como foi a organização nacional do MST para o enfrentamento da pandemia.

## 8.1 ORGANIZAÇÃO NACIONAL DO MST PARA COMBATE AO VÍRUS

Quando começou o período da pandemia o movimento tinha acabado de voltar do encontro das mulheres e foi no retorno desse encontro que apareceu o primeiro caso de covid-19 dentro do MST. Foi a partir desse caso que ocorreu a primeira reunião dentro do movimento para pensar qual seria a organização diante dessa situação de crise sanitária. A partir daí foram convocados todos os médicos, os bruxos e as bruxas, os técnicos, os enfermeiros, diversos integrantes do setor saúde do movimento para formar um grupo e pensar quais ações e orientações norteariam o movimento nesse momento de crise sanitária.

A partir desse grupo, primeiramente, foi organizado não apenas uma circular, mas uma orientação geral, baseadas nas informações que estavam sendo divulgadas pela ANVISA e pela OMS, sobre o que era esse vírus, como era a forma de transmissão e prevenção ao vírus da covid-19. A partir desse levantamento de informações foi organizado as primeiras orientações que iriam nortear a base do movimento naquele momento.

Uma das decisões do movimento foi optar por interromper novas ocupações buscando evitar a propagação do vírus. A avaliação do movimento constatou que no momento não seria adequado fazer novas ocupações, mas seria melhor o movimento se centrar e se voltar internamente para pensar em uma linha de produção e de cuidado em saúde. Nesse sentido, as campanhas do MST na pandemia focaram em evitar o despejo dos acampamentos já existentes, em ações de proteção ao vírus em todos os assentamentos e acampamentos do movimento e em ações de solidariedade.

[...] eu acho que foi um movimento muito acertado, nesse momento, centrar a força do povo nesse processo da produção e não no processo de ocupação nesse momento. E não colocar a nossa militância em risco também. Corre risco de ser infectado, correr risco de perder vidas. Então foi o mais acertado nas nossas avaliações (Liderança Nacional de Saúde MST - M10).

Além disso, foram organizados um grupo de médicos para realizar plantões online. Dessa forma, cada estado tinha dois, três ou quatro médicos que disponibilizaram o WhatsApp junto com a direção do setor de cada estado. Assim qualquer questão de saúde ou dúvidas que surgiam nas bases do movimento, era possível enviar uma mensagem para o setor do estado que entrava em contato com o médico. E o médico entrava em contato com as pessoas quando

necessário para realizar a orientação correta, por exemplo, se era o caso de ir para o hospital ou de ficar em casa em isolamento.

Ao mesmo tempo, internamente, o setor de saúde do MST começou a formar um grupo de médicos para se dedicar a estudar e a acompanhar o que era realmente o vírus de covid-19. O objetivo desse grupo era poder trazer informações corretas para o movimento e combater as fakenews que estavam sendo divulgadas nas redes sociais e também pelo governo e pelo então presidente Jair Bolsonaro.

[...] mas foi mais difícil esse enfrentamento as fake news que o governo fazia, porque uma coisa é o acesso que o nosso povo tem das informações que quando recebem, seja um presidente falando ou o Ministério de Saúde, que a gente tem um histórico do que era o Ministério de Saúde, um presidente e diversos ministros falando uma coisa totalmente contrária. Então era quando você tinha que fazer essa comprovação científica, de estar combatendo essas fake news. Aí foi o papel dos nossos médicos, foi fundamental nesse sentido, que era isso, buscar essa informação correta (Liderança Nacional de Saúde MST - M10).

Com essas informações formuladas por esse grupo de trabalho, foi possível transformá-las ou traduzi-las em uma linguagem acessível para que todos e todas militantes pudessem compreender. Foram realizadas ações com setor de comunicação do MST para divulgar essas informações e as medidas de prevenção ao vírus. As ações contaram com programas para divulgar informações sobre a pandemia e sobre como se proteger e prevenir do vírus de covid-19. Entre os programas tinha toda segunda-feira um programa chamado “Bom-dia companheirada” que trazia informações apenas sobre o tema de saúde, ademais toda sexta-feira o movimento contava com uma live que abordava o tema de saúde com especialista do MST trazendo informações sobre a covid-19. Além disso, foi tomado como medidas e orientado pelo movimento que todos os programas do MST, tudo que o MST fosse fazer deveria ter os minutos de orientações sobre a covid-19 no início, no meio e no fim, alertando sobre o coronavírus.

Ao mesmo tempo que eram realizadas essas ações de divulgação em nível nacional, o movimento também avaliava a efetividade dessa comunicação em cada região. O movimento começou a perceber que não adiantava passar uma circular, orientação nacional, quando chega em tal lugar ou região no país as pessoas não estavam entendendo ou não fazia sentido para aquela população. Por isso, foi iniciado outras estratégias para melhorar a compreensão de todas e todos militantes do movimento. Nesse sentido, foram utilizadas linguagens a partir da realidade de cada região, da cultura, dos costumes e das tradições.

[...] a gente foi vendo que teve lugar que mandávamos áudio todos os dias, contratamos programa de radio locais para passar essas informações, teve

lugar que nós fizemos cartazes e pregamos nos assentamentos para deixar lá, teve local que as pessoas reproduziram *cards* a partir de sua linguagem e de seu entendimento local (Liderança Nacional de Saúde MST - M10).

Essa questão de divulgação de informações e orientações para a base do movimento, foi muito importante no processo da vacinação da covid-19. Quando a vacina chegou os integrantes da saúde começaram a ir para os territórios para conscientizar que todo mundo teria que vacinar. Na questão da vacina, o negacionismo estava muito forte e afetava o povo que tinha medo de se vacinar. Então foi iniciada uma campanha forte para vacinação. Essa campanha continuou para as crianças da mesma forma. E com toda essa ação de educação, o movimento teve um número expressivo de pessoas que se vacinaram.

Outro desafio que a covid-19 trouxe para o movimento foi o uso tecnologia. Dessa forma, o movimento teve que investir para que todos e todas as militantes tivessem acesso ao mundo online. Essa parte foi um desafio muito grande para o movimento, mas foi necessário para seguir a organização, continuar as reuniões e seguir monitorando os territórios. Foi necessário organizar espaços nos assentamentos com internet, computadores, para que todos os locais tivessem acesso e comunicação.

[...] imagina que a gente tem a dificuldade de estar no campo, tem lugar que não tem acesso a internet, então o MST teve que se reinventar com isso, contratar plataforma de zoom para a gente começar a se adaptar a esse processo. (Liderança Nacional de Saúde MST - M10).

Outro processo importante do MST foi a articulação com outros movimentos sociais e universidades da América Latina. Nesse sentido, foram realizados seminários latino americanos com algumas universidades da América Latina para discutir sobre a covid-19 na América Latina. Nesses eventos foi possível realizar trocas com outros movimentos sociais e universidade de outros países, onde o MST compartilhou o seu processo de organização e sua visão da realidade brasileira no contexto do campo, mas também aprendeu com a realidade dos outros países da América Latina. Ademais, alguns sindicatos e alguns comitês latino americanos foram criados especificamente para covid e o MST pode contribuir a partir da sua realidade e da sua experiência. Ao mesmo tempo que também foi aprendendo com a estratégica de cada movimento e de cada realidade, trazendo esse aprendizado para dentro do MST e da sua organização.

Outro ato organizado nacionalmente foi o gabinete de crise, que era composto pelas direções nacionais das grandes regiões para discutir estratégias de como evitar que a covid-19 chegasse nos territórios do MST. Os epicentros da pandemia iniciaram nos grandes centros e

capitais e depois foram se disseminando para os interiores. Então, a pandemia de covid-19 demorou para atingir os territórios do MST, o que possibilitou a formação desse gabinete para pensar em ações que evitassem a disseminação do vírus nos territórios, porque o movimento sabia que quando chegasse ia ser muito complicado devido ao modo de vida nos assentamentos e acampamentos do movimento e como as pessoas convivem e se organizam dentro desses territórios.

Além disso, por mais que o SUS tenha uma capilaridade grande a partir da APS, os vazios assistenciais se encontram predominantemente no campo. O MST compreende que essa falta ou dificuldade de assistência no campo é um processo histórico que nunca foi totalmente resolvido. E na medida em que se estruturou um governo como do presidente Bolsonaro, a situação ficou ainda pior tendo em vista que esse governo não renovou o convênio com o Programa Mais Médicos que estavam garantindo essa assistência no campo de forma diferenciada do que a história do Brasil conseguiu garantir. Conforme a Liderança Estadual do Setor Saúde de Pernambuco (M4):

[...] então isso já era uma preocupação. É um governo neofascista com clara intencionalidade de enfim... de criminalizar os movimentos. Foi muito anunciado né... e de sufocar a população com corte de política social para o campo e isso já era uma preocupação né. E para dentro da saúde pública então a gente já começa a pandemia assim com esse nível de preocupação e não é uma coisa que a gente tinha uma resposta de imediato né... E como o movimento digamos assim garantiria alguma linha de atuação para dentro da militância da sua base? Então foi trocar o pneu com a roda andando e tentando encontrar, olhando para outras experiências né, mas sendo muito criativo... (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4)

Nesse sentido, o movimento, com o Gabinete de Crise, se pergunta: como orientar a sua base no campo para proteger a sua vida? Então o movimento tinha desde o início a preocupação não só com a saúde do seu povo, mas também com um adoecimento a partir do contexto social que a covid impunha, com as condições materiais para se permanecer vivo e atender as orientações sanitárias. E a partir dessa realidade o movimento começou a se organizar para chegada da pandemia e todas as consequências que as medidas de prevenção ao vírus poderiam causar na sua base.

Como a pandemia demorou para chegar aos municípios pequenos próximos aos assentamentos e acampamentos, as pessoas não se cuidavam como deveria. E começou a fuga, de todo mundo que tinha algum conhecido sair das grandes capitais para ir para os interiores. Nesse contexto, foi pensado como estratégia do movimento que seria necessário fechar os assentamentos e acampamentos do movimento, ou seja, fazer barreiras sanitárias. Em alguns

locais também foram criados *lockdowns* para evitar a locomoção desnecessária, ou seja, as pessoas só iam pra cidade se fosse extremamente necessário, quando fosse para comprar as coisas complementares para os assentamento, e não precisaria ir todas as família ou todas as pessoas do local, por exemplo elegiam duas ou três pessoas que dessem conta da demanda geral do assentamento.

[...] cuidar de quem sai todos os dias para trabalhar no município e volta para dentro do assentamento, fazer aquela fiscalização mesmo de quem entre e quem sai, de ter álcool em gel, água com sabão, e daí foi uma experiência muito bacana que cada um foi adaptando a realidade e as condições que tinha local. Então em muitos lugares funcionaram e outros não funcionaram dessa forma também, mas foi uma medida muito bacana (Liderança Nacional de Saúde MST - M10).

Para organizar essas estratégias no território, cada estado tinha um grupo de direção do setor de saúde que discutia todas as semanas a covid, o que era poderia ser feito para garantir a saúde e o bem-estar das pessoas nos acompanhamentos e assentamentos segundo suas realidades. Além disso, essa direção estadual ia monitorando os casos de covid-19 e a progressão da doença em todos os territórios do movimento. Esse acompanhamento ia sendo realizada para embasar as decisões de cada região, por exemplo, se era necessário realizar barreira sanitária, quais melhores medidas para barrar a proliferação do vírus.

E durante esse momento também, junto com os movimentos Periferia Viva e Mãos Solidárias, foi construído os Agentes Popular de Saúde e os Agentes Popular de Saúde do Campo no qual esses(as) agentes eram líderes comunitários que estavam sendo formados para serem cuidadores(as) e mobilizadores(as) de luta pelos direitos sociais. Esses agentes foram formados para monitorar e cuidar de quem vive no seu território, e além disso, era a pessoa responsável por coletar e munir o movimento de informações e de dados sobre a covid no território. Então foram montadas turmas em quase todos os 24 estados em que o movimento está organizado atualmente.

Hoje o MST tem um projeto com a FIOCRUZ-Pernambuco, para o Nordeste, para que os Agentes Populares de Saúde do Campo sejam reconhecidos pelo Estado e façam parte da rede de atenção à saúde da população do campo, que está em sua maioria desassistida. E na região amazônica, o estado está dando continuidade ao projeto também. Conforme as lideranças do movimento, atualmente o objetivo é que o projeto dos Agentes Popular de Saúde do Campo ultrapasse o período de pandemia e seja efetivado como uma política pública de saúde para a PCFA.

Além disso, as lideranças do movimento começaram a perceber que em meados de 2020 começou a aumentar drasticamente o número de casos de adoecimento mental dentro do MST. O povo integrante do movimento está acostumado ao afeto e ao calor de todo mundo estar junto; a convivência, solidariedade e a coletividade são valores difundidos dentro movimento. Por isso, ter que ficar dentro de casa, não conviver com as outras pessoas dentro do próprio assentamento e acampamento, começou a gerar um processo de muito adoecimento mental.

Nesse sentido, o movimento pensou em algumas medidas para atenuar esse sofrimento, já que o povo estava em quarentena em suas casas, mas não estava acostumado a ficar parado e quieto. Uma das ideias tiradas foi organizar a produção de alimentos para solidariedade. Essa era uma forma da militância estar no campo e ao mesmo produzindo alimentos que fossem rápidos para ajudar a alimentar as pessoas que estavam em insegurança alimentar tanto dentro do movimento como nas cidades e nas áreas rurais.

Além da solidariedade, a produção foi pensada para auxiliar na questão do acesso à renda, da segurança alimentar e nutricional no espaço dos assentamentos e acampamentos e também na questão da fome no país. O que todo trabalhador queria saber era como garantir o acesso a renda ficando em casa? Por isso, o movimento incentivou que os assentamentos e acampamento plantassem, quando possível, através da plantação agroecológica, para garantir uma alimentação diversa do seu povo, além de doar uma porcentagem para as ações de solidariedade e também para a venda dos produtos.

Em conjunto com isso, foi incentivado a plantação de ervas medicinais, ervas que pudessem fortalecer as pessoas e seu sistema imunológico. Por isso, foi repassado ervas e plantas medicinais importantes para fortalecer o sistema imunológico, ervas para auxiliar no processo de gripe. O conhecimento foi sendo passado e incentivado em todos os assentamentos e acampamentos do movimento.

Outra preocupação do movimento foi de fortalecer o cuidado coletivo e a solidariedade dentro dos acampamentos e assentamentos do movimento. Assim, além de organizar os espaços e as pessoas para estarem se prevenindo do vírus, era importante a coletividade para produção e para o cuidado.

[...] pensar também em outra etapa de quem pegou covid dentro da casa, como é que a gente faz para que não seja responsabilidade do indivíduo, mas sim do território, do assentamento também, porque ele tem família, porque ele tem roça, porque ele tem diversos processos. Como cuidar disso para que ele também consiga se recuperar e se cuidar nesse sentido (Liderança Nacional de Saúde MST - M10).

Assim, a partir da organização do movimento em todos seus níveis (nacional, estadual e regional) foi possível cuidar dos e das militantes do movimento.

[...] a nossa organicidade interna ajudou muito. Porque a gente tem hoje a nossa base, que é o nosso patrimônio, que está lá, mas a gente tem uma direção coletiva que coordena o assentamento, os acampamentos e coordena a brigada que coordena a regional que coordena no Estado e no Nacional. Então a gente conseguia ter esse elo de comunicação da gente poder pegar as informações das nacionais e fazer chegar no nosso acampamento, assentamento (Liderança Nacional de Saúde MST - M10).

Dessa forma, a partir da própria organicidade do movimento, foi possível criar uma rede de informações, de cuidado e de educação em saúde que auxiliou os integrantes do movimento a sobreviverem nesse momento. A partir do diálogo e da coletividade foi possível avançar e produzir com qualidade, com cuidado, garantindo o sustento e a saúde dos acampados(as) e assentados(as) integrantes do movimento.

Então o setor de produção já tem uma equipe que está pensando, os agrônomos, técnicos, como é que a gente pode produzir, como que a gente pode estar orientando. Se é melhor fazer isso agora. Como é que você vai produzir. Bom, nós pegamos um período de colheita de café, tem uma aglomeração muito grande, então foi um dos pontos de pauta que nós sentamos para discutir. Mas é a forma da nossa militância de produzir café, ganhar dinheiro nesse período, que é o único recurso do ano, uma vez de colheita no ano. Como é que ele vai garantir colher o café dele com segurança, sem pegar covid, garantir também que tenha café para a gente tomar e recurso para eles sobreviverem. Então isso foram reuniões que nós fizemos com a direção e nós fizemos com os assentados. Então vocês não impor nada, mas existe a pandemia e nós temos que colher café. Nós temos que chegar a um consenso. Então é isso que nós fizemos, temos que redistribuir, temos que fazer horário diferente. A turma não pode se chocar para não ficar aglomerado. Então, devido a essa organicidade, nos permite hoje dialogar com a nossa base, trazendo as coisas muito claras para quem deseja, ou seja, dá para vocês fazer a colheita com segurança, mas de uma forma diferenciada para garantir a saúde de vocês. Então isso ajudou e muito nesse processo que a gente tem essa clareza, que se a gente não tivesse esse processo, dessa organicidade, seria muito mais difícil hoje, com a quantidade de pessoas que a gente tem nos assentamentos da forma que vocês visitaram e viram. Bem difícil essa organicidade. Se cada um fizesse da forma que quisesse seria bem difícil (Liderança Nacional de Saúde MST - M10).

Como observado na fala acima o MST, também auxiliou nas estratégias para que a produção do movimento seguisse garantindo o sustento dos (as) agricultores(as) do movimento e também a comida na mesa do povo brasileiro. Ainda conforme a Liderança Nacional do Setor Saúde do MST:

Tivemos perdas, lamentável, mas a gente também tem clareza que se não tivéssemos tomados essas medidas teríamos perdido muito mais



<b>Agroecologia</b>	X	X	X	X	X	X	X
---------------------	---	---	---	---	---	---	---

Fonte: elaborado pelos autores

O Quadro 4 visa demonstrar quais foram as iniciativas citadas e a frequência que elas apareceram nos diferentes territórios, assim é possível compreender se foi uma ação local ou uma ação nacional/estadual. Nesse sentido, é possível observar que as iniciativas mais citadas e que tiveram uma abrangência nacional foram: ações de solidariedade, segurança alimentar e nutricional, agentes populares de saúde, vigilância popular em saúde e educação popular em saúde. Essas ações parecem ter sido implementadas nos territórios do MST de maneira mais ampla. Entre as ações menos citadas estão: educação e cuidado infantil e assessoria jurídica e social. Essas ações foram menos citadas pelos(as) entrevistados(as) o que pode indicar que foram iniciativas do próprio território, de acordo com as necessidades da população e da possibilidade de atuação local. Todas as iniciativas mapeadas e apresentadas no quadro acima serão descritas de acordo com as visitas e entrevistas realizadas nos próximos capítulos.

### **8.2.1 Iniciativas do MST de Vigilância Popular em Saúde**

As ações de vigilância popular em saúde irão compreender as barreiras sanitárias, isolamento social, boletins epidemiológicos, controle dos casos de covid-19 dentro dos acampamentos e assentamentos, entre outras ações. A vigilância popular em saúde foi uma estratégia muito utilizada por diversas organizações da sociedade civil vinculadas às PCFA.

Uma das estratégias mais utilizadas tanto pelas organizações da sociedade civil como também pelos órgãos públicos, como prefeituras, foram as barreiras sanitárias e o isolamento social. As barreiras sanitárias e as medidas de isolamento social são utilizadas há anos pela sociedade como forma de conter a propagação de diversos vírus pandêmicos.

No século XIV, a epidemia da Peste Negra assombrava a Europa e a Ásia, matando milhares de pessoas. Para barrar a Peste Negra e diversas outras pandemias, medidas como barreiras sanitárias, isolamento de cidades e de pessoas acometidas pela doença, fechamento de portos e de comércio foram amplamente utilizadas. Além disso, no Brasil, diversos indígenas utilizaram a estratégias de regresso às florestas para fugir da invasão europeia e das epidemias (intencionais e não intencionais trazidas pelo povo europeu). Essa também foi uma forma de resistência indígena à violência colonial e as epidemias geradas pela invasão da América (Santos, 2021).

Dessa forma, baseado no conhecimento gerado pelas pandemias passadas e tendo em vista que a proliferação do vírus da covid-19 é pelo contato, o isolamento social e as barreiras sanitárias foram utilizadas por diversas organizações da sociedade civil ligadas as PCFA. O MST teve como orientação geral a realização de barreiras sanitárias, quando necessário, e isolamento social das famílias e também das pessoas acometidas pela doença.

[...] a gente fez as barreiras nos assentamentos e aí a gente teve apoio, por exemplo, tanto nos assentamentos que teve que fazer barreira, como as comunidades vizinhas também fizeram barreira, como os indígenas, também os quilombolas e outras comunidades rurais (Liderança Estadual de Saúde MST/PE – M3)

De acordo com Mondardo (2020), os povos indígenas também buscaram estabelecer estratégias coletivas para proteger seu povo. De acordo com o conselho da Kuñangue Aty Guasu (Assembleia das Mulheres Guarani e Kaiowá ) foram formadas 74 barreiras sanitárias, na forma de barricadas, algumas com tendas de lonas, em territórios Guarani e Kaiowá (Mondardo, 2020). Ainda conforme o autor as barreiras sanitárias “[...] são o meio de impedir a circulação de pessoas de fora nas aldeias e proteger as comunidades. Daí a sua importância para a sobrevivência dos povos indígenas e para construir estratégias de luta contra a vulnerabilidade dos territórios de vida (Mondardo, 2020, p. 86).

Assim como os povos indígenas, o MST apostou em barreiras sanitárias com fechamento dos acampamentos e assentamentos, buscando proteger seu povo e impedir a chegada do vírus da covid-19 nos territórios. A partir da orientação nacional, cada acampamento e assentamento decidiu com suas lideranças locais como e quando seria realizada as barreiras sanitárias, como e quando ocorreria o isolamento social, considerando o número de casos no território e no município e a própria organização interna.

Dentro desse, dentro dessa organização, nos organizamos e tomamos dentro da direção uma definição que para que o movimento em si viesse a ter o mínimo possível de baixas, pelo covid, o nosso acampamento se tornaria fechado e fecharia. A gente restringiu as visitas de familiares, as visitas de qualquer pessoa que não fizesse parte do acampamento dentro do nosso coletivo aqui dentro e até os cadastros, fechamos tudo, fechamos tudo, ficamos só nós e nós mesmo, porteira fechada, tudo fechado. Assim, nós nos organizamos dentro dessa questão (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9)

Como observado, cada acampamento e assentamento teve suas próprias regras. Os acampamentos, por exemplo, que normalmente tem um grupo na portaria que cuida do acesso ao acampamento, tiveram mais facilidade para fechar e controlar quem entrava e quem saía do acampamento. Dessa forma, muitos acampamentos conseguiram fechar suas portas quando

os casos de covid-19 aumentavam nas proximidades do acampamento. Nos dois acampamentos visitados as barreiras sanitárias foram utilizadas, controlando quem entrava e saía do acampamento e também impedindo a entrada de pessoas que não eram acampadas.

Figura 21 - Entrada do Acampamento Marielle Vive, São Paulo (SP)



Fonte: Acervo Pessoal

Já os assentamentos, normalmente são locais onde as casas ficam mais distantes, e cada família se organiza no seu pedaço de terra. Nesse sentido, os assentamentos visitados tiveram que se organizar diferentemente, buscando diminuir o contato entre os assentados, diminuir a circulação de pessoas dentro dos assentamentos e controlar os casos através de isolamentos das famílias e pessoas infectadas. Além disso, foi relatado que os assentados tiveram uma organização interna para ir à cidade, por exemplo, vai uma pessoa fazer compra para todo assentamento, evitando assim que todas as pessoas saíssem e ficassem expostas ao vírus.

Figura 22 - Assentamento do Agreste Pernambucano (PE)



Fonte: Acervo Pessoal

A principal dificuldade encontrada nos locais visitados foi a falta de compreensão de todos e todas os(as) integrantes do território da importância de medidas de isolamento para garantir o controle dos casos. Por isso, foi necessário muito diálogo e ações de educação em saúde para que as pessoas respeitassem as decisões do coletivo e que também entendessem os motivos dessas decisões. Os(as) integrantes do movimento estão acostumados(as) com confraternizações e com viver em coletivo, com decisões democráticas e assembleias, por isso, a decisão de fechamento dos acampamento e assentamentos e de isolamento social, foi uma tarefa muito difícil para todos e todas militantes do movimento.

E cada cuidado, desde o distanciamento, desde ter que trancar as cancelas dos nossos assentamentos, que era uma coisa que pra nós isso a muitos anos já não existia. A quebrada da cerca. Era abertura nossa, então ter que fechar a entrada do nosso assentamento e ter que se explicar para nosso povo que aquele momento era necessário... (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M3).

[...] Não podia ficar aí, indo e vindo. Eles são livres. Nós somos livres, né? Nós gostamos de ser livres, então teve aquele choque também. Poxa, não posso fazer nada agora, vão querer controlar a minha vida, onde vou ou devo ir. E foi muito questionamento e nós fechamos a nossa comunidade. Foi resistência. Mas conseguimos manter ali essa questão do acampamento fechado, sim. Inclusive deu até um final de ano. Dezembro ali. Ficou fechada (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST-PR – M11).

Conforme a percepção dos(as) entrevistados(as), a implementação das barreiras sanitárias e do isolamento social teve excelentes resultados no controle da disseminação do vírus nos territórios. Segundo os(as) entrevistados(as):

[...] às vezes a gente precisou tomar algumas definições que foi mal interpretada por acampados, mas que hoje esses mesmos acampados eles percebem que: “foi o que precisava ser feito naquele momento” e graças a Deus foi feito e aconteceu e a gente tá aí bem (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Mas graças a Deus, funcionou muito bem durante um bom tempo, dentro do período de pandemia, lá fora tinha muito caso, e o pico aumentando cada vez mais, e aqui dentro a gente estava estável ou sem nenhum caso. Houve tempos aí, em que lá fora estava pesado e aqui dentro a gente não tinha nenhum caso (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Outros artigos também observaram que medidas de isolamento social e barreiras sanitárias foram efetivas para diminuir/barrar a disseminação do vírus da covid-19 (Cardoso *et al.*, 2021; Mondardo, 2020; Silva *et al.*, 2021; Soares, K. H. D. *et al.*, 2021). Essa foi uma das medidas adotadas que auxiliou no controle dos casos de covid-19 e na prevenção da doença nos assentamentos e acampamentos do movimento.

Além das barreiras e do isolamento social também foram realizadas outras ações de vigilância popular em saúde. As ações consistiram em construir boletins dos casos de covid-19, realizar o controle dos casos ativos de covid-19 dentro dos acampamentos e assentamentos e o isolamento das pessoas com sintomas ou confirmação de covid-19, realizando isolamentos dos núcleos familiares e/ou de quem teve contato com as pessoas contaminadas quando necessário.

[...] se tivesse mais de um caso no NB (núcleo de base), colocava todo o NB em quarentena (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

[...] e a gente, enquanto setor de saúde, a gente também lançava os nossos boletins e orientações, a gente lançava os nossos boletim e a gente fazia os processos de formação também online (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M3).

Todas essas iniciativas revelam a maneira encontrada de deter a disseminação do vírus dentro dos territórios do MST, evitando colocar em risco a vida da militância do movimento. As ações foram construídas baseadas na troca de conhecimentos e saberes técnico-científicos e populares e sua potência estava na participação da comunidade e na tomada de decisão coletiva, buscando sobretudo proteger a vida e garantir a sobrevivência, se apoiando no ideal de que juntos(as) são mais fortes.

A vigilância popular em saúde está baseada nos princípios:

[...] do diálogo e da construção de saberes de forma coletiva, junto das comunidades, pensando desde os territórios, as suas necessidades e possibilidades para a resolução dos problemas encontrados, de forma horizontal, participativa, técnica, democrática e cientificamente qualificada (Meneses *et al.*, 2023).

E esses foram os princípios das iniciativas e ações de vigilância popular em saúde construídas pelo MST no período da pandemia de covid-19. Essas iniciativas de cuidado com seu povo e de sobrevivência foram parte importante da atuação do MST durante esse período de crise sanitária, sendo uma estratégia importante de vigilância popular em saúde construídas pelo e para o povo.

### **8.2.2 Iniciativas do MST de Educação Popular em Saúde**

A Educação Popular em Saúde foi uma estratégia muito importante para garantir a saúde da PCFA. É importante considerar que a PCFA está muitas vezes desassistida pela APS, o que dificulta ainda mais ações de prevenção, promoção e educação em saúde nessas áreas. Por isso, a organização do movimento proporcionou que o conhecimento técnico-científico chegasse ao campo e, para além disso, que fosse repassado de acordo com a cultura e a linguagem de cada local.

Nesse contexto, as iniciativas de EPS organizadas pelo MST foram necessárias para garantir o acesso a informação para prevenção da covid-19 e também para cuidado e recuperação de quem foi infectado pelo vírus. Para isso, o MST em conjunto com outras instituições e movimentos sociais, organizou os Agente Popular de Saúde e Agentes Populares de Saúde do Campo. Esse projeto buscou levar informações para as áreas mais vulnerabilizadas através da formação de agente populares nos próprios territórios.

Esse capítulo vai abordar as ações de EPS desenvolvidas, mas o projeto dos Agentes Populares de Saúde e Agentes Populares de Saúde do Campo serão discutidos no próximo capítulo devido importância e complexidade desse projeto. É importante ressaltar que as ações aqui citadas foram desenvolvidas em grande parte por esses agentes populares formados pelo projeto.

Entre as estratégias de EPS estavam as orientações sobre o vírus (o que é a covid, como acontece o contágio...) e também sobre prevenção ao vírus (higienização, uso de máscara...). Para além disso, foi refletido se seria possível colocar em práticas as orientações, nesse sentido, foi questionado se havia acesso a água no território ou álcool gel, se havia máscaras. A partir dessa reflexão foram organizadas estratégias em cada território para garantir que a comunidade pudesse se proteger.

[...] sempre teve a orientação, e como eu faço parte dos Agentes Populares de Saúde, eu sempre trouxe as orientações para o pessoal daqui, tudo

explicadinho, tudo certinho (Liderança Local de Saúde do Assentamento Virgulino Ferreira MST/PE - M2).

Foi algo diferente e a gente teve que reaprender a conviver, mesmo sendo uma comunidade rural. Foi uma responsabilidade para nós enquanto agentes de saúde, porque nós tivemos que buscar conhecimento que nós não tínhamos pra poder passar para eles. Nós nos formamos durante a pandemia, porque o movimento olhou para dentro da estrutura do setor de saúde e viu que precisava de nós termos uma estrutura maior e criou esse estudo. Esse curso para a gente, dos agentes populares, para nos formar pra gente poder cuidar do nosso povo (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST-PR – M11).

Então a gente vê que se for fazer um paralelo com as pessoas moradoras do acampamento e as pessoas que estão fora do acompanhamento, a gente conseguiu se sobressair, e ajudar da maneira que a gente conseguir ajudar, os voluntários também. E a gente conseguiu ultrapassar esse período de pandemia sem tanta intercorrência. Não tivemos nenhum óbito aqui no acampamento em relação à pandemia. Conseguimos manter assim, através da imposição, no boca a boca, pedindo, embora muita resistência pelos companheiros no uso da máscara, auxiliando na higiene. Mesmo com a dificuldade da água e dos utensílios básicos para se manter a higiene, a gente nunca ficou sem nenhum tipo de produto, como o álcool em gel, o sabão, o sabonete. A gente sempre conseguiu deixar os nossos companheiros bem supridos dessas necessidades. Então eu acho que com a ajuda dos aliados e do nosso desempenho, dos nossos companheiros aqui dentro, a gente conseguiu se sobressair mediante a situação em que se encontra o mundo moderno (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

As orientações foram realizadas através de diálogo, cartazes, oficinas online e presenciais, programas de rádio, reuniões, palestras. Para além dessas estratégias mais conhecidas na área da saúde, foi criada as Bicicletas da Saúde no qual os agentes populares de saúde saiam com as bicicletas e um rádio informando a população sobre os cuidados de saúde necessários.

A gente fazia os processos, fez os processos de formação, tanto para militância, mas também para a nossa base. Por exemplo, em Pernambuco, a gente realizou várias assembleias para trabalhar com o nosso povo sobre os cuidados, e aí a gente trabalhava com os nossos médicos, passando as informações, trabalhava com os nossos bruxos e nossas bruxas e já trabalhando os cuidados da produção, dos materiais, dos nossos fitoterápicos. E é isso que a gente de certa forma tentou ajudar os nossos, passando as informações do meio que a gente poderia, que foi de forma online (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M3).

[...] e daí você fala dentro do acampamento, e o cara vai e fala na televisão pode tudo isso, não precisa usar álcool gel, não precisa fazer distanciamento social, pode se aglomerar, isso é muito. Foi difícil. A gente teve que lutar contra tudo isso, a gente teve todo esse trabalho para mostrar a importância da

vida, que o mais importante era a vida, e por isso seguir as orientações (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Como observado na fala acima, a EPS foi importante principalmente considerando o contexto da pandemia no Brasil em que o governo foi um dos principais proliferadores de notícias falsas. Além disso, o presidente por diversas vezes afirmou ser contra essas medidas não farmacológicas de prevenção ao vírus, indo contra as evidências científicas do momento (Morel, 2021). Por isso, a organização do movimento, a partir da formação dos grupos com profissionais de saúde e com suas autoridades de saúde (bruxos e bruxas do movimento) foi essencial para que as informações chegassem até os agentes populares de saúde e esses conseguissem repassar em seus territórios.

[...] primeiramente, a gente não foi contra a ciência. Não agimos de forma negacionista, que era negar os alertas que a ciência já veio mostrando né, o que a gente estava enfrentando. Nós nos certificamos aí bastante com, a partir das orientações da Organização Mundial da Saúde, que, de forma mundial, alertou para o perigo e o perigo iminente. E a nossa direção, tanto estadual e nacional em todas as nossas instâncias, também já vem tomando esses cuidados de forma geral. Então, todos os nossos territórios tiveram as mesmas orientações no sentido de suspender atividades, de fazer o uso tanto do distanciamento social, o uso de máscara, álcool gel. No acampamento a gente fez muito isso, essas orientações (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Era algo novo, a gente não sabia com o que estava lidando. E como mostra, digamos assim, o MST nacional, nós tomamos uma medida no sentido de acompanhar todas as medidas de precaução que, portanto, a Organização Mundial da Saúde vinha já alertando e orientando. E acompanhamos também todas as orientações que a ciência, os infectologistas, os médicos aqui no Brasil foram repassando os boletins e informativos aí, e também assim, porque a gente percebeu que para nós que essas medidas, elas eram importantes pra gente cuidar, cuidar um do outro dentro do acampamento e evitar que tivéssemos baixas (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Importante considerar que as ações de educação em saúde não ficaram apenas nos assentamentos e acampamentos do movimento. Os agentes populares de saúde e de campo também realizaram ações de solidariedade e EPS nas comunidades vulnerabilizadas dos centros urbanos mais próximos. Assim, para além de doar cestas básicas e marmitas, o movimento considerou importante repassar essas orientações de saúde para essas comunidades.

Na formação dos agentes populares, foi (nome) que veio dar a formação para gente, ela ensinou tudo direitinho, como lavar a mão, todo o processo, a gente além de trazer para as nossas comunidades, para os assentados, também fizemos esse trabalho nas periferias de Serra Talhada, ainda hoje a gente faz, tem a conscientização, como se higienizar, tudo certinho, de se vacinar. Principalmente isso, quando a gente vai fazer entrega da cesta básica que é

todo mês, era até agora, era até fevereiro, acho que vai dar uma paradinha agora por conta de verba, daí foi quase 1 ano dando cesta básica, todos os meses. É além das cestas básicas, tinha sabão, água sanitária, a gente levava para eles fazerem higienização, lavar tudo direitinho. A gente levava os panfletos, tudo certinho, explicado para eles saberem como é que se fazia, diluir, tudo certinho (Liderança Local de Saúde do Assentamento Virgulino Ferreira MST/PE - M2).

É importante ressaltar que nas falas dos entrevistados foi muito citado a importância da EPS para garantir a vacinação dos(as) acampados(as) e assentados(as). As vacinas da covid-19 tiveram diversos ataques, em especial, do presidente Jair Bolsonaro e dos grupos evangélicos fazendo com que muitas pessoas tivessem medo de se vacinar. A EPS foi importante para garantir a vacinação da maioria das pessoas dos assentamentos e acampamentos, principalmente, reforçando que “voltar a normalidade” nos territórios do movimento estava ligado diretamente com aglomerações e o contato diretos entre essas pessoas.

[...] gente lá na saúde fizemos os levantamentos por NB, juntamente com os coordenadores e representantes de setor de saúde de cada NB. Nós fizemos um levantamento, de quantas pessoas que tinham tomado a primeira dose, quantos faltavam tomar e fizemos algumas restrições. Chamamos, explicamos, detalhamos a importância e fizemos um levantamento. Então, hoje nós temos o registro de todo o acampado. Quem tomou da primeira a terceira dose. E um dos critérios para que voltasse a ter a visita de familiares no acampamento, seria a apresentação do comprovante da vacinação contra a covid de quem está vindo e também quanto a quem mora aqui. Então, isso ajudou muito, porque as pessoas se organizaram e providenciaram né, aqueles que ainda não tinham (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Aqui também nas casas, conscientizando cada um para que quando chegasse a vacina fosse todo mundo se vacinar. Hoje a gente 100% somos vacinados dentro do assentamento, com a terceira dose. As crianças que agora já estão com a primeira né, já foi agendado para as crianças, alguns já se vacinaram, outros faltou a vacina aí estão esperando chegar pra ir (Liderança Local de Saúde do Assentamento João Teixeira MST/PE - M1).

Com relação a pandemia não. Nós tivemos que fazer nossas palestras lá, passar as nossas instruções. Eles nunca foram (o serviço de saúde), se eu falar que eles foram eu ia estar mentindo. Eles não foram. Eles assim foram vacinar, mas nós combinamos, ligamos, corremos atrás. Dependeu muito da gente correr atrás para facilitar para nós, porque tinha muita gente que não tinha condições de ir, não tinha carro. As vezes eles faziam a campanha e a gente não conseguia levar o povo. Aí não vamos ver se a gente consegue puxar, porque aí puxo e eles vieram. [...] Na vacinação mesmo agora, foi interessante, porque nós nos organizamos, corremos atrás. Por que assim, tem gente que não tem como ir, aí a gente pensou, é muito mais fácil você marcar um dia. Vocês agenda, vocês se organiza, e vocês descem com as vacinas e vacina nosso povo. E deu certo. Eles estão indo vacinar lá dentro. Fizemos todas as campanhas. Quando lançam, que nem agora eu já vi a vacinação dos acima de 40 e então já falamos: "óh nós temos uma turminha aqui que precisa da

vacina." Então eles já se organizam, eles agendam com a gente, a gente agenda com a comunidade. Eles vão e fazem. Foi muito lindo o primeiro dia que a vacina desceu. Nossa, precisava de ver sabe assim, a emoção deles. (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST-PR – M11).

Mas a gente ainda tem um diálogo muito bom com essas pessoas que tentam resistir. E eu acho que é por aí que a gente consegue conquistar essas pessoas. Porque a gente explica, detalha, fala, o quanto que é importante né. Eles não vão está só se ajudando ele vai estar ajudando o acampamento inteiro. E assim eles estão contribuindo para que as pessoas que estão lá fora que queiram vir visitá- los, estejam livres da covid. (sobre vacinação) (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

A aceitação da vacina foi boa né, a gente tem um agente de saúde bem participativo, então assim, ele veio quando a vacina chegou, ele pegou o CPF fez o cadastro e na medida que ia sendo relacionado e chamando, todo mundo ia se vacinar, foi bem tranquilo, mesmo os evangélicos que no início não queriam, mas foram se vacinar, a gente também fez essa formação com eles, a importância da vacina né (Liderança Local de Saúde do Assentamento João Teixeira MST/PE - M1).

Conforme demonstrado acima, foram diversas ações de EPS que garantiram não apenas informações e conhecimento, mas também meios para colocar em prática essas orientações, garantindo água, álcool gel e máscara. Ademais as ações de EPS extrapolaram os territórios do MST e foram organizadas também com as comunidades e territórios vulnerabilizados em que o movimento estava inserido com ações de solidariedade.

Como descrito anteriormente, nas ações de EPS realizadas pelo MST, as iniciativas foram sendo construídos pela própria militância, respeitando a organização social e os saberes produzidos em cada território. As iniciativas contaram com a problematização da realidade que é o ponto de partida para EPS, tendo como base os saberes prévios dos sujeitos do território (David; Nespoli; Lemões, 2020; Gomes; Merhy, 2011). Os saberes do povo foram fundamentais para que cada território conseguisse superar as situações de adversidade produzidas pela covid-19. De acordo com Gomes e Merhy (2011, p.11) a “[...] educação popular faz uma aposta pedagógica na ampliação progressiva da análise crítica da realidade por parte dos coletivos à proporção que eles sejam, por meio do exercício da participação popular, produtores de sua própria história”.

Dessa forma, essas ações educativas “[...] favorecem a transformação dos conhecimentos científicos em cultura, prática e realidade das pessoas, assim como ajudam a trazer os questionamentos feitos com base em diferentes realidades e saberes populares para a própria ciência” (Morel, 2021, p. 8). As iniciativas de EPS realizadas pelo MST conseguiram construir um diálogo entre ciência e os saberes populares, utilizando como base sua história e

experiência em organização social. A EPS foi uma estratégia adotada pelo movimento de produzir resistência e sobrevivência a crise sanitária, ao negacionismo e ao corte dos direitos sociais impostas ao povo.

### 8.2.3 Iniciativas do MST para assessoria jurídica e assistência social

Outra iniciativa realizada pelo MST na pandemia foi a Assessoria Jurídica Popular que teve o intuito de garantir o acesso ao auxílio de renda disponibilizado pelo governo em caráter emergencial devido a pandemia de covid-19. Essa atividade foi pensada e organizada por advogados e assistentes sociais integrantes do movimento e também voluntários e ocorreu, em grande maioria, nos centros urbanos para auxiliar a população da cidade. Nessa pesquisa foram visitados São Paulo e Campinas (SP) e Recife (PE) que ofereceram esse auxílio.

No Recife, a Assessoria Jurídica Popular foi organizada da seguinte forma: foi aberta uma banquinha na frente do Armazém do Campo<sup>16</sup> no início da liberação do auxílio emergencial para ajudar a população em situação de rua e outras pessoas que necessitassem destravar o acesso ao auxílio emergencial. Essa ação também foi realizadas em comunidades periféricas do Recife onde o MST atuava em suas brigadas de solidariedade.

[...] aí junto com isso vem o **auxílio emergencial** aí, nós conseguimos, em especial, para a população de rua, a gente conseguiu fazer uma Assessoria Jurídica que a gente chamou de **agentes popular de direitos**... que era noções básicas de como acessar o auxílio emergencial, em especial, para a população em situação de rua que era quem mais tinha dificuldade, mais também levava essa pegada para as comunidades, para quem precisasse. Então isso foi um negócio bem legal... Só no armazém do campo a gente fez em torno dos 1.500 atendimentos, em especial, para a população em situação de rua e a gente sabe que no mínimo umas 300 pessoas tiveram acesso que estavam na rua (Liderança Estadual MST/PE - M6).

Para a população em situação de rua que não tinha celular foi necessário utilizar o aplicativo no celular de algum voluntário, porque era necessário um número (chip) de celular para realizar o cadastro. Por isso, para realizar o cadastro foi realizado *um apadrinhamento solidário* que era emprestar seu número para alguém que necessitada do auxílio.

---

<sup>16</sup> O Armazém do Campo visitado em Recife é um local de venda de alimentos e acessórios do MST, além de local que realiza eventos culturais. A rede de Armazéns do Campo é um projeto do MST que vem se consolidando como a maior rede de produtos da Reforma Agrária do Brasil. É uma referência em alguns estados para quem busca comida de verdade e produtos orgânicos a preço justo. Atualmente, a rede reúne 34 pontos de comercialização espalhados por 13 estados brasileiros, com atendimentos via loja física, delivery e por encomendas dos produtos da Reforma Agrária Popular (Furtado, 2021).

[...] tu sabe qual que era a maior dificuldade do povo? O documento era segunda maior, a primeira era o cadastro na internet, o chip do celular que precisava. Precisava ter um número né? Então a gente fez lá o apadrinhamento solidário, porque era muito voluntário no armazém, e cada celular foi apadrinhando um e não podia ser o mesmo número... cada auxílio um chip (Liderança Estadual MST/PE - M6).

De acordo com Silva (2021) houve um descaso do governo desde o momento da implantação do Auxílio Emergencial tendo em vista as dificuldades e entraves existentes para que a população tivesse acesso ao auxílio. A burocratização, longas filas, falta de explicação e orientação e a demora no pagamento são exemplos de barreiras ao auxílio emergencial. Além disso, o governo preferiu investir, principalmente, num sistema paralelo a rede socioassistencial e aos sistemas de informação do SUAS e que exigia a realização de cadastro em um aplicativo ou no site dessa renda emergencial (Silva, R. R., 2021). Para amenizar essas limitações o MST atuou com os agentes populares de direitos, buscando garantir o cadastro e o acesso a renda, em especial, da população em situação de rua.

Em relação a população do campo, os assentados não foram contemplados com o auxílio emergencial (Verdélío, 2020). Esse foi um grande problema de vulnerabilização da população do campo, porque se por um lado a base camponesa do movimento saiu na frente em relação à cidade, na medida em poderia realizar o plantio para garantir minimamente sua alimentação, na questão de renda a população assentada acabou sendo abandonada pelo poder público. Além de não ter direito ao auxílio emergencial por imposição do governo Bolsonaro que vetou essa população do projeto de lei, as feiras foram suspensas no período de pandemia impedido os agricultores de vender seus produtos. Ademais os programas PNAE e PAA também estiveram suspensos em diversos estados do Brasil nesse período. O governo acabou deixando essa população a deriva na questão de garantia de renda, tendo seus direitos vetados quando comparado ao resto da população.

[...] a pandemia né trouxe um impacto grande em nossas vidas, durante esses dois anos, porque mesmo na produção, como a gente tinha a feirinha, não pode mais ir pra feira, na questão do PNAE, do PAA não era comprado, no ano passado foi quando a gente entregou 3 meses, então assim a nossa produção, a gente foi também abandonando né, porque não tinha pra onde vender. E também teve muita dificuldade porque o governo também nesse período, nós que era agricultor da reforma agrária não tinha direito à auxílio, não tinha direito nenhum (Liderança Local de Saúde do Assentamento João Teixeira MST/PE - M1)

Diferentemente dos assentados, a população dos acampamentos poderia ter acesso ao auxílio emergencial. Por isso, foi realizado mutirões para que todos e todas contemplados no

projeto de lei tivessem acesso ao auxílio. Dessa forma, o acampamento Marielle Vive (SP), por exemplo, se organizou de maneira que quem tinha mais facilidade com a internet e aplicativos pudesse auxiliar quem não sabia ou não conseguia acessar o auxílio, garantindo assim que todos e todas que tivessem direito conseguissem acessar essa renda.

A gente conseguiu praticamente todos os auxílios emergenciais, eu acho que teve poucas pessoas que não. Teve poucas pessoas, bem poucas que não conseguiram. Porque também é o que a gente fez o seguinte. E aí a gente chama atenção para o que é uma comunidade, né? Algumas pessoas que tiveram dificuldade para se cadastrar e ter o acesso. A gente criou uma espécie de mutirão. Então, o que a gente fez: as pessoas que tinham mais facilidade de mexer com internet, faziam os cadastros. E fomos fazendo os cadastros e assim, a medida que tinha todo aquele processo lá que ficava aguardando para ser aprovado. Quando as pessoas iam e recebiam a aprovação, a gente acompanhava até a pessoa começar a receber, começou a receber daí tranquilo (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

O MST também atuou promovendo o acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade nos acampamentos. A pandemia de covid-19 afetou muitas pessoas que moravam na cidade, trabalhadores e trabalhadoras que acabaram ficando sem sua fonte de renda ou desempregados, e essa situação deixou muitas pessoas sem comida ou sem casa para viver. Nos dois acampamentos visitados, nas cidades que estavam próximas aos acampamentos, as pessoas acabaram recorrendo ao movimento em busca de abrigo, proteção e alimentação.

[...] recebemos famílias. Bastante famílias vieram buscar refúgio, umas não ficaram, não conseguiram ficar, porque as vezes as pessoas falam e acampamento é tudo bagunçado, mas não é. Nós temos normas. Nós temos regras [...] nós temos coisas que nós temos que honrar dentro do movimento. Então não é todo mundo que se encaixa não [...] Mas é legal. Abrimos as portas. As escolas abriram as portas para as crianças chegarem. As famílias que tinham criança a gente incluía as crianças nas escolas. As famílias ficaram por um tempo e quando melhorou a pandemia foram embora, mas a gente conseguiu ali, naquele momento ajudar. Naquela chuva, naquela tempestade ali (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST-PR – M11).

Com relação, a essa questão de a gente está acolhendo as pessoas em situação de vulnerabilidade. Foi quando, iniciou a pandemia nós tomamos o procedimento de fechar os cadastros [...] só que nós começamos a perceber o impacto que a pandemia estava causando fora. Começou a ter desemprego e as pessoas começaram a não ter condições de pagar aluguel. E aí começaram a lotar muitos viadutos, as ruas ou vim procurar o serviço de assistência social no município (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

No acampamento Marielle Vive que visitamos em São Paulo, os acampados tinham decidido fechar o cadastro do acampamento, mas depois de perceber os impactos da pandemia

na vida do povo, eles decidiram abrir novamente para acolher essas pessoas. Foi então organizado um protocolo de isolamento para quem estava chegando, ou seja, a família chegava e ficava isolada em seu barraco por pelo menos dez dias, e depois desse pequeno período de quarentena a pessoas/família estava liberada. Esse protocolo foi pensado para evitar a contaminação que poderia vir de fora do acampamento. Outro fator importante levantado pelos acampados, é que os profissionais da assistência social muitas vezes indicavam o acampamento como local para acolhimento das pessoas que perdiam sua moradia, indicando que eles estavam acolhendo e ali também teria disponibilizado alimentação diária.

[...] Aqui teve algumas famílias que foram procurar o CRAS e a gente tomou conhecimento que o CRAS acabou indicando o acampamento como um local que elas poderiam ser acolhidas. E as famílias que bateram na nossa porta, que vieram aqui conversar com a gente, pediram se poderiam acampar. Nós também, acabamos fazendo uma reunião e tiramos uma linha política de acolhimento, mesmo correndo os riscos de haver um contágio, a contaminação. A gente pensou não dá para deixar essas pessoas na rua, porque a contaminação vai ser quase que inevitável. E aí nós tomamos uma medida assim, de acolher a família, mas para não expor todo o acampamento, nós solicitamos uma quarentena de mais ou menos uns 10 a 14 dias. Então a família chegava, colocava todos num barraco, tinham toda a estrutura no colchão, coberta. Mas nessas duas primeiras semanas, elas praticamente não circulavam por dentro do acampamento. Inclusive na questão de comida e água. Ou a gente solicitava que elas fossem em horário que não estivesse com as pessoas ali por perto ou a gente dava um jeito de levar a comida e água para a família recém-chegada. Com isso, a gente conseguiu fazer as duas, digamos assim, fazer o acolhimento e também evitar a contaminação, porque a gente falava não é discriminação, não é nada. Mas se você estiver contaminado e manifestar nesses 14 dias, nós temos como cuidar de você (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Então isso para nós é uma forma de poder dialogar com a sociedade e dialogar com as autoridades. O simples fato, por exemplo, do CRAS enviar as famílias para cá já é por si só, um reconhecimento, pois reconhece o acampamento como uma área que é capaz de acolher as famílias em situação de vulnerabilidade (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Conforme levantado pelo Acampamento Marielle Vive, no período de pandemia foram acolhidas em torno de umas 100 a 120 famílias. A maioria das famílias estavam sofrendo os impactos da pandemia e ficando sem renda, sem casa e sem comida. Por isso, o acampamento vendo que o poder público não acolhia essas pessoas, se organizou para acolher quem chegava. É importante considerar que dentro dos acampamentos essas pessoas acolhidas tinham acesso a 3 refeições por dia, uma moradia e o cuidado coletivo de saúde e das crianças.

E aí a gente começou a pensar, e aí foi aí que nós começamos a ver como é que pandemia estava impactando a sociedade, porque as empresas começaram

a fechar, começaram a ver demissão em massa e muitas lojas baixaram as portas. As pessoas não tinham pra onde ir, não tinha como pagar aluguel. Então a gente, ainda pensou que tem que fazer alguma coisa, porque o movimento nasceu pra isso. Para defender aqueles que estão em situação de exclusão, de marginalização. E a pandemia provocou isso no país, uma exclusão muito grande, uma marginalização muito grande. Quem era pobre já ficou mais pobre ainda, porque quando você perde seu emprego, perde a possibilidade de você ter uma moradia. Aí você já desce para o nível da miséria, já não é nem pobreza, é miséria mesmo. Então a gente possibilitou que pelo menos a moradia a pessoa pudesse resgatar, em vez de morar na rua (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Porque se o CRAS pode indicar pessoas aqui para o Marielle, primeiro porque o CRAS tem uma referência nossa sabe, que nós podemos acolher. E aí a gente questiona né, porque a prefeitura com toda estrutura que ela tem, ela não consegue dar, por exemplo, condições mínimas, condições dignas para uma família que está sem teto, uma família que está sem emprego, uma família que chega ali e vai para a rua e o Marielle com todas as dificuldades que nós temos, inclusive os problemas que a gente teve de falta de água e essas questões de energia e tudo. Mas a pessoa que tem um teto, a pessoa que tem refeição e tem a possibilidade ainda, de estando mais estabilizada, poder arrumar um bico, até arrumar um trabalho enquanto a gente avança no processo de ser assentado, ela tem como trabalhar fora. Então quer dizer, a pessoa tendo aonde deixar a família sabendo que a noite ela tem um lugar para voltar. A cabeça dela fica mais tranquila, ela consegue pensar, consegue falar: “oh, agora eu posso procurar um emprego”. Imagina se deixar a família na rua, por exemplo, numa barraca, sem saber o que vai acontecer (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Como afirmado na fala acima, os acampamentos do MST com todas suas dificuldades conseguiram acolher as pessoas afetada pela pandemia que perderam sua renda e suas casas. Além disso, foi pensando e aplicado um protocolo de segurança para garantir a saúde das pessoas já acampadas, mas sem deixar que outras pessoas ficassem na rua.

Apesar da pandemia de covid-19 ter gerado uma crise social, além de uma crise sanitária, as instalações dos serviços da proteção social básica tiveram suas atividades nos territórios suspensas e subutilizadas (Lima-Silva *et al.*, 2020). Ainda de acordo com as(os) autores, os(as) trabalhadores(as) se sentiram desprotegidos, sem apoio institucional para atuar com segurança e pouco capazes de dar respostas adequadas às demandas cada vez maiores e urgentes causadas pela pandemia de covid-19. Esses elementos afetaram diretamente a prestação dos serviços socioassistenciais e seu potencial de combater os efeitos adversos da crise. Dessa forma, foi os movimentos sociais e as organizações locais que assumiram papéis de liderança na prestação de assistência básica a famílias em situação de vulnerabilidade (Lima-Silva *et al.*, 2020).

Como observado o MST teve um papel importante com agentes populares de direito nas cidades, ajudando as pessoas em situação de rua e as comunidades a garantirem o auxílio emergencial. Outra iniciativa importante foi o acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade geradas pela pandemia, sendo reconhecido também por órgãos públicos como o CRAS.

Os militantes do movimento parecem reconhecer os valores de solidariedade, de acolhimento, de cuidado coletivo com a sociedade, não apenas para sua base, mas também em relação as diversas pessoas excluídas e marginalizadas pela sociedade como levantado nas falas acima. A atuação do MST para além da base do movimento garantiu não apenas a saúde de seus militantes, mas o acolhimento social de outras pessoas que foram esquecidas pelo poder público e que ficaram desamparadas e vulnerabilizadas nesse momento de crise.

#### **8.2.4 Iniciativas do MST para garantia e acompanhamento da educação infantil**

A garantia de educação para as crianças sem terrinha foi outro ponto levantado em alguns locais visitados. Nesse sentido, o MST buscou garantir a internet nos assentamentos e acampamentos e com isso foi possível que as crianças sem terra tivessem acesso as aulas online. Entre os locais visitados, o local que apresentou uma organização importante nesse quesito foi o Acampamento Marielle Vive.

No acampamento foi garantida internet para que todas as crianças pudessem acessar as aulas, mas para além disso, o acampamento conta com um setor de educação que assumiu a função da educação das crianças na pandemia. O setor de educação ficou responsável por mapear as crianças que não tinham acesso a internet nos seus barracos para assistir as aulas, buscar as lições na escola e distribuir no acampamento e auxiliar as crianças que estavam com dificuldade em realizar as lições.

Figura 23 - Espaço de realização das atividades de educação no Acampamento Marielle Vive - SP



Fonte: Acervo Pessoal

O setor de educação percebeu que muitas famílias por não ter completado seus estudos ou não estarem alfabetizados não estavam conseguindo ajudar as crianças e isso estava dificultando o aprendizado de muitas crianças no acampamento. Por isso, o setor de educação se organizou para realizar aulas e não deixar que as crianças entregassem as atividades em branco, por não saber resolver.

Como suspendeu tudo, inclusive as aulas, em cada, a cada oito dias as mães tinham que ir buscar a lição para as crianças. Então o que nós fizemos, o setor da educação assumiu. Então nós íamos buscar a lição lá na escola, chegava aqui distribuía para a turma e recolhia na sexta feira e na segunda a gente ia de novo e ia fazendo essa troca. Muitas crianças tiveram dificuldade porque a família não conseguia ajudar a fazer as lições. E aí devolvia a lição em branco, aí começou a dar problema. E daí o que nós fizemos, o setor de educação acabou se organizando para ajudar as crianças. Nós tínhamos um ponto de internet que a gente puxava as lições para pesquisa, pra fazer as pesquisas junto com eles, e ajudar mesmo, isso se faz assim, isso se faz assado. Pegava o livro de história e explicava. E começamos a organizar assim (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

As aulas de reforço ofertadas no espaço do acampamento utilizaram o método de Paulo Freire como base, porque foi observado que muitas crianças estavam ainda com dificuldades no conteúdo, na alfabetização, na compreensão dos temas estudados. A partir dessas aulas de

reforço, o acampamento recebeu um retorno dos(as) professores(as) da escola afirmando que houve uma melhora na educação das crianças e que mesmo nesse tempo de afastamento, as crianças conseguiram acompanhar o conteúdo das aulas.

Mais uma observação, criança na quinta série que tiveram dificuldade nesses dois anos que ficaram fora da escola. O que é que nós fizemos? Montamos um projetinho com o método do Paulo Freire e acabamos também dando esse suporte para as crianças. No final do ano nós fomos a escola, a diretora fala: “Quem dera que as outras crianças tivessem tido a mesma oportunidade que as crianças de vocês. Vocês fizeram um bom trabalho, ajudou bastante”. Mas é essa correria, tinha criança que não vinha buscar porque o pai estava trabalhando, por algum motivo não vinha buscar. A gente ia na casa, não vai ficar sem fazer as lições. Então teve esse suporte com o setor de educação para ajudar na pandemia, para que eles não sofressem. Porque, a presença estava ligada a essas tarefinhas que eles tinham que fazer. Se a tarefa fosse em branco, era falta. Então a gente, nós conseguimos superar um pouco essa situação (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Porque, que nem aqui, por exemplo, a escola daqui de São Bento, a diretora chegou a elogiar a gente. Porque ela falou assim: **em muitos bairros, aqui de Valinhos por exemplo, não teve o que as crianças aqui do Marielle tiveram.** Porque aqui teve educadoras, por exemplo, para ir buscar lição, trouxe para o acampamento, distribuiu para as crianças, fez todo o processo de acompanhamento, tivemos aulas de reforço. **As crianças que estavam ficando um pouquinho para trás tivemos um processo de alfabetização, então as crianças conseguiram pegar o ritmo.** Teve criança que quando chegou no primeiro dia de aula presencial, a professora olhou e falou assim: “nossa, como você saiu daqui sem saber ler e voltou lendo, o que aconteceu?”. Mas a gente não descuidou do processo, a gente não descuidou desse período que as crianças tiveram essas dificuldades desse afastamento. **Então, se não estava na escola lá, estava na escola popular aqui.** E lógico, todo cuidado, porque a criança também pega covid. Então a gente cuidou muito para que não houvesse aglomeração (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Assim como observado nas falas dos integrantes do acampamento Marielle Vive, diversos estudos apontam os impactos negativos em todo o campo da educação causados pela pandemia da covid-19 (Koslinski; Bartholo, 2021; Queiroz; Sousa; Paula, 2021; Sena *et al.*, 2021; Vieira; Silva, 2020). A pandemia potencializou o aumento das desigualdades socioeconômica e educacional, tendo em vista às barreiras trazida pelo fechamento das escolas e pelo ensino remoto: dificuldade de acesso/conectividade às plataforma online pelas crianças, despreparo dos profissionais da educação e dificuldade em encontrar alternativas tecnológicas para transmitir os conteúdos aos alunos, falta de interação escolar, despreparo pedagógico dos pais/responsáveis (Koslinski; Bartholo, 2021; Queiroz; Sousa; Paula, 2021; Sena *et al.*, 2021; Vieira; Silva, 2020).

De acordo com Queiroz, Sousa e Paula (2021) os impactos do ensino remoto foram ainda maiores na alfabetização das crianças, tendo em vista as peculiaridades e estratégias pedagógicas necessárias para o desenvolvimento alfabético. Nesse sentido, o distanciamento do professor-alfabetizador coloca em risco a aprendizagem de muitas crianças, pois “a presença pedagógica do educador qualificado, a partir dos diagnósticos e intervenções constantes, garante as estratégias necessárias ao desenvolvimento alfabético” (Queiroz; Sousa; Paula, 2021, p. 7).

Como observado, o acampamento Marielle Vive a parti da organização do setor de educação buscou dar suporte para as crianças sem-terrinhas do acampamento, para que todas tivessem a oportunidade de seguir os estudos. Foi observado que muitas vezes a família não conseguia acompanhar e auxiliar essas crianças, por isso, a necessidade do coletivo auxiliar e garantir o direito a educação das crianças. A partir do método freiriano, o setor de educação do acampamento conseguiu auxiliar as crianças nas tarefas e avançar na educação e na alfabetização de quem estava com maiores dificuldades.

### **8.2.5 Iniciativas do MST de Práticas Tradicionais e Populares de Cuidado**

As práticas tradicionais e populares de cuidado são muito utilizadas pelas PCFA e também incentivadas pelo MST. Essas práticas foram muito utilizadas no cuidado em saúde durante o período da pandemia, tanto para pessoas acometidas pela covid-19, como também para saúde mental, autocuidado, qualidade de vida, etc. A fitoterapia foi a técnica mais utilizadas nos locais visitados.

No Assentamento João Teixeira (PE) há um grupo de mulheres chamado Maria Ventura que já tinha um projeto de fitoterápicos antes da chegada da pandemia. As mulheres do grupo Maria Ventura tiveram formação pelo MST sobre fitoterápicos (como produzir sabonetes, óleo, chás, xaropes....) e estavam construindo seu laboratório quando chegou a pandemia. A obra teve que ser interrompida, mas os conhecimentos auxiliaram que elas seguissem produzindo seus produtos e utilizando entre os próprios assentados para auxiliar na qualidade de vida, no autocuidado e até na covid-19.

Hoje com o projeto a gente vai arrumar o laboratório na casa sede né, o material já ta todo ai pra gente começar. Mas a gente começou fazendo nas nossas casas, toda semana a gente ia pra casa de uma fazer né, os fitoterápicos, os sabonetes, o sabão da terra. A gente, cada uma levava o seu material, ai a gente ia fazendo. A nossa primeira participação enquanto mulheres do grupo Maria Ventura foi num Colóquio Internacional que teve na Universidade Federal de Pernambuco, ai a gente foi participou, dai começou a ser conhecido

o nosso trabalho enquanto mulher né. Ai hoje a gente já tem a parceria com a Fiocruz, que dai as primeiras capacitações quem deu foi a menina que fazia especialização pela Fiocruz, dai ela veio nos ensinou, ai a gente se interessou e começou a trabalhar [...] Nos também estamos num grupo de mulheres do Pajeú, que a gente já ta aprendendo novas tinturas, por exemplo a tintura da cannabis né para algumas doenças, outros chás, outras medicações, matos da caatinga né, que a gente pode trabalhar como medicinal. Então esse grupo a gente entrou no final do ano passado, que tamo já recebendo outro projeto com esse grupo, que mesmo puxou, que é junto com a universidade, professores da universidade, e a gente recebeu de aquaponia (Liderança Local de Saúde do Assentamento João Teixeira MST/PE - M1).

[...] a gente consegue hoje dentro do assentamento por exemplo, no período do covid mesmo, a gente conseguia indicar os chás que aumentava a imunidade de cada um, e o pessoal começou a utilizar chás, os lambedores que a gente faz pra tosse, muito nesse período de pandemia [...] a gente faz a tintura do mulungu que serve para depressão, pra estresse, pra insônia, muito bom pra isso. E também a tintura de alho, que é pra pressão alta, colesterol, até mesmo gripe, é muito boa. Ai tem os lambedores né, de ervas que a gente faz, umburana de cheiro, umburana de cambão, jatobá, hortelã, alecrim, é um lambedor tipo xarope, que ele fica mais fininho, e faz o lambedor fica melzinho, grossinho, e usa o mel italiano pra fazer. E dai fazemos também o óleo do alecrim que é pra sinusite, dor de cabeça e também pode utilizar na culinária. E o óleo de hortelã que é pra nariz também, pra própria culinária também, muita gente usa pra garganta inflamada, pra alguma dor, sempre é utilizado (Liderança Local de Saúde do Assentamento João Teixeira MST/PE - M1).

No acampamento Zilda Arns também foram utilizadas as práticas tradicionais e populares de cuidado. No Paraná também foram oferecidos de cursos de fitoterapia pelo MST e que foram utilizadas para cuidar das pessoas do assentamento e também vender seus produtos em feiras. Conforme a entrevistada, no Paraná elas conseguiram produzir um xaropa que auxiliou na tosse e no cuidado das pessoas com covid-19.

Daí o que que aconteceu... A gente começou a estudar os sintomas, né? Estudar os sintomas. Aí nós fomos estudar um jeito de ajudar a controlar aquela tosse, aquela falta de ar. E a gente começou a fazer até inclusive o xarope que está ali. Nós inventamos e estudamos e criamos, buscamos ervas. Nós fizemos um xarope com 23 ervas, tudo voltada para vias respiratórias e bronquios. e fizemos esse xarope e foi muito bom, ajudou muito. Inclusive quando as pessoas começam a querer gritar, já me ligam "O X, e o xaporinho você tem, né?" É daí eu digo, tenho ou não tenho, mas vou me organizar para ir fazendo. E a gente aqui. E eles acostumaram porque alivia, tira aquilo que eles dizem que parece ter uma mão no meio. Eu não sei, eu não peguei covid (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST-PR – M11).

No acampamento Marielle Vive também foi utilizada a fitoterapia para o cuidado dos(as) acampados(as) e tivemos também a oportunidade de participar de um grupo de práticas tradicionais e populares de cuidado para saúde da mulher. No grupo foram oferecidas as práticas

de fitoterapia, escalda pés, reike, reflexologia e massagem e foi realizada uma roda de conversa pensando no autocuidado e na saúde da mulher. Foi observado que muitas mulheres estavam sobrecarregadas com trabalho e cuidado de crianças, e por isso, foi organizada esse grupo pensando na promoção da saúde desse público. As mulheres relataram sair mais calmas, relaxadas e tranquilas. Além disso, foi oferecida uma oficina de tintura também porque as mulheres estavam iniciando um grupo para produzir fitoterápicos para vender nas feiras do MST.

Em relação aos fitoterápicos, a gente fez sim algumas, algumas receitas e distribuimos para os nossos companheiros. Fiz muitas receitas fitoterapicas que foi ajudando mesmo e inclusive até hoje eu ainda faço para muitos companheiros, que se contaminou ou que tem alguma queixa, que acha que é, que teve covid. A gente orienta também, faz um chazinho, um xarope e assim sucessivamente (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Figura 24 - Horta de Plantas Medicinais do Acampamento Marielle Vive - SP



Fonte: Acervo Pessoal

Figura 25 - Atividade de escalda pés, Acampamento Marielle Vive - SP



Fonte: Acervo Pessoal

Para além dos muros do acampamento e do assentamento, algumas práticas tradicionais e populares de cuidado e também práticas integrativas e complementares (PICS) foram levadas para as comunidades onde atuavam os agentes populares de saúde. Na Brigada Solidária da comunidade de Ibura, a agente comunitária entrevistada nos apresentou a horta que foi criada para a Farmácia Viva. Nessa comunidade além da Farmácia Viva que foi construída para produção dos fitoterápicos, também teve cursos, oficinas, palestras com PICS para o autocuidado e saúde da mulher.

A gente criou a Farmácia Viva do lado do jardim e foi ótimo. Foi ótimo mesmo, porque assim foi bem quando estava no auge da pandemia e ela trouxe... eu aprendi com a professora quando ela veio. Porque tudo, quando alguém ficava doente aqui até os meninos dizia "oh mãe, faz aquele remédio pra isso e aquilo". Aí depois que ela veio eu comecei a me familiarizar. Aí ela veio a gente fez a farmácia viva. E aí teve uma época que teve um surto de mão, pé e boca por aqui. Aí a gente pegou as próprias ervas lá da farmácia e comecei. Ai eu fiz um teste, deu certo menina, e tem um grupo no WhatsApp com outras mães, essa espalhando. Aí a gente estava usando. Aí o pessoal ia lá pegar manjerição. E pegava o manjerição lá na farmácia e usava (Liderança Local da Brigada Solidária Ibura MST/PE - M8)

E no Outubro Rosa também veio uma médica do Hospital do Câncer. Ela veio fazer palestra. Tudo era aqui no meu espaço. Aí tinha roda de conversa. A gente fez uma oficina de autocuidado, onde a gente conseguiu algumas manicures aqui do bairro, teve escalda pés, teve auriculoterapia. (Liderança Local da Brigada Solidária Ibura MST/PE - M8)

Figura 26 - Farmácia Viva da Brigada Solidária da comunidade de Ibura (PE)



Fonte: Acervo Pessoal

As práticas tradicionais e populares de cuidado fazem parte da história da humanidade e são amplamente utilizadas em outras culturas e pelas PCFA. O MST incentiva e realiza formações para que esse conhecimento seja mantido e repassado, auxiliando no cuidado coletivo e também gerando renda quando esse fitoterápicos são vendidos nas feiras. Como observado, esse conhecimento já fazia parte do cotidiano de muitos assentamentos e acampamentos, e para os locais que ainda não tinham acesso foi levada as informações para utilização dessas práticas que são importantes para autocuidado e qualidade de vida dessa população.

### **8.2.6 Iniciativas do MST de Cuidado em Saúde Mental**

Os(as) integrantes do MST perceberam que a pandemia poderia afetar a saúde mental da sua militância, assim como afetou a saúde mental da população em geral. Por isso, o movimento pensou em iniciativas para contribuir na promoção da saúde e qualidade de vida dos seus/suas integrantes. Além disso, foi relatado nas visitas e nas entrevistas que as ações desenvolvidas pelo MST de cuidado coletivo e de solidariedade também auxiliaram na saúde mental dos/das militantes.

Entre as ações desenvolvidas estavam ações com práticas tradicionais e populares de cuidado, rodas de conversa, oficinas e também acompanhamento com psicólogas do MST. A direção nacional do MST organizou uma rede de psicólogas(as) para atender a militância dos 24 estados. Foi disponibilizado atendimento individuais e coletivos para quem necessitava de maneira online.

[...] começamos também, através de uma companheira nossa psicóloga do MST, construir uma rede de psicólogos, que hoje está composto por 23 psicólogos. Então a gente começou a acompanhar online toda militância dos 24 estados a medida que começou esse aumento do adoecimento mental. Daí a gente fazia acompanhamento com os médicos, com terapeutas, com cuidadores e com psicólogos também. Tanto atendimento online coletivo quanto individual como houvesse necessidade. Ai fortalecendo essa rede e a gente foi aprendendo a lidar com essa questão online e a gente fazia referências nas redes locais (Liderança Nacional de Saúde MST - M10).

Outra iniciativa que ocorreu na Brigada Solidária da comunidade de Ibura foi uma Oficina de Cuidado com práticas tradicionais e populares de cuidado e com PICS para ajudar no autocuidado da população. Além disso, foi realizada uma iniciativa no “julho das pretas” para de melhorar a autoestima de mulheres negras da periferia de Recife. Foram realizadas sessões de fotografia com mulheres negras buscando esse outro olhar de admiração, de beleza e de cuidado. Se reconhecer e se amar.

Teve um encontro que foi a Oficina de Cuidados que a gente fez. A gente fez uma é... para o novembro... não... julho das pretas, a gente fez o julho das pretas. A gente fez uma sessão de fotos, juntou várias mulheres de outras comunidades, Brasília teimosa, Olinda. Aí a gente trouxe para cá pra fazer uma sessão de fotos também, para levantar a autoestima delas. E foi bem legal, elas amaram (Liderança Local da Brigada Solidária Ibura MST/PE - M8)

Além disso, as formações políticas e ações de solidariedade realizadas pelo MST foram outra iniciativa que foi citada como benéfica para saúde mental e promoção da saúde. Realizar essas atividades fez com que a militância não ficasse parada, que seguisse produzindo para garantir sua alimentação e das outras pessoas através das ações de solidariedade. Além disso, as reuniões e formações tinham um caráter importante de socialização de troca que também auxiliava na saúde mental da militância do movimento. O MST é um movimento ativo que não está acostumado a ficar parado, foi importante se adaptar ao online e mandar as atividades.

[...] Então isso também acho que até para a **saúde mental** das pessoas, o tá fazendo parte de alguma coisa, isso foi bem legal e o fato assim a gente conseguiu muita visibilidade tanto na imprensa. Então era é bem recompensante para o próprio movimento "ah eu tô isolado produzindo comida, mas eu sei que essa comida tá matando a fome de quem precisa" e o povo fala "oh se eu não tivesse... se eu não tivesse aqui eu provavelmente ia

estar com dificuldade". Então eu acho que tem várias nuances de tudo para isso (Liderança Estadual MST/PE - M6)

Como relatado na fala acima, se sentir parte de um grupo de um coletivo, de não ter ficado “isolado”, auxiliou a militância a manter sua saúde mental em dia. Posso estar “isolado”, mas não estou sozinho. Posso não estar produzindo para vender, mas estou produzindo para matar a fome de quem precisa. Essa sensação auxilia a se sentir parte atuante na garantia de saúde e segurança alimentar da população.

Assim, o movimento é de suma importância pra nós, porque assim eles proporcionam uma formação pra você, um conhecimento né, não deixa você isolado, parado, muitos a gente viu entrar em depressão, e o movimento chegar assim e jogar pra cima e tirar aquele momento né. O movimento teve essa importância na vida de nós agricultores, enquanto pessoas que estão num **grupo organizado** e tem aquele **apoio**. Diferente de algumas entidades, alguns segmentos religiosos né, e isso é, começa a pregar ne, as profecias da bíblia, o apocalipse ta acontecendo, vai acontecer... o movimento não, é vamos reagir, vamos modificar as nossas formas de luta né, e ai alguns dizem o movimento acabou, e não, a gente parou de ocupar terra porque a gente tinha que **cuidar da nossa direção, do nosso povo** para nós sair da pandemia mais fortalecido né, para novas ocupações, a gente se **reinventou**, a gente foi buscar trabalhar de forma diferente, a **solidariedade** né, um trabalho de base com as periferias, com as pessoas mais carentes. (Liderança Local de Saúde do Assentamento João Teixeira MST/PE - M1)

Nesse sentido, Valla (1999, p.10) aborda a teoria do apoio social e define apoio social como sendo “qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos”. De acordo com autor, o apoio social é um processo recíproco que gera efeitos positivos tanto para quem recebe, como também para quem oferece o apoio. Além disso, o apoio social melhora o sentido de controle sobre a vidas e contribui para manter a saúde das pessoas, em especial, em momentos de muito stress (Valla, 1999).

Ao mesmo tempo, a participação social e o envolvimento comunitário podem ser um fator psicossocial significativa na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas, além de reforçar o sistema de defesa do corpo e diminuir a suscetibilidade à doença, oferecendo melhorias de saúde física, mental e emocional (Valla, 1999). Esses mesmos benéficos citados por Valla (1999) foram percebidos pela militância do MST; a participação social, o envolvimento comunitário, a solidariedade e o apoio mútuo foram citados como tendo efeitos positivos para saúde física, mental e emocional, sendo muito importante, principalmente, nesse momento de crise que foi a pandemia.

Como observado, fazer parte de um grupo, se sentir pertencente, ajudar outras pessoas, foram citados como um fator importante e positivo para a saúde mental e o bem-estar. A pandemia foi um período difícil, mas perceber que não está sozinho(a), foi um elemento motivador que ajudou a militância a atravessar essa emergência sanitária e se reinventar coletivamente, seguindo os valores de solidariedade, cooperação e luta.

### 8.3 PROJETO AGENTES POPULARES DE SAÚDE

Os Agentes Populares de Saúde foi um projeto organizado pelo MST em conjunto com a Campanha Mãos Solidárias, com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e com a FIOCRUZ- Pernambuco. A partir desse projeto foi possível organizar muitas das ações descritas acima de vigilância popular em saúde e educação popular em saúde. O projeto iniciou na cidade de Recife (PE), mas foi levada para o campo a partir dos Agentes Populares de Saúde do Campo. Todos os assentamentos e acampamentos assim como as brigadas de solidariedade de Recife visitados tinham agentes formadas(os) por esse projeto atuando para enfrentar a covid-19 nos territórios e também na promoção da saúde emancipatória.

No início de 2020, o MST estava realizando ações de solidariedade nos territórios quando percebeu a necessidade de ampliar sua atuação devido a situação de vulnerabilidade e falta de acesso à informação da população. Isso porque apesar do vírus da covid-19 estar chegando no Brasil e sendo transmitido em larga escala, ainda era o início da pandemia e as consequências ainda não estavam claras para toda população. Além disso, muitas pessoas nas comunidades se perguntavam, como fazer isolamento vivendo em um barraco de um cômodo? Essa era uma das grandes dificuldades naquele momento em conjunto com a falta de compreensão sobre o vírus e sobre como se prevenir e a disseminação pandemia que se alastrava.

[...] bom quando a gente vai para o território a gente se dá conta que o mundo não girava conforme a gente tava vendo só na TV né, porque na real assim o covid estava chegando em escala só que como é que tu vai fazer isolamento com um barraco de um cômodo, ou a cozinha e o quarto. É impossível né? Então o povo nas comunidades estava tirando umas grandes férias em outras palavras né. Aí ela até engraçado, que era o momento da cerveja, do churrasco, em vários lugares estava rolando isso. Aí vira e mexe veio a ideia de nós começar... não nós temos que dar algum tipo de pelo menos para os locais que a gente tá entregando alimento, a gente tem que dar alguma orientação de como se cuidar (Liderança Estadual MST/PE - M6).

Foi em maio de 2020 que o MST foi fazer uma entrega de alimentos, por conta do Dia do Trabalhador em Peixinhos, Olinda (PE). Nessa entrega teve um desentendimento entre os moradores de Peixinhos lutando e pedindo a cesta básica, a luta era para saber quem ia ficar com as cestas trazidas pelo MST. E isso também ocorria em outros locais que o MST ia fazer a entrega de cestas básicas. Por isso, a militância do MST percebeu a necessidade de formação política e de saúde para a população onde ocorriam essas ações de solidariedade, para que o povo se unisse e não disputasse e brigasse pelas doações.

Nesse momento teve um choque importante, porque oh o que é que eu tô fazendo aqui? O papel do Estado? E tô arrumando inimizade. Então foi nesse momento que, Ó! Vamos fazer uma **formação** (Professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE - M5).

Assim, surgiu a ideia de construir um pequeno curso com orientações sobre a covid-19. É importante ressaltar que nesse momento, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tiveram como orientação da secretária de saúde não realizar visitas domiciliares devido a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que estavam sendo direcionadas para os hospitais, e o próprio CONASEMS também orientou para que os ACS ficassem em casa enquanto não tivessem EPI<sup>17</sup>. Mas essa retirada estratégica para proteção à saúde dos ACS deixou uma lacuna nas ações educativas para população e dessa lacuna veio a ideia de formar líderes comunitários nos territórios que ficassem responsáveis por orientar as comunidades em como se proteger do vírus.

Então os Agentes Populares da Saúde da região urbana eles nasceram por tipo assim, uma necessidade absoluta da pandemia, da gente ensinar as pessoas mesmo como se proteger né. A gente já tinha uma regra que é nossa da promoção da saúde, de educação em saúde, de que é melhor prevenir do que remediar né (Professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE - M5).

Então a gente acompanhou nos dois primeiros meses como é que tava a pandemia, as orientações nacionais estavam voltadas muito para o hospital, falta de respirador, o foco era esse né muito hospitalar. E a gente tentou muito que a atenção primária à saúde eu acho que nacionalmente teve uma grita em torno disso né, mas também pouco EPI para eles. Então muitos municípios realmente disseram, o próprio CONASEMS né, dizia fiquem em casa enquanto os agentes não tiverem EPI, manda os agentes de saúde ficarem no trabalho remoto. Muitos municípios tiveram isso como política né, alguns municípios fecharam as portas da Unidade Básica de Saúde da Família (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

---

<sup>17</sup> Importante ressaltar que foi realizado contato com o sindicato dos ACS para debater esse projeto, tendo em vista que o objetivo não era substituir esses trabalhadores, mas sim garantir o direito de saúde da população. Todo momento o movimento apoiou a decisão dos ACS e dos sindicatos em não estar trabalhando na comunidade sem EPI, compreendendo que é um direito trabalhista. “Não dava um exército de 300 mil trabalhadores ACS ir para a rua sem arma, sem escudo minimamente” (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

Então, para construir o curso foi necessário olhar para outras experiências que já tinham sido ou estavam sendo desenvolvidas pelo Brasil por outros movimentos sociais e associações.

[...] quando a gente deu esse estalo dos agentes populares, num primeiro momento a gente discutindo aqui né. Como vai ser isso? Aí a gente olhou por exemplo para os agentes populares da UNEAFRO que é uma organização do movimento negro né, eles tinham uma cartilha de formação de Agentes populares de saúde. Esse era o nome que eles usavam, que eles usaram, e estavam fazendo uma atuação para a base deles. A gente olhou para a experiência de São Paulo, aquele “Presidente de rua”. Enfim, e a gente olhou para essas experiências e disse vamos fazer alguma coisa aqui também nesse sentido (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

A partir desse olhar para outras experiências de movimentos sociais e apoiados nos conhecimentos científicos sobre a covid-19, foi desenvolvido o primeiro curso de Agentes Populares de Saúde. O curso foi dividido em três encontros, tendo carga horária de 20 horas sendo 12 horas em atividades presenciais e 08 horas de atividades nas comunidades. O curso contava com três módulos temáticos.

A primeira turma de agentes populares de saúde foi realizada com “uma média de 15 pessoas, garantindo ambiente amplo e ventilado, álcool 70°, máscara para todos, discutindo ao mesmo tempo em que inventávamos uma forma de fazer educação popular em saúde para enfrentar a covid-19 e a organização política nos territórios” (Albuquerque; Mélllo; Barros, 2021, p. 82). Ainda conforme as autoras, o lema dos Agentes Populares foi definido como “o povo cuidando do povo e em defesa do SUS”, o que representa a “renovação da participação popular na defesa da saúde como direito, ao mesmo tempo em que recoloca no debate a concepção ampliada de saúde” (Albuquerque; Mélllo; Barros, 2021, p. 82).

O primeiro módulo, intitulado “quem somos nós? O que conhecemos sobre o vírus?”, tinha como conteúdo: discutir sobre quem são os agentes populares e como será a inserção na comunidade; descrever o que é preciso para torna-se um agente popular de saúde; explicar o surgimento do vírus, suas características microbiológicas, como é a transmissão, sinais e sintomas e identificar quais os fatores e grupos de maior risco ao covid-19; e descrever e praticar as medidas de prevenção e proteção como o distanciamento social, lavagem de mãos e uso de máscara (Mélllo *et al.*, 2020).

Esse primeiro módulo teve como objetivo formar os(as) agentes para compreender e repassar os conhecimentos científicos sobre o vírus, mas também para atuar em uma ação prática para prevenção da covid-19 nas comunidades. Foram realizadas oficinas, por exemplo

para os(as) agentes entenderem porque lavar as mãos, as técnicas de lavar as mãos (colocar o colorau de cozinha na mão, sujar, fazer a lavagem das mãos com água e sabão). Teve também as oficinas de máscara abordando como usar máscara corretamente, um avaliando a máscara do outro se está correta ou não. Teve a oficina de farinha para entender porque manter o método de distanciamento, fazendo uma simulação do espirro e aquela nuvem de farinha que era mais fina se espalhando ao redor<sup>18</sup>.

O módulo 2 “Como cuidar da minha comunidade” tinha o intuito de que esses(as) agentes conhecessem o SUS, “[...] porque essa galera precisa ir na unidade de saúde mais próxima de casa dizer que tá ali atuando na comunidade como um Agente Popular, mas que precisa da retaguarda da atenção primária (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4)”. Esse segundo módulo tinha como objetivo: apresentar quais são os grupos de risco para a covid-19 e reconhecer quais famílias de risco; orientar sobre como identificar síndrome gripal e como orientar as famílias nessa situação, seja casos de covid-19 ou não; conhecer a rede de Atenção à Saúde no SUS; apresentar possibilidade do que fazer em caso de morte na sua comunidade; e fortalecer a identidade de cada Agente Popular em Saúde enquanto um(a) educador(a) popular em saúde (Méllo *et al.*, 2020).

Por isso, no módulo dois foi repassado para os(as) agentes: o que é o SUS, como funciona o SUS, o que é a APS e qual o papel da APS. Foi abordado também nesse módulo sobre o controle social, educação popular em saúde e o papel da sociedade civil organizada dentro do SUS. Em relação a covid-19 foi aprofundado o tema sobre quando acionar os diferentes níveis de atenção do SUS, seja a SAMU, o posto de saúde ou quando levar no hospital. Nesse sentido, foi ensinado quais os indicadores utilizar para saber qual nível de atenção deve ser acionado em cada caso.

O terceiro módulo contou com a discussão “sem direitos não dá para ficar em casa”. Então a ideia era avançar na discussão sobre saúde, saindo do básico saúde e doença, e avançando para a compreensão sobre a determinação de saúde.

[...] bem não dá para ficar numa discussão só sobre saúde doença, galera precisa entender que sem moradia, sem comida, sem trabalho, sem renda, sem água, você não protege contra o vírus. Você é necessariamente empurrado né, para ir para o trabalho, para rua e para o contato com esse vírus. Então que eles precisavam entender que ou luta por outros direitos ou não dá para ficar em casa (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

---

<sup>18</sup> Informações mais detalhadas sobre as atividades realizadas pode ser encontradas em Albuquerque, Mélo, Barros (2021) onde as autoras narram com mais detalhes essas oficinas.

Então esse terceiro módulo tinha como objetivo: discutir estratégias de mobilização para coleta e distribuição de alimentos para a comunidade e os cuidados com a higienização dos mesmo; refletir formas de racionalizar o uso e armazenamento da água em contextos de escassez; socializar experiências solidárias de cuidado com a população em situação de rua no contexto da pandemia e reconhecer os serviços de apoio existentes no município; compreender o que é o Auxílio Emergencial e outros benefícios estaduais e municipais de acesso à renda e os caminhos para acessá-los (Méllo *et al.*, 2020). Esse módulo 3 finalizava com um planejamento sobre o que fazer diante da ausência da água, da ausência de comida em casa, o que fazer diante desse processo de determinação do adoecimento.

Esse terceiro módulo buscava soluções coletivas para os problemas sociais de cada comunidade. Por exemplo, em Peixinho, a população tinha abastecimento de água a cada 13 dias, o que dificultava as ações de higienização orientadas nos primeiros módulos. Por isso, nesse contexto foi iniciado um processo de luta pelo direito a água e também foi desenvolvida a “garrafinha da saúde”, uma garrafa PET na frente de casa para higienização quando chegasse, como explicado na fala abaixo.

[...] desde 2020 que a gente fazia o terceiro módulo, porque logo em Peixinhos que foi a primeira turma, que perguntou de quantos em quantos dias chegava a água, e eles diziam que era 13 dias sem água pra 1 dia com água. Então a primeira luta que a gente fez foi direto com abaixo assinado para melhorar essa situação, ter água mais dias. E a gente tem sempre trabalhado na perspectiva de uma **ação coletiva no sentido da política pública** e mais uma **ação concreta para melhorar a situação**. Então a gente inventou a garrafinha, a garrafinha da saúde, porque as famílias diziam quando a gente ia falar de lavar as mãos, as famílias riam, é não tem outra coisa pra fazer, só tem que rir mesmo, porque num lugar onde você tem água a cada 13 dias, não tem como você lavar a mão. E daí a gente inventou a garrafinha, uma garrafa pet normal com água com a medida correta (4 colheres de água sanitária) e pra quem quiser coloca detergente ou outra coisa pouca pra dar o cheirinho e tal, e essa garrafinha da saúde fica na porta, porque naquele começo estava tendo que lavar os pés, as mãos na hora de chegar, passava na bolsa, no que tivesse enfim possibilidade de passar. Então eles, a gente ia montando assim estratégias para poder viabilizar o cuidado, então o terceiro módulo era isso. O terceiro módulo também teve uma pegada muito grande com o pessoal do auxílio emergencial, porque o auxílio emergencial também tinha as suas dificuldades, né, você tinha que ter e-mail, você tinha que ter o chip do celular minimamente, então o pessoal fez uma brigada que era uma brigada de direitos, que tinha uns advogados e tinha umas pessoas do serviço social também, e essa brigada de direitos fazia como se fosse um mutirão pro auxílio emergencial, e aí fazia com que mais pessoas tivesse acesso ao auxílio emergencial (Professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE - M5).

Então, esses três módulos foram organizados em forma de cartilha de formação dos agentes populares de saúde e foram aplicados como piloto na comunidade de Peixinhos em

Olinda (PE), base do Movimento dos Trabalhadores por Direitos (MTD). O curso piloto foi realizado justamente no local onde surgiu a ideia da formação e onde ocorriam as brigas pelas cestas básicas e foi importante para acompanhar as mudanças que ocorreram na comunidade depois da formação. De acordo com uma das lideranças entrevistadas:

[...] E aí a gente fez justamente nessa área de peixinhos onde tinha sido entregue as cestas básicas. E a mudança foi muito linda porque primeiro eles começam a discutir quem é que precisa, de cesta básica. Então tinha lugar de Brasília teimosa mesmo, de aqui, de casa amarela que a gente não podia passar uma rua com a cesta básica porque ia três, quatro, cinco, dez pessoas em cima né, para tomar, para ver, para receber. Depois que a gente fazia formação, que os agentes populares iam nas casas, e identificavam quem podia, quem tinha mais necessidade de receber, acabou a briga. Essas pessoas da briga vieram ajudar, elas tiveram situações em que a gente atravessava a rua com a cesta básica e levava lá em uma casa e todo mundo tava sabendo que ia para aquela casa, porque aquela casa tava precisando mais. Isso também foi uma mudança muito grande (Professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE - M5).

Depois de finalizada essa primeira etapa do piloto, iniciou-se a mobilização para encontrar pessoas/líderes comunitários para serem multiplicadores desse projeto nos territórios. A princípio o curso seria oferecido nos locais onde o MST estava fazendo as doações de alimentos, mas veio a ideia de abrir um link na internet. Para isso, foi aberto um Google Forms, foi iniciada uma campanha com o link e com chamado “você quer ser um agente popular de saúde, se inscreva aqui”. Foi veiculada essa campanha nas redes sociais, na rádio universitária, no jornal e até na mídia.

[...] a gente teve uma equipe de comunicação, muito fundamental, a comunicação foi uma coisa assim muito forte desde o início da Marmita Solidária, tinha uma pessoa da comunicação do Brasil de fato que é né profissional da área subsidiando as ações da campanha do Marmita solidária e uma cuidando da gente com as redes de costureiras, produzindo conteúdo. Enfim tanto para fora quanto para dentro do grupo que estava se voluntariando. E para os agentes populares também então a gente teve um apoio muito grande de pautar a mídia hegemônica né, a Globo, para poder sair nos meios de comunicação essas nossas ações e deixava o telefone. Então assim como a gente quer fazer um agente popular de saúde né ligue para esse povo aqui... aí saía na Globo a galera ligava pra gente: como é que traz esse agente Popular aqui para o meu bairro? Então a gente fez isso também na Rádio Universitária né, a TV universitária da UFPE também foi muito parceira. Então, a gente começou a ter uma galera assim cumprindo esse papel né de botar na rua essas nossas ações que a gente vinha fazendo e criar canais de ponte com a população (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

E se escreveram em torno de umas três mil pessoas inicialmente. Para garantir a formação desses agentes popular de saúde, o MST organizou com a rede estadual e deslocou militantes do campo do MST para dar apoio as iniciativas de Recife.

[...] o Recife está com efervescência de iniciativas e o dirigente do MST aqui em Recife conversando com a direção Estadual do movimento, disse preciso de militantes do MST vindo morar em Recife dentro do Armazém do Campo para gente ter uma brigada própria nossa de pessoas que nos ajudem a descentralizar essa história do agente popular de saúde (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

Por isso, veio uma turma do Sertão e do Agreste que são militantes históricos do MST e que atuam no campo. Essas pessoas não conheciam Recife, mas conheciam a luta popular e sabiam como se organizar, como organizar o povo. Então foram formadas as Brigada de Mobilização Territorial<sup>19</sup> que consistiu em “sujeitos militantes que contactam as lideranças e pactuam a formação de Agentes Populares de Saúde nos bairros, acompanham a formação e, posteriormente, o trabalho organizativo da comunidade” (Albuquerque; Mélo; Barros, 2021, p. 87). Essas brigadas de mobilização tinham um caráter transitório, porque buscavam resgatar memórias, impulsionar e desenvolver experiências de organização e luta comunitária, com futuro desligamento do local (Albuquerque; Mélo; Barros, 2021).

As brigadas de Mobilização Territorial do MST foram inseridas nas diferentes comunidades em Recife e esses(as) brigadistas atuaram ajudando a fazer o projeto dos(as) agentes cobrir a demanda que estava chegando. Primeiro os(as) brigadistas realizaram os cursos de formadores e depois foram capacitados a dar as aulas. O projeto se propagou muito rápido e tinha muita gente ligando atrás dos agentes populares para levar para os seus bairros.

[...] era muita demanda e aí a gente precisava dessas pessoas. Então essas pessoas foram treinadas por nós né que estávamos à frente do setor de saúde aqui da Brigada de saúde com a parceria da Fiocruz e UFPE a gente fez essa formação de formadores e eles foram para os territórios botar esse curso em ação (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

Então foram, não sei os números certo aqui, mas eu acho que passaram, em Pernambuco, passaram de 150 turmas que variavam de entre 10 e 15 pessoas mais ou menos algumas... (Liderança Estadual MST/PE - M6).

O curso foi oferecido também para profissionais de saúde da atenção básica. A ideia era que os próprios profissionais de saúde fossem multiplicadores e formassem outros agentes populares de saúde nos seus territórios. Por isso, foram abertas turmas para agente comunitário de saúde para que eles abrissem turmas de agentes populares. Além disso, tiveram turmas que eram compostas pelos(as) profissionais da unidade de saúde inteira: médico, enfermeiro, dentista, ACS. Foram formadas turmas de residentes também como a Residência da Família de

---

<sup>19</sup> A palavra brigada remete “às experiências de luta social desenvolvidas na América Latina, seja nas revoluções nicaraguenses e cubana, como também às brigadas de solidariedade que o MST desenvolve no Haiti e em outros países” (Albuquerque; Mélo; Barros, 2021, p. 87).

Jaboatão dos Guararapes que são uns 40 residentes. Em Recife teve a participação de alguns profissionais do NASF também que auxiliaram na formação de novas turmas voluntariamente, porque via prefeitura não foi possível realizar o projeto em conjunto.

Aos poucos os agentes populares de saúde foram deixando de fazer apenas essa atuação de orientação para covid e começaram a expandir suas atuações nos territórios. E percebendo essa necessidade de dar continuidade ao projeto, foi lançando em setembro de 2021 a segunda cartilha do curso que visava aprofundar as discussões de saúde e sobre o SUS e ampliar a atuação dos agentes populares. Além disso, era necessário atuar para incentivar a vacinação da covid-19, sendo esse um tópico que não havia sido discutido na primeira cartilha.

Essa segunda cartilha foi dividida em mais três módulos, sendo: módulo 4, módulo 5 e módulo 6. Essa segunda cartilha teve como base os problemas oriundos da pandemia que vão além da covid-19 “como a desinformação, a lentidão do processo de vacinação e o crescimento da insegurança alimentar” (Méllo *et al.*, 2021, p. 13).

O módulo 4 “Saúde é direito de todos e dever do estado” teve como objetivos: debater sobre o que é ter saúde e compreender a determinação social do processo saúde-doença; compreender a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado; conhecer a história de luta na criação e construção do Sistema Único de Saúde (SUS); compreender os princípios do SUS, a estrutura, fluxos das Redes de Atenção à Saúde e dos serviços de saúde presentes no território; debater os ataques ao SUS e as tentativas de seu desmonte; e conhecer os instrumentos de participação (Méllo *et al.*, 2021, p. 15).

O módulo 5 “Vacina no braço é a única solução da pandemia?” buscou trazer a discussão sobre as vacinas e sobre as notícias falsas veiculadas sobre a vacinação da covid-19. Esse módulo teve como objetivo: compreender o que é uma vacina e como ela funciona; desmistificar as notícias falsas sobre a vacinação; refletir sobre a importância da vacinação completa para covid-19 e continuidade de uso de máscaras de proteção individual; compreender o Programa Nacional de Imunização do Brasil e o funcionamento deste em sua cidade e comunidade; formar e engajar Agentes Populares em campanhas e outras estratégias de conscientização e estímulo à vacinação contra covid-19 (Méllo *et al.*, 2021, p. 43).

Esse capítulo foi importante, porque o Brasil teve uma alta disseminação de notícias falsas sobre a vacina de covid-19. E no caso de Recife, por exemplo, a prefeitura e vários outros municípios de Pernambuco adotaram os aplicativos na campanha de vacinação. Essa iniciativa se tornou uma barreira de acesso para os territórios onde os agentes populares estavam atuando, tendo em vista que muitas vezes as pessoas não tinham um celular que comportava o aplicativo

para baixar. Além do analfabetismo digital que dificultava o acesso, principalmente, do público mais velho.

Então tudo isso passou a ser barreira de acesso e essas pessoas a gente foi também discutir isso com o agente popular. Você tem que aprender na prática, vamos lá baixa o aplicativo no seu celular, de quem aqui dá para baixar, pronto. Como é que você pode ajudar a comunidade a agendar a vacinação? E aí a gente fez um mutirão de acesso a vacinação né... para dessa forma os agentes populares deram esse giro em 2021 para atuar nessa questão de ajudar a população a se vacinar e a quebrar as fake News (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

E módulo 6 “Para ter saúde tem que ter alimentação” abordou as questões de segurança alimentar e saúde. Esse módulo buscou trazer um conteúdo mais político abordando o agronegócio e o que é a agroecologia. Quem produz alimento pra cidade e quem produz para exportação. O que é uma alimentação saudável. Quais as condições da gente ter uma alimentação saudável diante da escassez. Esse módulo teve como objetivo: entender como se dá a alimentação das famílias na comunidade; discutir sobre as diferenças entre alimentação natural x alimentação industrializada e como promover a saúde através dos alimentos; compreender de onde vem e como são produzidos os alimentos; compreender como o agronegócio interfere na qualidade da nossa alimentação; discutir como a agricultura familiar e a agroecologia são alternativas ao agronegócio, produzindo comida de verdade, promovendo soberania alimentar e proteção ambiental; compreender a origem da fome e entender o acesso à alimentação enquanto direito; e propor meios de organização popular para superação da fome.

A partir da formação dos(as) agentes populares de saúde, foram realizadas diversas ações pelos agentes populares que variaram de acordo com territórios e comunidades atendidas. Entre as ações citadas nessa pesquisa estavam ações de vigilância popular em saúde (levantamento dos casos, isolamentos dos casos ativos, fomento do uso de máscaras, distanciamento social e higienização) e ação de educação populares em saúde (orientações sobre prevenção ao vírus da covid-19, organização de luta para garantia de direitos, assessoria para acesso ao auxílio emergência...).

Foi realizado ações de comunicação, como oferecimento de um curso de Comunicação Popular. Esse curso reuniu em torno de umas trinta pessoas das comunidades e foi uma demanda observada nessas comunidades através do Agentes Populares de Saúde. O curso abordou sobre oratória e como passar informações, como produzir e realizar pequenas edições em vídeos, produção de vídeos curtos para o TikTok ou para o Instagram. O objetivo era formar pessoas para construir como comunicador(a) popular em suas comunidades.

Outro exemplo de ações de comunicação e educação em saúde foi a bicicleta da saúde, no qual os agentes populares de saúde saíam nas ruas de bicicleta e um rádio com orientação e informações da pandemia de covid-19. Além disso, teve locais que utilizaram teatro para realizar o trabalho educativo.

[...]outras ideias apareceram como por exemplo como melhora a comunicação nos bairros. Aí veio a ideia da **bicicleta da Saúde**, aí dentro do bairro a gente começou a perceber outras necessidades que as pernas não davam de fazer, mas também se iniciaram... se iniciaram uma rede de bibliotecas populares aí... (Liderança Estadual MST/PE - M6).

[...] A gente teve turmas só de agentes de saúde, que algumas se perpetuaram assim num trabalho educativo, uma formou um teatro, uma formou um teatro sobre os cuidados da pandemia e saiu fazendo apresentações de teatro no período todo assim... (Professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE - M5)

De acordo com Albuquerque, Mélo e Barros (2021) as bicicletas da saúde apresentavam dicas de saúde e proteção contra o coronavírus, serviços, acesso à rede emergencial, avisos locais e alguns temas políticos. As bicicletas foram arrecadadas através de doação de bicicletas usadas, que foram reformadas através das oficinas junto à população de rua e acopladas a elas uma caixa de som. Assim, a bicicleta foi utilizada como um meio transporte e também de comunicação “rodando pelos bairros com um programete, produzido em parceria com o Brasil de Fato PE” (Albuquerque; Mélo; Barros, 2021, p. 89). Os conteúdos das bicicletas também foram circulados pelo Whatsapp, chegando aos bairros que ainda não tinham a bicicleta e, em alguns casos, o mesmo conteúdo foi transmitido por rádios comunitárias e rádios poste (Albuquerque; Mélo; Barros, 2021).

Como citado acima, teve também a criação de bibliotecas populares em alguns bairros buscando proporcionar as crianças e adolescentes acesso a livros e espaços culturais e de lazer, tendo em vista o fechamento das escolas. Entre as ações de segurança alimentar e nutricional foram organizados bancos populares de alimentos e cozinhas comunitárias. De acordo com Albuquerque, Mélo e Barros (2021, p.86):

A ideia de bancos populares de alimentos em cada uma das comunidades foi sendo formatada e se estruturou numa Rede de Bancos Populares de Alimentos, com o chamado Banco Mãe, com sede no prédio anexo ao Armazém do Campo e 21 bancos comunitários, em locais definidos pelos agentes populares envolvidos. Os bancos de alimentos de cada bairro são abastecidos pelo Banco Mãe, mas também por doações internas, de famílias e comércios da própria comunidade. Nesses bancos de cada bairro, os agentes junto a coordenação territorial e outros moradores discutem e definem quais famílias precisam de alimentos naquela semana, fomentando a troca de itens alimentícios entre as famílias e a gestão comunitária do banco.

Dessa forma, os bancos populares de alimentos foram coordenados pelo próprio território e foram fomentados também pela solidariedade local. Essa ação foi essencial para auxiliar a população que estava em situação de insegurança alimentar conforme apresentado na fala abaixo de uma das lideranças entrevistadas.

[...] aí a gente instalou o Banco Popular de Alimento, porque com a pandemia aqui é um bairro... A gente sabe que tem bairros que está em situação de vulnerabilidade pior né, que o pessoal não tem onde morar e são palafitas, enfim. Mas aqui é o que acontece aqui a galera mexe muito com comércio. Então tinha o seu comércio, tinha o seu trabalho direitinho, mas com a pandemia parou tudo, começa a cair, o pessoal ficou desempregado e às vezes a gente vê aquela casa linda, bonita, maravilhosa, mas achava que o pessoal tinha o que comer dentro de casa e não tinha. Aí foi quando a gente começou a fazer o cadastramento das famílias e quem estava precisando ver quem estava desempregado. Aí a gente está no Banco Popular de Alimento e começou a fazer a arrecadação de alimentos e distribuição (Liderança Local da Brigada Solidária Ibura MST/PE - M8)

Foi possível visitar também a cozinha comunitária das palafitas. As palafitas são habitações construídas sobre troncos ou pilares nas margens do Rio de Recife. Essa é uma área descoberta pela Atenção Primária a Saúde e com problemas de desabastecimento de água (havia apenas um acesso de água para toda comunidade, onde as pessoas tinham que encher baldes e levar para sua casa, como eram muitas pessoas e saía pouca água esse processo poderia demorar horas). A cozinha foi construída a partir da percepção dos agentes populares de saúde do local e funcionava 4 vezes por semana servindo almoço e janta no local.

Figura 27 - Cozinha das Palafitas



Fonte: Acervo Pessoal

Figura 28 – Criança levando comida nas cozinhas das Palafitas



Fonte: Acervo Pessoal

Outra ação foram as hortas urbanas e hortas de plantas medicinais que foram construídas em diversos territórios. Além disso, foram realizadas oficinas de plantas medicinais para compreender como utilizar essas ervas nas comunidades, nesse sentido foram compartilhados diversos conhecimentos tanto das PCFA quanto conhecimentos desenvolvidos nas universidades. A partir desse conhecimento foram estruturadas Farmácias Vivas nas comunidades incorporando o conhecimento do povo com os conhecimentos científicos sobre as PICS e as práticas tradicionais e populares de cuidado. Um exemplo foi na comunidade de Ibura que além de construir a horta de plantas medicinais, a Farmácia Viva, também utilizaram um terreno que historicamente na comunidade era utilizado para deixar lixo.

[...] Ai a gente fez a primeira missão que veio com os agentes populares de saúde que foi porque aqui no final do rua tinha um lixo enorme, um lixo que era desde criança que sempre existiu aquele lixo ali, ai eles deu a proposta que se a gente quisesse limpar, criar um jardim, enfim... ai a gente no começo não quis não, a gente ficou com medo, que já deu até morte por causa desse lixo aí, mas aí a gente decidiu fazer e juntou com os agente populares. Alguns vizinhos ajudaram e a gente tirou o lixo tudo, o povo ia colocava o lixo e a gente ia lá e tirava. Aí enfim o jardim ta ali graças a Deus e não colocaram mais lixo ali, parou a lixaiada aqui na rua. Aí a gente criou também... e veio a professora da UFPE, não lembro nome porque veio tantas professoras aqui, e ela veio pra dar curso de tinturaria e lambedores. A gente criou a Farmácia

Viva do lado do jardim e foi ótimo. Foi ótimo mesmo, porque assim foi bem quando estava no auge da pandemia e ela trouxe... Porque tudo, quando alguém ficava doente aqui até os meninos dizia "oh mãe, faz aquele remédio pra isso e aquilo". Aí depois que ela veio eu comecei a me familiarizar. Aí ela veio a gente fez a farmácia viva (Liderança Local da Brigada Solidária Ibura MST/PE - M8).

Figura 29 - Horta Medicinal Comunidade Ibura, Recife (PE)



Fonte: Acervo Pessoal

Em alguns casos, como em Alagoas e Maceió, o agente popular em saúde conseguiu uma ótima articulação com a APS, fazendo uma ponte entre sua comunidade e o posto de saúde, levando medicação, marcando consultas, entre outras atividades. Essa articulação ocorreu, principalmente, em áreas descobertas pelos agentes comunitários de saúde e que não estavam tendo esse acompanhamento mais de perto.

[...] em Alagoas e Maceió, a gente conseguiu que o agente popular fosse reconhecido, tão bem reconhecido, que ele passou a funcionar como agente comunitário, assim marcando consulta sabe e levando medicação. Fazendo coisas que era para o agente fazer, mas a gente avalia que isso foi a necessidade do próprio serviço que tinha que dar conta daquela área descoberta e que não tinha como fazer e nem como entrar muitas vezes né na área... (Professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE - M5).

Além disso, foi realizado ações de direitos reprodutivos para mulheres, ações para promoção da saúde das crianças, aulas de dança, rodas de conversa sobre saúde mental, entre

outras diversas atividades desenvolvidas em cada comunidade de acordo com as necessidades. Os agentes populares de saúde foi um projeto que apostou na organização popular e no cuidado mútuo, oferecendo ferramentas ou o impulso necessário para que as próprias comunidades se organizassem de acordo com suas demandas.

### 8.3.1 Agentes Populares de Saúde do Campo

Os Agentes de Saúde do Campo foi a expansão do projeto de agentes populares de saúde para o campo. O projeto foi desenvolvido considerando as mesmas preocupações da cidade sobre a falta de orientação sobre a covid-19, somada com as singularidades do campo no qual essa situação era agravada pelas históricas barreiras de acesso e atenção à saúde e das diversas áreas descobertas pelos serviços de saúde. O MST já sabia que havia diversos assentamentos e acampamentos descobertos pelos serviços de saúde e que necessitavam dessa referência em saúde para garantir que as informações corretas chegassem aos seus territórios.

[...] oh não tem ninguém orientando as pessoas lá, as pessoas estão perdidas, não sabem como faz, não sabem como pega”, e ai estão indo para feira, porque as feiras são muitos espaços de comercialização do nosso povo do campo, ta indo pra feira, e ta indo pra feira sem nenhuma defesa. Então veio daí essa necessidade de formar o agente, só que no campo, como a gente já tinha a necessidade, a gente já sabia que os assentamentos eram áreas descobertas. Como eu te falei Normandia, sei lá, nem sei se é pouco mais de 10 anos que o agente comunitário de saúde (ACS) não visita a comunidade, não visita as gestantes, não sabe se tem gestante. Então assim, é as crianças, a gente encontrou crianças com deficiências graves que precisavam ter tido encaminhamento anteriormente e o agente de saúde nem sabia que elas existiam. Então é uma área descoberta mesmo, a gente não seria muito falar que ela é descoberta do SUS, porque o SAMU não vai, a assistência social não vai, ninguém vai né, então é assim uma desassistência muito grande (Professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE - M5).

[...] E aí nós, com esse processo todo a gente cria, né? A gente vê que o nosso assentado também precisava se cuidar enquanto saúde, né? Não só como o contexto da pandemia, com a questão do coronavírus, mas também porque a nossa população, como já era desassistida pela atenção primária, a gente teve que buscar alternativa e através dos agentes populares de saúde foi que a gente conseguiu dar uma assistência um pouco da saúde a nossas áreas (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M3).

Por isso, uma liderança estadual do setor saúde de Pernambuco foi designada para ir a Recife participar da formação de formadores para levar o projeto dos agentes populares de saúde para o campo. Esse projeto foi nomeado como Agentes Populares de Saúde do Campo e

essa liderança foi responsável por organizar a formação dos agentes populares de saúde do campo na base do MST nos assentamentos e acampamentos.

Em junho de 2020 que se inicia a interiorização dos agentes populares de saúde. As ações se estabeleceram primeiramente na Região Metropolitana e depois foram se deslocam para as formações no interior, desde Serra Talhada, Santa Maria da Boa Vista, Caruaru, Garanhuns, entre outros municípios de Pernambuco. E nesse processo também foi iniciado formações online com outros estados para que o projeto se expandisse para outras regiões.

Para a formação dos agentes populares de saúde do campo foram utilizados como base o mesmo curso e as mesmas cartilhas dos agentes populares de saúde, mas com algumas adaptações trazendo a realidade do campo para as discussões. Isso porque as realidades eram diferentes e poderiam ser utilizadas formas diferentes de prevenção ao vírus como as barreiras sanitárias, que foram mais difundidas no campo que nas comunidades de Recife.

[...] por exemplo, teve áreas que fizeram **barreira sanitária**, então a gente **orientava barreira sanitária**, mas no geral a formação estava sendo a mesma, então (nome) principalmente, mas também PJR (pastoral da juventude rural) levou para o interior, fez várias turmas lá, ai eu acho que tem quase todas as áreas o sertão, do agreste, do agreste setentrional que é Garanhuns, da região daqui da zona da Mata, a gente chama de zona da Mata por causa da Mata Atlântica (Professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE - M5).

Os Agentes Populares de Saúde do Campo foram levados só no estado de Pernambuco para mais de 30 municípios e o projeto foi organizado em conjunto outras redes como a Pastoral da Juventude Rural (PJR), Movimento Camponês Popular (MCP) e o Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA). A partir dessa rede e por dentro da estrutura orgânica do MST o projeto dos Agentes Populares de Saúde do Campo foi se interiorizando. Esse processo de formação iniciou em Pernambuco, mas logo foi expandido para outros estados.

Foi através dos agentes populares de saúde do campo que o MST conseguiu organizar e manter o acompanhamento das famílias da sua militância, a partir do levantamento de dados e das ações de vigilância popular em saúde e educação popular em saúde. Além disso, foi desenvolvendo várias outras atividades, como a produção dos fitoterápicos, a produção dos hortos medicinais, os processos de formação de como saber como lidar com as situações de doença, de cuidados das famílias, de conhecimento do SUS e da própria militância de luta por direitos.

[...] isso porque o processo de formação dos agentes ele parte desde os **cuidados da pandemia** de como as pessoas se prevenir ao coronavírus, de ensinar o uso da máscara correta, lavagem das mãos, manter o distanciamento.

Mas ele também vem com o **processo de formação militante**, que é desde o cuidado, desde a organização dos assentamentos. E essa questão também de como a gente tem atuado para dentro da cidade, porque a gente precisa também cuidar das pessoas, porque a gente vai ter contato dentro dos assentamentos. Então essa importância da gente também formar pessoas ou as comunidades próximas, principalmente a cidade (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M3).

Importante ressaltar que o processo de formação dos agentes populares de saúde do campo expandiu os assentamentos e acampamentos do MST, buscando alcançar a diversidade das PCFA. Nesse sentido, houve formações também em comunidades rurais, quilombolas, indígenas, ribeirinhos, entre outras. Essa formação foi se adaptando e respeitando as diversas realidades existentes no campo.

[...] a gente fez esse processo de formação nas nossas áreas de assentamento e acampamento, como também algumas comunidades, outras comunidades **rurais, como os quilombolas, aldeias indígenas**. E o processo de informação ia se dando de acordo com a **realidade de cada comunidade** que a gente ia por nossos assentamento, a gente fazia de acordo com a nossa realidade, como que a gente vivia, da relação das famílias e do que a gente poderia estar produzindo, do que a gente poderia buscar enquanto formação ou de trabalho ali dentro das nossas áreas. Dos quilombolas, já tinha uma outra realidade. Então a gente trabalhava com eles, com a vivência deles e os indígenas. Para mim foi bem bonito ter que trabalhar com os indígenas, porque a realidade indígena é completamente diferente, por mais que seja no campo, sejam ribeirinhos e tudo mais, são uma realidade que eles trabalham os **seus saberes, as ancestralidades**, mas que eles abraçaram os agentes popular de saúde como referência da saúde para eles, né? E aí eles têm o apoio do cacique. Eles fazem o resgate de todo o processo histórico da saúde dos ancestrais e continuar atuando, tipo fazer um resgate de muitas plantas que estavam a se perder na aldeia. Então, assim, **todos os processos de formação dos agentes de população, tudo foi trabalhado de acordo com as realidades** (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M3).

Além disso, os agentes populares de saúde do campo eram os responsáveis por cuidar e monitorar o povo, além de repassar essas informações para outras instâncias do movimento, assim munindo o MST com dados sobre a covid nos seus territórios. Foram realizadas turmas em diversos estados, quase todos os 24 estados em que o MST atua hoje. E foi dado continuidade nesse processo, tanto em alguns estados por conta própria, como pela a FIOCRUZ Pernambuco, para o Nordeste.

Nesse sentido, na metade do ano de 2021, a FIOCRUZ em conjunto com MST conseguiu uma emenda parlamentar com financiamento para multiplicar essa formação dos agentes populares de saúde do campo. Foi observado a necessidade dessa ampliação da atuação no campo, porque a barreira de acesso aos serviços de saúde é muito maior e o modo de vida

da população do campo é diferente, por isso, está sendo produzido um material pedagógico específico para essa área, para dar seguimento a esse projeto considerando as especificidades das PCFA. Essa formação deve considerar os saberes e cultura das PCFA, incentivando o uso das plantas medicinais, dos lambedores, a valorização desses saberes que já estão consagrados no campo, na água e nas florestas e que tem tanta riqueza.

Com a implementação dos agentes populares de saúde do campo foi observado a necessidades dessa atuação desses agentes que hoje estão sendo a referência de saúde nesses locais. Como o campo ainda está descoberto, não havia referências de saúde, grande parte dos assentamentos e acampamentos que seguem desassistidos pelo sistema público de saúde e os agentes populares de saúde são muitas vezes essa ponte entre o SUS e os territórios de campo.

[...] são áreas descoberta da atenção primária, isso seja, de todos os municípios. Então isso nos afeta, porque com essa questão da gente não ter acompanhamento e a gente não ter posto de referência, o nosso pessoal fica desassistidos e com os agentes populares de saúde hoje, sendo a nossa referência, a gente tem uma visão de que tipo, o quanto que é necessário. A gente só precisa ser reconhecido enquanto uma referência importante de cuidado, porque se não tem agente de saúde que possa nos acompanhar, a gente não vai ter esse acompanhamento mesmo da equipe de saúde, do posto, enfim, pela Secretaria de Saúde (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M3).

[...] todos os nossos agentes têm a orientação de procurar a Secretaria de Saúde e falar que aquela comunidade tinha como referência o agente popular de saúde e que eles têm esse trabalho. E aí muitos já são referência do assentamento. Muitos, por exemplo, cuidando do espaço da saúde, ele organiza o espaço que o posto de saúde vai fazer, atendimento médico, enfim. De certa forma, eles já são referência dentro do território [...] nós enquanto setor de saúde, a gente viu o quanto que é importante a gente ter os agentes [populares de saúde do campo] dentro das nossas áreas. É a gente busca sim dar continuidade na formação, nas áreas que ainda não conseguimos chegar e buscar projetos sim, para manter pelo menos ele é assistido de alguma forma às suas necessidades mais básicas. (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M3).

Nos locais visitados foi possível conhecer um pouco mais do trabalho das agentes populares de saúde do campo. Foi possível perceber sua relação com suas comunidades de cuidado e confiança, quando conhecemos as comunidades tivemos a oportunidade de conversar não apenas com os agentes populares de saúde do campo, mas também com os(as) assentados(a) e acampados(as). Os relatos sobre a atuação demonstraram a importância dessa referência de saúde e a relação de confiança estabelecida nesses locais.

Foram diversas ações realizadas pelos agentes populares de saúde do campo: organização das barreiras sanitárias e do isolamento social; ações de educação popular em saúde e repasse as orientações, informações, alertas de saúde pública; utilização dos cuidados

tradicionais e populares através das plantas medicinais, da auriculoterapia, entre outras; cuidado das pessoas acometidas pelo covid-19 através da orientação e de visitas; distribuição de cestas básicas quando houvesse necessidade; organização do setor de produção para manter a produção e cuidados com a pandemia; organização de economia solidária entre os assentados (compra, venda e troca de produtos) para que não faltasse alimento para todos dentro dos assentamentos e acampamentos; organização de cozinhas coletivas dentro dos acampamentos; entre outras atividades que ocorreram para garantir e promover à saúde dessa população.

[...] em relação a fazer o cadastramento pras vacinas, desde o começo da pandemia, que tinha que fazer, que tinha que fazer esse cadastro pra ir pra cidade, eles chamavam. Eu fiz praticamente de todo mundo aqui, fiz esse processo, tudo certinho, pegava a documentação do pessoal, fazia esses cadastros, coisas assim, que era para o agente fazer, e ele não fazia. E eu fiz tudo direitinho, é o uso de máscara mesmo, como eu fui para a formação dos agentes populares, eu aprendi tudo certinho, como que tirar a máscara, guarda tudo direitinho, aí fui passando para as pessoas, eu achei que assim, foi bem importante a formação (Liderança Local de Saúde do Assentamento Virgulino Ferreira MST/PE - M2).

[...] foi uma responsabilidade para nós enquanto agentes de saúde, porque nós tivemos que buscar conhecimento que nós não tínhamos pra poder passar para eles. **Nós nos formamos durante a pandemia, porque o movimento olhou para dentro da estrutura do setor de saúde e viu que precisava de nós termos uma estrutura maior e criou esse estudo.** Esse curso para a gente, dos agentes populares, para nos formar pra gente poder cuidar do nosso povo. Fizemos o curso online. E aí eles passavam, agente entrava e a gente estudava. Era das 14h00 às seis da tarde. Aí nós aprendemos no o curso de agentes, como abordar os nossos companheiros, porque nós temos pessoas lá de 70-75 anos que não conseguem entender (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST-PR – M11).

[...] teve coisas muito incríveis, teve uma oficina que eu fui fazer na Paraíba já no final do ano passado e já na segunda fase que foi essa que eu te falei que é onde a gente discute saúde como um todo e as doenças como um todo. E aí quando chegou a gente fez uma distribuição, é uma classificação e a gente saiu juntando as doenças mais prevalentes que eles juntaram e um grupo foi o câncer né e a gente colocou o câncer e outras doenças crônicas. E aí perguntei, mas por que que a senhora tá colocando o câncer, já tem muita gente com câncer lá? Aí ela disse que tinha, aí eu fiz então e por que será que tem esse câncer? Ela disse **agrotóxico** porque a gente muitas vezes né, eu achei o máximo, porque a gente muitas vezes né não faz a relação. A gente vai receber uma pessoa, você vai receber uma pessoa e vai tratar como se não fosse nada daquilo né. E eles como estão ali no dia-a-dia, ela disse que é um uso enorme **de agrotóxico na área** dela. Então ela fez essa vinculação entre o câncer das pessoas né e o agrotóxico. E foi interessante também desse... (Professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE - M5).

A PCFA é diversa e contou com essa gama de possibilidades para se organizar para o cuidado coletivo de seu povo e para cuidar também da população vulnerabilizada das cidades.

Os agentes populares de saúde do campo foram necessários para demonstrar a importância e a potência da organização popular na garantia da saúde e dos direitos sociais, mas também deixou registrado o descaso do SUS com a saúde dessa população que há anos está descoberta dos serviços da APS.

Os agentes populares de saúde do campo tornaram-se referência para saúde do campo em um período de emergência sanitária e descaso do governo na assistência à saúde dessa população. E agora segue a luta para o reconhecimento do trabalho dos agentes no campo e da necessidade de implementação políticas que integrem eles aos serviços de saúde.

### **8.3.2 Agentes Populares de Saúde e garantia de saúde no campo e na cidade: o povo cuidando do povo.**

O projeto dos agentes populares de saúde e agentes populares de saúde do campo teve sua atuação voltada tanto para as ações de proteção ao vírus da covid-19 como também em questões de segurança alimentar e nutricional, garantia de renda, organização comunitária, mobilização popular, cuidado em saúde, promoção da saúde tanto para PCFA como para a população da cidade. Conforme a professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE (M5):

[...] a gente tem muitas histórias né, a gente começa com a covid mesmo que eu acho que foi o maior resultado positivo, tanto no sentido de se proteger, de usar máscara, de fazer o afastamento, de fazer a limpeza né... como também de socorrer, teve muitos, muitos casos que eles socorreram. Então a coisa do isolamento também né, ficar em cima para poder a pessoa ficar isolada, também teve uma participação grande deles. E o espaço, assim que variou muito de comunidade para comunidade né, porque foi banco popular de alimentos, se distribuiu marmitas, como se fazia com a questão da alimentação e/ou do roçado solidário que já tem as outras áreas que não recebem né, elas doam. Então é nessas áreas eles foram muito importantes né, na viabilização do auxílio emergencial também, ir lá e tirar dúvidas dos processos em relação aos auxílios emergências. Aos diversos né... Por exemplo a gente ajudou muito também no seguro-desemprego porque muita gente é... terminava sem seguro desemprego né, então também teve outros benefícios que puderam ser articulados.

Para além das questões emergenciais que surgiram com a covid-19, os agentes populares de saúde tanto no campo como na cidade estabeleceram um elo com sua comunidade, dando continuidade ao seu trabalho e, em muitos casos, criando uma relação com a unidade básica de saúde do território e trabalhando em conjunto com o sistema público de saúde. Nesse sentido, iniciou também demandas clínicas que tiveram que ser referenciadas para APS para garantir o cuidado integral da saúde da comunidade e da militância do MST.

Teve depois... eles começam a trazer para gente as demandas clínicas, então pressão alta, o que faz né, diabetes, doenças crônicas de uma forma geral, então teve um trabalho de sensibilização para que o próprio paciente cuide da sua saúde e eles têm de toda forma aquela relação com a unidade de saúde da família que é levar né... olha só tá aqui precisa de marcar uma consulta né. E tá aqui você marque. então é uma intermediação, é um pouco o que é o papel do agente comunitário que é o elo entre a comunidade e a unidade de saúde (Professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE - M5).

Nesse sentido, o projeto dos agentes populares de saúde apostou em estratégias territorializadas, de educação e vigilância popular em saúde, de prevenção e promoção da saúde, diferentemente do Estado brasileiro que invisibilizou e enfraqueceu a atuação da Atenção Básica em Saúde. O Estado apostou em estratégia voltadas essencialmente para atenção hospitalar, compreendendo que a atuação iniciaria quando o quadro estivesse tão grave que a pessoa precisasse ser internada, não considerando outras estratégias que compõem a APS como a promoção, proteção da saúde, prevenção de complicações, diagnóstico precoce, indicação do tratamento oportuno (Albuquerque; Mélo; Barros, 2021). Dessa forma, as esferas governamentais contribuíram para que a Atenção Básica não atuasse na linha de frente da pandemia:

[...] seja por conta do número limitado de EPIs, seja por contenção de gastos (os profissionais poderiam fazer jus ao adicional de insalubridade no montante de 40% do salário mínimo), muitos gestores dispensaram os profissionais da Atenção Básica de suas atividades, colocaram em férias coletivas, trabalho remoto, atividade interna à unidade de saúde.” (Albuquerque; Mélo; Barros, 2021, p. 77)

Entretanto, as autoras nos lembram que “nenhuma pandemia ou epidemia pode ser enfrentada sem ações de promoção da saúde, sem ações preventivas, sem educação em saúde, sem educação popular em saúde, enfim, sem a Atenção Básica do SUS do Brasil” (Albuquerque; Mélo; Barros, 2021, p. 77). A educação em saúde faz parte das estratégias de contenção de pandemias de maneira prioritárias desde o início do século XX, quando Oswaldo Cruz comandava ações visando erradicar a febre amarela, a varíola, a peste e outras doenças. Ademais, mais recentemente os sistemas públicos de saúde enfrentaram as epidemias como de HIV/Aids, de cólera, de dengue, tendo a educação em saúde e a Atenção Básica como fundamentais (Albuquerque; Mélo; Barros, 2021). Na epidemia de cólera, por exemplo, os agentes comunitários de saúde foram importantes atores na contenção da doença, sendo instituídos na Região Norte justamente com o “objetivo de enfrentamento da pandemia, desenvolvendo ações de educação em saúde de casa em casa, e atuando na distribuição de

hipoclorito de sódio para o tratamento da água de beber” (Albuquerque; Mélo; Barros, 2021, p. 77).

Por isso, os agentes populares de saúde surgem a partir dessas premissas de que não se controla epidemia sem estas ações dentro dos territórios, apostando no fazer educação em saúde e educação popular em saúde e tornar essas ações prioridade nos territórios. As pessoas que fazem educação em saúde também são da linha de frente e precisam de EPIs, mas não podem ficar em casa nesse momento de crise (Albuquerque; Mélo; Barros, 2021).

Outra questão que surgiu das entrevistadas foi a importância do cuidado coletivo, entre as pessoas da comunidade, e a solidariedade, que é um valor essencial na construção de outro mundo, para além da lógica individual capitalista. Esses valores são fomentados pelo MST, mas também são valores caros e essenciais quando pensamos em uma sociedade saudável, sustentável e equitativa.

[...] em uma turma daqui, da região metropolitana aqui do Recife e que a Senhorinha ela nos contou que tinha uma vizinha em depressão e que tava na cama, na cama mesmo, que não se levantava, não tomava banho, não queria comer, ela tava na cama mesmo, e ela juntou "vou colocar a igreja" porque foi assim que ela se colocou. Eu peguei quatro pessoas da igreja, e eu propus para elas para fazer um revezamento, cada uma ia um dia para ficar com ela. E elas tiraram a mulher da depressão desse jeito... cada dia da semana, segunda é uma pessoa, terça é a outra, e a outra quarta, quinta é outra e assim elas foram, conversando, conversando, conversando, sem deixar ela ficar é... e eu achei primeiro uma **atitude inventiva**, ela teve essa **capacidade de criar** algo que ninguém ensinou para ela né... a **solidariedade ativa** onde você tem todo o pessoal trabalhando né para recuperar uma pessoas e a própria, vamos dizer assim... o próprio o benefício que ela fez né para essa pessoa chegar nesse ponto né... de realmente conseguir se levantar. É foi alguém perguntar assim, se vai essa pessoa vai deixar de usar remédio, não sei, mas a questão não era essa questão, a questão era de que nem o médico ia lá, nem enfermeira ia lá, nem o agente comunitário ia lá, nem se quer ficar sabendo que ela ta em depressão. Até para ela ir no médico ela precisava se levantar. Então assim muito, muito interessante, muito boa essa figura (Professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE - M5).

Então acho que isso foi quando a gente deu o giro que a gente tanto queria né, **de sair de uma de uma solidariedade passiva para uma solidariedade ativa né, onde o sujeito é ativo na defesa do território, no desenvolvimento territorial, portanto na garantia de saúde.** Então, esse foi um giro importante a gente dizia assim os agentes populares de saúde são a porta de entrada porque se na educação popular a gente só chega no território a partir daquilo que a comunidade entende que é prioridade e que é necessidade [...] **Então o agente popular de saúde foi esse sujeito, foi uma resposta, foi uma metodologia concreta de início de retomada do trabalho de base, do trabalho popular, da educação popular** (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

O Agente Popular foi uma atuação voluntária, com a tarefa de acompanhar as famílias do bairro/comunidade em que residem, fomentando uma rede popular de solidariedade (Siebra; Pinto; Albuquerque, 2022). Entretanto, devido aos resultados positivos em especial para PCFA, a militância do MST pretende além de expandir o projeto para todos seus territórios, lutar pela incorporação desses agentes populares de saúde do campo para dentro do SUS e para dentro de uma política nacional de saúde da PCFA.

A luta pela incorporação dessas experiências como política pública gerou frutos no governo atual. Foi aprovada a Portaria GM/MS nº 1.133, de 16 de agosto de 2023, que institui o Programa de Formação de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde. O Programa de Formação de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde visa “contribuir com a atuação dos movimentos sociais e populares na defesa do SUS e do direito à saúde, na perspectiva de fortalecer o protagonismo popular, a articulação de saberes e as práticas de educação popular em saúde nos territórios do SUS” (Brasil, 2023).

De acordo com a Portaria, o Programa de Formação de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde possui os seguintes objetivos: I - constituir uma rede nacional de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde, voltada para o fortalecimento do SUS e o desenvolvimento de territórios saudáveis e sustentáveis; II - fortalecer a participação popular em saúde no âmbito das comunidades periféricas urbanas e rurais em defesa do SUS e dos direitos sociais; III - incentivar e valorizar as práticas tradicionais e populares de cuidado, a comunicação e a educação popular em saúde; IV - implementar processos formativos referenciados nas Políticas Nacionais de Educação Permanente e Educação Popular em Saúde com lideranças comunitárias e atores dos movimentos sociais populares; V - fortalecer iniciativas comunitárias de promoção da alimentação saudável e combate à fome; e VI - contribuir com a elaboração de diagnósticos sócio sanitários locais, cooperando com a implementação de territórios saudáveis e sustentáveis (Brasil, 2023).

O Programa de Formação de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde se apoia no fortalecimento da participação popular em saúde e dos movimentos sociais, na formação de territórios saudáveis e sustentáveis e na educação popular. Esses são pilares importantes também do projeto Agentes Populares de Saúde que nasce dos movimentos populares e atua na mobilização dos territórios para iniciativas comunitárias, formação política para atuação na saúde e na segurança alimentar e nutricional e no desenvolvimento de territórios saudáveis e sustentáveis.

Os Territórios Saudáveis e Sustentáveis (TSS) podem ser definidos como:

[...] espaços relacionais e de pertencimento onde a vida saudável é viabilizada, por meio de ações comunitárias e de políticas públicas, que interagem entre si e se materializam, ao longo do tempo, em resultados que visam a atingir o desenvolvimento global, regional e local, em suas dimensões ambientais, culturais, econômicas, políticas e sociais (Machado *et al.*, 2018, p. 246).

O enfoque territorial é determinante para o desenvolvimento dos TSS, incluindo o envolvimento de atores locais. Por isso, os TSS visam contribuir para o protagonismo dos atores locais, para a valorização de saberes e práticas e para o reconhecimento de experiências sociais como caminhos autônomos para a construção de soluções para os problemas locais. Entre as estratégias para construir TSS estão a organização de espaços pedagógicos territorializados que estabelecem processos formativos críticos abordando “a inserção social dos sujeitos, sobre as relações de exploração do trabalho e sobre a dominação de gênero e raça, contribuindo para a construção de novas utopias civilizatórias/novas relações sociais simétricas” (Machado *et al.*, 2018, p. 247).

A sustentabilidade também é a base dos TSS, nesse sentido promover o uso sustentável dos territórios é componente essencial. A garantia do desenvolvimento local e regional e dos direitos sociais perpassa a luta por saneamento, acesso à água de qualidade, à segurança alimentar, com base na agroecologia e na educação popular. Machado et al. (2018, p.247) destaca que “os atributos de sustentabilidade no campo da saúde, ambiente e trabalho perpassam as questões de autonomia, resiliência, integração social, equidade de gênero e protagonismo dos jovens, que são constitutivos do conceito apresentado de TSS”.

É importante na formação de TSS a relação entre Academia – Comunidade – Produção Social para a ativação de redes sociotécnicas. O entrelaçamento dessas redes pode proporcionar o fortalecimento de uma ação comunicativa que permite a sustentação de uma posição contra hegemônica que confronta com o modo capitalista de produção, e aposta em um modelo mais cooperativo de produção e reprodução social. Dessa forma, na esfera global, deve-se priorizar a ciência e a tecnologia, voltadas para o bem-estar da sociedade e que devem subsidiar o modo de produção sustentável, contrapondo-se ao modelo de consumo e produção capitalista não sustentável (Machado *et al.*, 2018).

Portanto, o projeto dos Agentes Populares de Saúde foi importante para proteção social e de saúde das populações mais vulnerabilizadas em meio a pandemia de covid-19, para promoção da saúde emancipatória em seus territórios e para o desenvolvimento de Territórios Saudáveis e Sustentáveis (TSS). Atualmente, o programa de Formação de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde vem sendo construído com base nessas experiências que

ocorreram na pandemia e que foram exitosas, fruto da organização dos movimentos sociais e da mobilização popular, e que visam mudanças nas concepções de fazer saúde, nas relações de produção e com meio ambiente, na participação popular em saúde e no cuidado como ação coletiva.

#### 8.4 SOLIDARIEDADE ATIVA, SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E AGROECOLOGIA

O MST incorporou como tarefa principal do movimento as ações de solidariedade, sendo a segurança alimentar e nutricional a área de maior atuação, tendo a agroecologia como base da produção de alimentos para solidariedade. As ações ocorreram por todo Brasil de acordo com as realidades regionais e territoriais, mas seguindo as orientações da nacional do MST. Essas ações tiveram uma implicação importante na vida das pessoas e famílias que receberam as doações, mas para além da perspectiva mais assistencialista, o MST apostou em ações de formação política e de educação popular em saúde nos territórios que receberam as doações, além disso, a produção dos alimentos teve base a sustentabilidade e o respeito ao meio ambiente.

A construção de cozinhas populares e a doação de cestas básicas e outros alimentos foram estratégias utilizadas nas ações de solidariedade do MST. Essas ações visaram atuar no combate à insegurança alimentar e nutricional que se expandia no Brasil durante o período da pandemia de covid-19. As doações de cestas básicas e outros alimentos foram organizadas através de banco de alimentos e entre as cozinhas populares, tendo o projeto “Marmita Solidária” como principal ação na atuação de garantia da alimentação das pessoas em situação de rua.

O projeto Marmita Solidária foi implementado em diversas cidades e com diferentes experiências devido a diversidade do país. Essa pesquisa acompanhou as ações do Marmita Solidárias em São Paulo e em Pernambuco. Em São Paulo, o projeto iniciou na capital São Paulo, onde foram direcionados alguns militantes do movimento que moravam no interior para ir até a capital organizar o projeto, ajudando também a fazer as marmitas e distribuir para as pessoas em situação de rua. Foram criados protocolos de segurança para garantir a saúde da militância que foi ajudar nas ações de solidariedade, preconizando o uso de máscaras, a lavagem das mãos, o distanciamento social, garantindo assim que não houvesse contaminações entre os(as) militantes do movimento.

[...] eu acompanhei de perto as marmitas que a gente começou a fazer em diversas capitais. Então foi um período também que a nossa militância se desafiou, por exemplo, a agente começou a formar a primeira Brigada aqui em São Paulo. Então 20 militantes para fazer marmitas e a gente tava distribuindo 1000 marmitas por dia para pessoas em situação de rua. Então, foi um desafio que militantes pensaram, eu vou, porque é uma tarefa muito importante, saber que a gente vai produzir um alimento para matar a fome de uma pessoa, mesmo sabendo que aqui estava o epicentro da pandemia, todo mundo com medo de vir para São Paulo. Nós garantimos um protocolo. Acompanhando, quem estava responsável por acompanhar diariamente. Mas a gente fez esse trabalho que foi muito bonito (Liderança Nacional de Saúde MST - M10).

E eu acho que uma coisa que percebi enquanto da produção, foi que neste período da pandemia e isso já é de conhecimento, vamos dizer, nacional, uma linha política que nós tiramos: as ações de solidariedade. Ao longo de até agora, por exemplo, nesse período da pandemia nós entregamos já em torno de 1.500.000 marmitas. Inclusive daqui do Marielle, teve pessoas que, nós estávamos com o projeto Periferia Viva e marmita solidária em São Paulo. E o Marielle, nós formamos uma brigada que foi, ficou seis meses em São Paulo e trabalhando nesse projeto, a Marmita Solidária. E entregava em torno de 300 marmitas todos os dias, tanto para as pessoas em situação de rua, como os imigrantes, principalmente os haitianos e venezuelano que estavam ali em torno de São Paulo (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9)

Em Pernambuco, as ações iniciaram na cidade de Recife que fez uma articulação em torno da Campanha Mãos solidárias e do Armazém do Campo que, inicialmente, foi o pólo aglutinador das ações de solidariedade. Foi em 17 de março de 2020, uma semana depois da deflagração da pandemia que o movimento iniciou sua mobilização, em conjunto com outros movimentos populares e organizações da sociedade civil, contra a crise sanitária da covid-19 e contra seus desdobramentos para as populações mais vulneráveis. Entre as primeiras ações estava a produção de marmitas para população em situação de rua através do projeto das marmitas solidárias.

Então o armazém do campo foi esse catalizador, eu acho que com muita coragem ousadia né, porque dia 17 de março, ou seja, uma semana dias depois da deflagração da pandemia enquanto a pandemia mesmo. O movimento se arriscou foi para dentro do Armazém do campo mobilizou inicialmente as ONG e os grupos que atuavam ali no torno do Armazém com a população de rua então e foi atrás desses grupos que distribuía sopa que fazem trabalho mais assistencialista em torno do armazém do Campo, porque o armazém fica no centro no coração da cidade do Recife e essa população em situação de rua já vinha em uma crescente.... já era uma coisa, mais uma prova desse desgoverno aí e dessa desassistência das políticas sociais (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

Então a gente foi para o armazém, juntamos essas organizações também, fizemos ligações para os sindicatos parceiros, para as organizações compõem a frente Brasil Popular com quem a gente já vinha atuando com uma

perspectiva de frente de esquerda, no combate ao golpe, no Lula Livre. Então a gente chama essas organizações, as Universidades, as igrejas, enfim o movimento progressista que tem alguma ligação com MST, mas a gente conseguiu também furar essa bolha. Eu acho que aquele momento inicial era um momento de muita abertura da sociedade para solidariedade. Então a gente foi para Armazém para produzir a marmitta (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

Bom... logo no início da pandemia, esse Armazém ele fica situado em um local que tem muita população em situação de rua e com a história do lockdown e etc... fechou qualquer possibilidade dessa galera ter algum tipo de comida porque mesmo as pessoas que ajudavam, os grupos tanto evangélicos, espíritas, e católicos pararam de sair porque normalmente são pessoas mais velhas com medo do covid naquele início. Então a galera literalmente passou um bocado de fome nessa primeira semana, nós nos dando conta disso iniciamos o que a gente chamou lá de marmitta solidário começou no início com 20, no segundo dia foi para 50, no terceiro dia foi para 500 e depois a gente manteve uma média de pelos primeiros quatro, cinco meses em torno de umas duas mil marmittas por dia (Liderança Estadual MST/PE - M6).

A Campanha Mãos Solidárias foi uma iniciativa de solidariedade, conduzida pelo MST, e que atuou no combate às desigualdades e em favor da vida em territórios da Região Metropolitana do Recife. A campanha mobilizou as comunidades no enfrentamento à fome, na promoção de qualidade de vida e autonomia, no trabalho de base na integração entre o campo e a cidade (Campanha Mãos Solidárias, 2023c). A campanha partiu da preocupação do MST em como manter a coerência com a luta e os princípios do movimento, em especial, em um momento de crise e aumento da fome no país.

[...] então a primeira preocupação do MST aqui em Recife foi: como é que a gente é coerente com a nossa história? Com a nossa luta? Quem é o povo que que vai mais necessitar? Se a recomendação era ficar em casa, quem não tinha em casa precisava ser entendida humanamente, como pessoas prioritárias. As nossas mãos né se estenderam... (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

O projeto Marmittas Solidárias para a população de situação de rua foi se transformando em um restaurante popular solidário. Durante o período mais crítico da pandemia, só no Armazém do campo foi produzido 700 marmittas por dia, chegando até um pouco mais em alguns dias, servindo café da manhã e janta todos os dias, de domingo a domingo. O projeto contou com um voluntariado tanto mobilizado pelas organizações da sociedade civil que trabalham com a população de rua como pelo banco de voluntários. O projeto chegou a ter mil voluntários que trabalhavam por escala para ajudar a servir e a preparar essas refeições.

[...] então a gente respondeu mais próximo e mais rápido do que o próprio poder público né? A Prefeitura do Recife ficou batendo cabeça do que fazer né. A Secretaria de Assistência Social ficou nesse lugar né, de bater cabeça.

A gente não, a gente já foi para ação concreta (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

O setor saúde do MST organizou as orientações sanitárias para atuação do voluntariado e da militância do movimento em conjunto com profissionais da saúde, professores, pesquisadores e estudantes universitários. Nesse sentido, foi desenvolvido um protocolo de segurança sanitária para proteção ao vírus de covid-19, sendo adotado o uso do álcool gel, do distanciamento social e da máscara, antes mesmo desses protocolos serem implementados pelo Estado brasileiro. Sempre antes da atuação, havia uma roda de educação em saúde onde eram repassadas informações sobre o vírus de covid-19 e sobre o protocolo a ser seguido.

[...] então a gente montou um protocolo olhando para todos os protocolos de covid, para estabelecimentos de alimento, então tivemos que adaptar o restaurante com os protocolos de segurança sanitária para covid que eram orientadas né pela vigilância. Protocolos clínicos também, então todos protocolos da atenção básica a gente tinha que estudar para poder também entender que ali tinha um monte de voluntário que precisavam receber orientações de educação e saúde. Então antes voluntários chegaram tinha uma roda de educação em saúde para explicar o que é o vírus como é que ele funciona no corpo o porquê de usar máscara né, porque lavar a mão né se o álcool versus lavagem de mão do que era prioritário e necessário né... A história dos tapetes sanitários, tudo aquilo que ainda tinha muitas dúvidas né inicialmente na história, não usa máscara, tosse o cotovelo enfim. É uma coisa assim de que as pessoas não sabiam. E a gente como tinha algumas professoras, assim da FIOCRUZ, eu lembro de Paullete que cumpriu muito esse papel também, ela desde muito cedo dizia: “não tem isso de não usar máscara”. Então a gente começou uma rede de costureira logo no início, antes da Organização Mundial de Saúde e do Brasil adotar a história da máscara, a gente já encarou isso como um protocolo porque é isso conhecimento né... (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

Em Pernambuco, no total foram abertas treze Cozinhas Solidárias para operarem como pontos de organização, mobilização, armazenamento e produção das marmitas. As instalações possibilitaram aumentar as entregas diárias e potencializar o impacto das ações. O projeto teve continuidade ao longo dos últimos anos e foi expandido para alcançar outros 40 territórios da Região Metropolitana do Recife, como Brasília Teimosa, Ibura, Santo Amaro, Santo Antônio, Comunidade do Papelão, no Recife; Vale da Paz, em Paulista; e Olinda. Além de atuações em Caruaru e Petrolina, nas regiões agreste e sertão do Estado, respectivamente. No total foi entregue mais de 1,6 milhão de refeições a famílias pernambucanas, do Litoral ao Sertão (Campanha Mãos Solidárias, 2023b).

[...] Então aí paralelo a isso de Recife a gente tinha uma equipe em Pernambuco do MST e das organizações da Frente Brasil popular em Petrolina, em Garanhuns, Afogados da Ingazeira e Caruaru. Então a gente

conseguiu desde o início assim ter essa rede estadual de pessoas tanto tentando marmitta solidária a gente conseguiu fazer marmitta solidária em Garanhuns em parceria com sindicatos que abriram a cozinha, no armazém né num embrião de um armazém do campo que está em discussão em Caruaru, e em Petrolina que inclusive abriu um armazém do campo fruto desse processo também lá em Petrolina (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

Outra forma de atuação foram as cozinhas populares que foram instaladas dentro das comunidades e voltadas para alimentar as pessoas dos próprios territórios. A proposta das Cozinhas Solidárias foi mais uma iniciativa de combate à fome, mas que ocorreu de maneira mais territorializada. Os pontos de atuação foram organizados pelos agentes populares de saúde em conjunto com os moradores das comunidades que separam as doações, preparam os alimentos, e distribuem as refeições. Ao todo foram abertas 13 unidades no Estado de Pernambuco com o auxílio de doações e de voluntários, sendo a primeira Cozinha Popular Solidária na comunidade das Palafitas do Pina, na Zona Sul da capital pernambucana, local que foi acompanhado nessa pesquisa. Além disso, esse projeto foi expandido ainda para os territórios afetados por fortes chuvas que atingiram Pernambuco no inverno de 2022 e deixaram milhares de famílias desabrigadas (Campanha Mãos Solidárias, 2023a).

[...] a gente precisa sair da do Armazém do campo, porque pensa aí 700 pessoas... chegou até mil pessoas recebendo refeição. Mil pessoas não eram moradores de rua, eram pessoas que estavam nas periferias ali no entorno nas favelas, e que vinham comer no armazém. A gente começando a conversar com essa população “olha eu eu venho aqui só para comer, não estou em situação de rua, né mas estou em situação de insegurança alimentar”. Teve gente eu lembro de uma senhora do Cabo de Santo Agostinho, uma cidade aqui há uns 60 km de Recife, que veio morar em Recife para poder receber a comida né. Então é uma moradia de rua para comer né. Então a gente disse olha não dá mais para a gente ficar nesse né, só para a população em situação de rua, a gente tem que ir para os lugares onde essas pessoas moram. A gente já tava levando marmitta né, a quantidade de volume de marmitta que a gente fazia, já tinha um grupo que levava para outros pólos que não aqui no entorno do Armazém para Olinda aqui para Boa Viagem, para enfim... e a gente entendeu que não era só entregar marmitta como é que a gente organiza as pessoas para elas também terem um autocuidado e proteger a sua vida e criar alternativas né comunitárias de organização popular para além desse assistencialismo (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

Foi a partir dessa percepção que as Marmittas Solidárias foram expandidas para outros territórios com os projetos de cozinhas populares solidárias e também dos bancos de alimentos. A Rede de Bancos Populares de Alimentos foi uma iniciativa que teve como objetivo arrecadar e distribuir alimentos para famílias pernambucanas em situação de vulnerabilidade. Os Bancos Populares de Alimentos são espaços de armazenamento e distribuição de alimentos doados nos territórios, organizados a partir do trabalho de Agentes Populares de Saúde. São essas doações

que abastecem as Cozinhas Populares Solidárias, as Marmitas Solidárias e também são distribuídas para população em insegurança alimentar nos territórios. Os insumos são recebidos no Banco Mãe, que fica localizado no Centro do Recife e de lá, são distribuídos para as dezenas de Bancos Populares de Alimentos descentralizados nas comunidades da capital e da Região Metropolitana (Campanha Mãos Solidárias, 2023d).

[...] então a gente começa a construir os bancos populares de alimentos que é uma tecnologia social que a gente entendeu que está se configurando como isso né. Onde as pessoas abrem um quintal da casa para essa doação chegar... alguns bairros também começaram além de receber essa doação externa a fazer uma solidariedade interna ali né. Então tem bairros que são periféricos, mas tem uma parte da população daquele bairro que tem uma condição financeira melhor, um mercadinho. Então os agentes populares de saúde começaram a atuar muito na frente de alimentação, indo recolher alimento para o banco de alimento ou fazer relação com alguns parceiros do próprio bairro para que houvesse um compromisso permanente de doar o alimento para o banco de alimento. E nesse banco de alimento montar cestas para entregar comidas para as famílias mais vulneráveis. Então isso tudo como um mecanismo de organização popular onde a população vai começando a partir disso a entender, opa a gente pode se organizar... a gente tem como ter saídas próprias... a gente não é dependente dessa solidariedade de fora para dentro mas como é que a gente também cria estratégia... e aí começa.. (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4)

A nossa grande e última inovação foi as cozinhas populares solidárias. Nós estamos... nós estamos para lançar uma rede de cozinha solidárias e no primeiro momento, nós temos duas que funcionam a todo vapor que é o marmitta solidária, que faz para população em situação de rua, e a Cozinha Popular Solidária das Palafitas que também foi algo bem simbólico, porque quem tem fome tem pressa então é uma premissa que nós estamos levando não dá para esperar. Se o estado não chega a gente vai a gente vai levando as coisas. Acho assim, que a grosso modo é... essas são as informações. É lógico que tem metas aí... quantidade de hortas, a gente conseguir estruturar setor de comunicação, um outro setorzinho que vai atrás de edital. Então tudo... aí não importa qual o edital de 5 mil a um milhão, a gente tá mandando, por que é isso se der só de aprovar é mais gente que vai estar na roda (Liderança Estadual MST/PE - M6).

As ações de solidariedade ocorreram também entre os próprios assentados(as)/acampados(as), dividindo ou trocando suas produções, além de ações entre assentamentos e acampamentos, ou em municípios pequenos próximos. As ações de solidariedade ocorreram de diversas maneiras, beneficiando não apenas as pessoas da cidade, mas também entre os próprios produtores rurais.

[...] E nos assentamentos e nos acampamentos era isso, nosso povo indo para a roça, encontrando as pessoas e dividindo o que tinha. A gente conseguiu ir nos municípios ainda que não conseguisse fazer uma ação grande, mas que a gente pudesse fazer em um povoado próximo do município. A gente tá. E aí foi isso... (Liderança Nacional de Saúde MST – M10).

É que... é que tem algumas contradições inclusive porque tem alguns acampamentos que não conseguem se manter, então para alguns foram. E como o estado é muito grande, mais de 700km, alguns lugares eles não traziam para rede aqui em Recife. Então se fazia essa doação nas próprias comunidades, porque foi a solidariedade que virou uma política (Liderança Estadual MST/PE - M6).

Além disso, foi organizado uma rede de costureira em paralelo ao início do trabalho do armazém do campo (uma semana depois) para produzir máscaras para o voluntariado, mas também para distribuir para outros profissionais, profissionais de saúde ou para as pessoas das comunidades vulnerabilizadas pela pandemia. A rede de costureiras foi também formada por costureiras voluntárias que se disponibilizaram para construir as máscaras com materiais doados e arrecadados pela campanha Mãos Solidárias.

[...] E aí a gente fez uma rede de costureira, isso muito paralelo acho que uma semana a gente começou o trabalho no armazém e na outra semana a gente já começou essa rede de costureira voluntários. Então a gente chegou a gente começou a produzir cards “você quer ser uma costureira voluntária, se inscreva, entra nesse link do WhatsApp”.[...] Então a gente chegou a reunir 300 costureira nessa rede do WhatsApp e a gente algumas pessoas diziam eu não sei costurar mas eu tenho carro e posso pegar comprar o material levar na casa das Costureiras. Então foi uma rede de costureiras que estavam entre Recife, Jaboatão, enfim região metropolitana de Recife em vários bairros. então a gente tinha pessoas que comprava um tecido, outros que faziam o corte, a outra que distribuía já cortado na casa das costureiras, um vídeo para elas aprenderem a costurar e elas faziam essas máscaras e a gente recolhia né. Também com esses voluntários inicialmente a gente fez uma atuação para essas máscaras chegarem nos hospitais né que estavam com uma defasagem grande, nas unidades de saúde. Eu lembro que fomos por exemplo no Hospital das Clínicas oferecer e o pessoal falar pode trazer, porque por mais que elas não sejam uma máscara cirúrgica, a ausência é tão grande que pelo menos o público STAFF que não está na linha de frente pode usar. A gente de alguma forma vai usar. Então a gente começou inicialmente a mandar para as unidades de saúde, mas depois começou a ter uma demanda do voluntariado do armazém e aí faltando máscara no mercado, a gente começou a distribuir em diversos locais... (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

As ações da Campanha Mãos Solidárias contaram com essas ações de solidariedade desde o início da pandemia e continuam atuando até hoje. As ações foram realizadas em 17 cidades de Pernambuco, da capital ao Sertão, passando pelo Agreste e pela Zona da Mata: Recife, Olinda, Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes, Paulista, Caruaru, Garanhuns, Petrolina, Vitória de Santo Antão, Palmares, Joaquim Nabuco, Gameleira, Aliança, Afogados da Ingazeira, Orocó, Santa Maria da Boa Vista e Serra Talhada.

Além dessas ações foram realizadas também ações de doação de sangue em todos Brasil,

[...] começamos no final de 2020, início de 2021, fazendo uma pesquisa e percebendo que os bancos de sangue estavam com déficit muito grande. Então, com toda medida de segurança entramos em contato com todos os hemocentros que temos contato para fazer doação de sangue. Sabendo que o Brasil ia sofrer de outras coisas que não apenas a pandemia. Ai tinha locais que os hemocentros móveis iam até os assentamentos com todos os cuidados e tinha locais que íamos com grupos pequenos de companheiros e companheiras até os hemocentros para fazer doação de sangue. Foi uma forma também de fazer solidariedade nesses momentos, pensando nas pessoas que estão fazendo cirurgias e outras coisas, foi um ato que a gente fez muito bom (Liderança Nacional de Saúde MST - M10).

Como observado nas ações citadas acima, o MST teve uma grande atuação no combate à insegurança alimentar e nutricional. A insegurança alimentar e nutricional teve um aumento significativo na pandemia. De acordo com a Rede PENSSAN, menos da metade dos domicílios brasileiros (44,8%) tinha seus(suas) moradores(as) em Segurança Alimentar durante o período da pandemia da covid-19. Dos demais, 55,2% que se encontravam em Insegurança Alimentar; 9% conviviam com a fome, ou seja, estavam em situação de IA grave, sendo pior essa condição nos domicílios de área rural (12%). Nos domicílios da área rural, 60% apresentaram algum grau de insegurança alimentar, sendo 33% insegurança alimentar leve, 14,9% insegurança alimentar moderada e 12% insegurança alimentar grave (REDE PENSSAN, 2021). Ainda conforme o inquérito, “observou-se que a IA grave no domicílio dobra nas áreas rurais do país, especialmente quando não há disponibilidade adequada de água para produção de alimentos e aos animais” (REDE PENSSAN, 2021, p. 10).

É nesse cenário de aumento da insegurança alimentar que o MST abraça a campanha de doação de alimentos para tentar mitigar as consequências da falta de políticas públicas e de ações do governo Bolsonaro para evitar que a fome se alastrasse no Brasil. Apesar das áreas rurais ser um dos locais onde a insegurança alimentar teve maiores porcentagens, o MST conseguiu se organizar para buscar garantir a alimentação dentro dos seus assentamentos e acampamentos, além de doar para áreas que estavam em maior vulnerabilidade.

[...] e começamos a intensificar a produção e doação de comida. [...] a doação de comida, o carro chefe, nós estamos chegando a eu acho que com a doação no natal do ano passado nós chegamos em 980 toneladas de comida. Agora nós vamos chegar aproximadamente, acho que agora, com essa ação a gente chega a mil toneladas. É muita coisa. E o MST nacional doou por enquanto 6 mil toneladas, ao todo. Lógico que somada as nossas também (Liderança Estadual MST/PE - M6)

Entre as estratégias utilizadas estava o isolamento produtivo que foi umas das primeiras orientações da nacional do MST. O isolamento produtivo consistia na “lógica era ir para dentro

dos lotes ou dos acampamentos para todo mundo se cuidar e produzir alimentos saudável” (Liderança Estadual MST/PE - M6). Então essa foi das premissas norteadoras do movimento para proteger seu povo através do isolamento (ficar produzindo dentro dos territórios do MST) e da agroecologia (de maneira sustentável e saudável), garantindo também a doação de alimentação para a população mais vulnerabilizada pela pandemia.

[...] digamos assim tem uma fala de alguns dirigentes nossos dizendo assim: "o exército do MST, que literalmente é um exército, ele foi girado para o isolamento produtivo e nesse isolamento para produção de solidariedade, por isso que a gente consegue atingir uma escala". Só isso aqui não resolve, mas tu pega 500 desses aqui, começa a dar escala e começa tipo... é isso os caminhões que se via chegando de solidariedade boa parte era do MST, do agronegócio tu não viu nem caminhão, vamos doar soja para o povo comer ou doar qualquer coisa (Liderança Estadual MST/PE - M6).

Nesse sentido, a fala acima nos lembra que o sistema alimentar baseado na monocultura e no agronegócio não garante a segurança alimentar dos trabalhadores do campo, da floresta e das águas e nem da população das cidades. Além de não garantir a segurança alimentar, a agroindústria aumenta o risco de novas zoonoses, e afeta os sistemas neurológico e imunológico devido ao uso dos agrotóxicos deixando os trabalhadores mais suscetíveis aos agravos da covid-19 (Friedrich *et al.*, 2021). Além disso, observa-se que mesmo o meio rural sendo responsável pela produção de alimentos, a insegurança alimentar e nutricional é maior nesses territórios.

Por isso, o MST e a agricultura familiar, ao contrário, produzem para garantir a alimentação dos(as) brasileiros(as), e na pandemia, assim como em toda sua história, teve a solidariedade como pilar e a garantia da segurança alimentar e nutricional da população como horizonte. Além disso, a agroecologia vem sendo incentivada pelo movimento através de formações, buscando evitar a exposição a agrotóxicos da sua militância e também garantir uma produção que seja sustentável e promova a preservação do meio ambiente.

[...] o que a gente sempre fala, o que a pessoa vai coloca na sua boca, vai se um determinante muito grande ou de processo de saúde ou de adoecimento. Então o MST abraçou nesse período, assim, unanimemente em todo os Estados que estamos é a produção de alimentos. Desde quando você começa a pensar em uma hortaliza, a gente começou a pensar em locais que da pra se pode produzir rápido e que leve para as pessoas. Como que dá para a gente fazer campanha? Como é que a gente começa nesse processo da gente levar informação e levar também comida, porque não adianta a pessoa no estômago vazio, de barriga vazia não vai conseguir te ouvir, vai conseguir te escutar, não vai conseguir te entender. E um dos problemas que a gente esta preocupado agora, não é com a covid, a gente ta preocupado é com a fome (Liderança Nacional de Saúde MST - M10).

A partir dessa preocupação descrita na fala acima, o MST constrói algumas iniciativas na pandemia que uniu a solidariedade e a produção de alimentos agroecológicos e que foram visitadas nessa pesquisa: as hortas urbanas agroecológicas e o roçado solidário. Os Roçados Solidários começam a ser organizados buscando construir uma nova relação Campo-cidade, levando as pessoas da cidade para conhecer os assentamentos do MST e também para auxiliar na produção de alimento cultivado sem agrotóxicos e com base na agroecologia e que será posteriormente destinado para doação e distribuído para população que está em insegurança alimentar. Dessa forma, os roçados estão instalados em assentamentos da reforma agrária e são áreas onde foram plantados e colhidos os alimentos que foram enviadas aos Bancos de alimentos e Cozinhas Solidárias e entregues em forma de marmitas para famílias em vulnerabilidade.

Figura 30 - Espaço agroecológico de produção do acampamento Marielle Vive-SP



Fonte: Acervo Pessoal

Os Roçados solidários também têm uma função educativa, tendo em vista que é uma vivência na qual as pessoas da cidade podem conhecer mais sobre o MST e sua luta, sobre a importância da Reforma Agrária Popular, sobre a produção dos alimentos e sobre agroecologia.

Nesse sentido, esse projeto também tem um horizonte estratégica de formação política e de solidariedade.

[...] a gente começou a... o MST pautou dentro da direção Estadual e acho que foi uma política nacional também incentivando que os assentados e acampados que pudessem, que tivessem condição de reservar um hectare de terra para produzir alimento para doação. Então na solidariedade né. Então aqueles assentamentos que tinham essa possibilidade né, conseguiram produzir esses alimentos e esses alimentos era trazido para Recife para a gente fazer a distribuição nessas áreas onde a gente tava atuando. E aí a gente foi entendendo que a gente também precisava dar alguma contrapartida para esses assentados. Então vamos produzir com eles até porque a gente vai formar politicamente esse voluntariado nosso na medida em que a gente leva para uma vivência né para eles entenderem da onde veio esse alimento né... então aquilo que o MST constrói né, dentro de um programa estratégico, que é a reforma agrária Popular, ela se materializa tanto nessa relação Campo-cidade. Então dentro do programa da reforma agrária Popular os Armazém do campo estão dentro dessa lógica né... de fazer um intercambio com a cidade, de vender o produto do movimento, mas também de mostrar a sociedade quem é o MST para além do que a mídia hegemônica pauta né... e constrói ou destrói né? [41'04] Então nessa perspectiva a gente começa a levar os voluntários para esses plantios solidários, os roçados solidários, a gente precisa fazer em três assentamentos aqui no entorno da região metropolitana, depois a gente centrou mais força naquele lá de Moreno, com o sistema de plantio agroflorestal. Então a gente todo sábado leva os voluntários para esse assentamento para produzir. Então e dentro desse espaço faz formação política. Qual é a história de luta dos assentados? Eles contam como é que conquistaram aquela terra. Eles contam a exploração da cana de açúcar e como é que eles hoje produzem alimento saudável, a discussão sobre veneno, sobre agroecologia né. Então a gente começa a incentivar que a periferia também vá, porque a gente acaba que tem voluntariado que é mais digamos assim de uma classe média ou sei lá alguém que é simpático MST mas nunca teve oportunidade, queria conhecer e vai para esse roçado solidário, mas a gente começa a levar essa população da Periferia com quem a gente estava organizando os agente popular de saúde né... Para dizer assim olha, vamos conosco para o assentamento, então era também um espaço desse intercâmbio e de valorização de quem recebe o alimento, entender de onde o alimento vem... (Liderança Estadual MST/PE - M6).

[...] É gostoso demais. Eu gosto muito quando vem gente de fora visitar a gente, tem gente nova aí vai visitar, a gente vê a história de vida da gente aqui, tá? Aí convida um companheiro. Convido o outro. A vamos divulgar que isso é bom pra gente. Essas pessoas que vem lá de fora ver, as vezes tem, seila... Uma dúvida sobre o movimento Trabalhadores Rurais Sem Terra. Vamos dizer pra ele que a gente somos trabalhador que essa terra da usina não foi tomada. O governo federal pagou 22.000 de cada hectare ao usineiro. Nós não tomemos não. Nós viemos aqui ocupar que a Terra estava improdutiva. Não está produzindo nada, só mato. E vamos passar isso para essa turma lá de fora, pra gente fortalecer (Liderança Local do Assentamento Che Guevara MST/PE - M7).

Figura 31 - Atividade do Roçado Solidário no Assentamento Che Guevara, Valinhos (PE)



Fonte: Acervo Pessoal

Já o projeto das hortas urbanas agroecológicas surgiu a partir da organização e iniciativa popular e também como um reflexo dos roçados solidários. As comunidades em que o movimento estava atuando através dos agentes populares de saúde teve a oportunidade de ir nos roçados solidários o que semeou a ideia de construir hortas em seus bairros com a ajuda da militância do MST que estava atuando voluntariamente nos territórios. Os alimentos produzidos nas hortas urbanas também foram utilizados para alimentar a população do próprio território. As hortas urbanas agroecológicas foram frutos dessa relação construída entre campo e cidade, transformando a integração dos dois contextos em mais uma ferramenta de solidariedade e no combate à fome.

[...] então o povo foi questionando... ah eu fui para o roçado que legal como é que eu faço para plantar lá na minha na minha comunidade... então isso vai despertando e... ah vamos fazer uma horta aí. Então tem vários bairros que estão com hortas urbanas né, às vezes no quintal da casa de alguém, às vezes em um terreno de escola. Então essa história das Hortas também para os nossos militantes que tinham se deslocados do MST do interior né para a cidade também começa a ver poxa eu posso também contribuir com isso que

é uma coisa que eu sei bastante né. Então essas hortas estão aí é todo vapor e vai fechando digamos assim as várias estratégias no campo da alimentação né, que vão se dialogando e conversando então é isso (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

Importante pontuar que as iniciativas de solidariedade e cooperação organizadas pelo movimento sempre estavam acompanhadas de formação política, formação para luta pela reforma agrária popular, desmarginalização do movimento e também para organização popular. O MST realizou ações assistencialistas para alimentar a população que estava passando fome, essa foi uma estratégia emergencial, mas manteve o horizonte estratégico de junto com essas ações assistencialistas, realizar formação política e fomentar a organização popular nos bairros.

[...] a gente sempre teve essa clareza né, de que a ação que a gente iniciou, foi uma ação assistencialista de imediato, de emergência mesmo né, mas o movimento tem um horizonte estratégico, sabe o que é a construção de força social, como necessariamente a gente organiza as pessoas e que saúde “é a capacidade de lutar” né. Esse é o lema do MST. Ter Saúde é ter a capacidade de lutar contra tudo que nos oprimi. Então ter a capacidade de lutar pressupõe formação política, organização popular e luta né, esse tripé... (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4)

Essa solidariedade com formação política o MST chamou de solidariedade ativa, como afirmam as entrevistadas na fala abaixo:

[...] então a gente começou, porque junto com a gente tinha uma multidão de gente fazendo caridade. E aí a caridade vinha dos mais diversos lugares, de igrejas, e de pessoas que não eram de igrejas, e eles chegavam, doavam e só, iam embora e a gente foi percebendo que a nossa não era, a gente sabia que não era caridade, mas também ficou sem uma palavra pra poder colocar né. Então a gente inventou solidariedade ativa que era a ideia de que o trabalho não é apenas de dar, é um trabalho de estar formando pessoas para o próprio movimento, além do que a gente partia de um processo de organizações que já eram né, praticamente foram muito pouco os lugares em que não tinha movimento antes, geralmente a gente ia para uma associação de moradores, para um local de movimento ou de movimento MTD (trabalhadores por direitos), da marcha mundial de mulheres, a gente ia muito nesses locais, claro que depois foram tendo outros que, menos orgânicos, vamos dizer assim, com o movimento, mas então essa solidariedade ativa é muito legal, muito interessante (Professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE - M5)

[...] o cuidado com a própria população que a gente chama de solidariedade, que é uma solidariedade ativa, uma solidariedade que não dá só comida mas também pensa em organizar as pessoas (Liderança Estadual MST/PE - M6).

Como observado nas falas acima a solidariedade ativa pressupõe ir além da caridade e do assistencialismo, mas incluir nas ações de solidariedade a formação política e o fomento da organização popular autônoma. Dessa forma, a solidariedade ativa deve ir além da solidariedade passiva, onde “o povo só recebe, sem espaços de expressão e participação,

reforçando o silenciamento diante da negação de direitos” (Méllo *et al.*, 2021, p. 8). Na solidariedade ativa, o povo “é sujeito coletivo, capaz de lutar e conquistar direitos! A solidariedade ativa aponta para a construção de um projeto popular de país, onde a solidariedade da partilha é um princípio!” (Méllo *et al.*, 2021, p. 8)

A realização de ações de solidariedade ativa foi vista pela militância do movimento como uma forma de desmarginalizar o movimento e demonstrar a importância da agricultura familiar na alimentação da população. As ações como os bancos de alimentos e as cozinhas comunitárias em conjunto com a formação política na cidade, aproximou a população da cidade do MST e ajudou na construção de uma visão mais positiva do MST, em especial, na cidade onde o movimento é desconhecido e marginalizado pela mídia hegemônica.

[..] E foi criado o banco de alimentos em Recife, daí foi criado as cozinhas comunitárias, então assim, a gente vê também que foi um ponto positivo nesse sentido. Da gente mostrar também quem é o MST de verdade, nós somos muito marginalizados né, então deu essa oportunidade também do pessoal chegar mais próximo, de conhecer o MST e a nossa luta (Liderança Local de Saúde do Assentamento João Teixeira MST/PE - M1).

[...] o Movimento Sem Terra, ele tem esse papel, um dos nossos princípios, essa questão da solidariedade, é essa questão de uma sociedade mais justa, igualitária. E a gente mostra o quanto que para nós, a sociedade acha que o movimento na pandemia teve parado, sumido e enfim. Mas a gente mostrou o que realmente é o MST, produtor de alimentação saudável e que a gente pode contribuir como a gente continua contribuindo com as populações carentes, que é que existem hoje, principalmente nas grandes cidades. E para nós, isso, isso foi fundamental. Da gente poder alimentar pessoas que não tem a condição da gente poder trabalhar junto às famílias das periferias e ali estar organizando como a nossa referência no Recife, de construir cozinha popular solidária, que possa alimentar as famílias que são desassistidas pelo próprio governo, né? E poder ter essa referência grande que a gente tem da distribuição de marmitta e tá ali, junto com outras organizações, organizando a população em situação de rua, matando a fome daquela população que é desassistida, que não tem políticas voltadas para aquela população. Enfim, para nós isso é foi fundamental, que é a gente. A gente não deixou de ser Sem-Terra, pelo contrário. Agora a gente só mostrou para pra sociedade que a gente é organizado, a gente é produtor de alimento saudável e que a gente luta por uma sociedade mais justa e igualitária (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M3).

Outro ponto citado nas entrevistas foi a satisfação da militância do movimento em estar atuando para ajudar outras pessoas que estavam em situação vulnerabilidade ou insegurança alimentar. Os(as) entrevistadas afirmaram nas entrevistas que as ações de solidariedade eram motivo de orgulho, satisfação, força e que auxiliou na saúde mental no momento de pandemia.

Além disso, os valores de solidariedade e cooperação fazem parte da identidade do movimento e o que fez com que as iniciativas fossem mantidas nesse período de crise.

[...] E quando às vezes o produto daqui do roçado tá pouco, a gente pega de cada companheira um cedro, uma caixa do limão, de uma caixa de alface, alguma coisa. E embarca tudinho e vai e ficando de noite em casa com a televisão ligada pra passar na minha TV pra gente ver o produto realmente quando foi ou que está sendo distribuído. É gostoso... Eu me sinto bem pra caramba de ajudar. Eu não sei viver sem... travado lá, sem ajudar. Não, eu me sinto bem mesmo. Isso dá mais força, não sei. Então queria dizer que eu vim de infância assim, com a minha família toda assim. Aí eu quero levar isso para o resto da vida, ser solidário, ajudar. Mas é isso... (Liderança Local do Assentamento Che Guevara MST/PE - M7).

Além disso, foi criada uma rede de solidariedade entre os movimentos sociais, sindicatos, associações. O MST realizou ações de solidariedade, mas também recebeu muita solidariedade nesse momento. Essa rede de solidariedade também buscou garantir a saúde e a alimentação da militância do MST tendo em vista que muitos assentamentos e acampamentos receberam alimentos que não produziam e que auxiliou na garantia da segurança alimentar, além de receber voluntários da área da saúde e da produção de alimentos. Essa rede construída pelo povo e para o povo que garantiu a sobrevivência nesse momento de crise. Apesar de buscar o auxílio e a responsabilização do Estado na garantia dos direitos sociais, com a falta de apoio do Estado foi na rede de solidariedade que o MST encontrou apoio e conseguiu construir todas essas iniciativas.

[...] então, com governos aonde era favorável, que aceitava a gente, que queria sentar com a gente, gente conseguindo sentar para traçar algumas medidas, mas foi muito poucos locais. De outros lugares nós não tivemos auxílio, mas teve alguns lugares, eu lembro que aqui em São Paulo, teve um edital aberto e a gente conseguiu concorrer e pegar para fazer marmitas também em determinado período. Conseguimos cumprir todos os requisitos e fizemos, mas a grande maioria foi a solidariedade entre a troca dos povos mesmo, de outros camponeses, de outras organizações que se juntavam com a gente... (Liderança Nacional de Saúde MST - M10)

[...] e por outro lado, teve, por exemplo, essa questão que a gente também, ao mesmo tempo que nós fizemos ações de solidariedade, mas também nós recebemos ação de solidariedade. Então teve algumas organizações que trouxeram doações para nós. Então, vamos dizer, alimentação básica não nos faltou. Enquanto a gente, digamos, éramos solidários com a Santa Casa, com o Lar dos Velhinhos, com o Nelson Mandela, com os nossos produtos da mandala, nós também recebíamos doações de produtos que a gente não conseguia produzir aqui dentro (...) então assim, então a fome sequer adentrou o acampamento. E isso graças a essas ações de solidariedade. E foi muito interessante, porque, a solidariedade ela é, ela é contagiante né, você dá e também recebe (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Como observado nas falas acima, o governo brasileiro não organizou ações de combate à fome eficientes durante a pandemia de covid-19, deixando a população mais vulnerabilizada desassistida. Por isso, as Organizações da Sociedade Civil (OSC) e os movimentos sociais tiveram que se mobilizar para tentar atenuar a situação de crise alimentar e calamidade pública vivenciada no país (Laurentino *et al.*, 2022). O MST teve um papel muito importante na construção de ações de solidariedade atuando fortemente para amenizar a falta de acesso a alimentos de qualidade das populações e a insegurança alimentar da população em situação de rua e dos territórios periféricos dos grandes centros urbanos.

Assim, de acordo com Laurentino *et al.* (2022) as ações de doações de alimentos e refeições realizadas pelo MST tiveram papel central na garantia, mesmo que minimamente, de acesso e disponibilidade de alimentos para as populações atendidas. Ainda conforme o autor,

[...] o MST, ao distribuir alimentos in natura e minimamente processados, de cultivo orgânico e agroecológico, possibilita às populações atendidas pelas ações um consumo de alimentos de qualidade ecológica e nutricionalmente adequados, conforme os princípios da SAN (Laurentino *et al.*, 2022, p. 6).

Com suas ações de solidariedade centradas na produção agroecológica, o MST apostou em uma saída que une a sustentabilidade ambiental e a saúde dos produtores e da população que foi beneficiada com as doações. Além disso, as ações de solidariedade estavam pautadas em uma formação política e humana que fizesse refletir sobre a violência do modo de produção e das subjetividades competitivas, individualizantes e alienantes, buscando construir novas sociabilidades e organizações sociais que promovam a solidariedade, cooperação e luta por uma sociedade mais justa, equitativa e sustentável.

## 9 CASO 2: ASSOCIAÇÕES QUILOMBOLAS

Esse capítulo irá abordar a atuação de três associações quilombolas que foram visitadas durante o período da pesquisa: Associação Quilombola de Caluete - Garanhuns (PE), Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde - Caruaru (PE) e Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos - Contagem (MG).

A atuação das três associações construtoras do estudo teve como ponto de encontro a vacinação quilombola durante a pandemia. Por isso, a organização e luta para vacinação será tratada no primeiro subcapítulo e irá incluir a atuação das três associações. Essa foi uma luta nacional, mas que foi implementada e organizada nos territórios e esse segundo capítulo irá abordar como foi essa organização para garantia do direito a vacinação quilombola.

O segundo subcapítulo será sobre a atuação das associações de Pernambuco que tiveram como ponto de convergência o trabalho da residência multiprofissional em saúde em conjunto com as associações quilombolas. A atuação conjunta possibilitou diversas ações de contenção ao vírus, de educação e vigilância em saúde e também de organização popular.

O terceiro capítulo irá abordar a organização popular da Comunidade Quilombola dos Arturos - Contagem (MG) que deve servir de exemplo devido a sua atuação na prevenção e mitigação dos efeitos da pandemia e na garantia de saúde da população quilombola. Essa comunidade teve uma forte atuação de vigilância popular em saúde para proteger sua população do vírus.

Essas associações atuaram através da organização popular e alicerçados na sua história e cultura de força e resistência. Foi a atuação pautada na construção conjunta e na comunhão das comunidades quilombolas que proporcionou a organização necessária para seguir sobrevivendo e lutando contra a necropolítica e o racismo que segue matando historicamente a população negra no Brasil, seja pela violência, pela negação de direitos ou pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

### 9.1 OS CAMINHOS TRILHADOS PARA VACINAÇÃO DAS POPULAÇÕES QUILOMBOLAS: LUTA, ORGANIZAÇÃO E AQUILOMBAMENTO

A conquista da vacinação prioritária para a população quilombola foi uma luta de movimentos sociais e de partidos políticos implicados na luta quilombola. Entretanto, mesmo com essa população incluída como prioritária no Plano Nacional de Imunização (PNI), muitos

desafios foram enfrentados para efetivar esse direito e de fato garantir o acesso à vacina da covid-19 para essa população.

Por isso, a organização, a conscientização da população e implementação desse direito foi também parte da luta quilombola em cada território, de acordo com as dificuldades e singularidades de cada local. Nesse capítulo, vamos abordar como foi a organização das três associações participantes da construção do estudo para de fato ter esse direito garantido. A conquista do direito a prioridade da vacinação foi apenas o início, pois a luta teve que seguir em cada território quilombola para que de fato ter esse direito fosse efetivado.

O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a covid-19 lançado em dezembro de 2020, pelo Ministério da Saúde, teve modificações logo após o lançamento, dentre as quais a retirada da vacinação da população quilombola na primeira fase – a despeito do previsto na Lei Federal no 14.021 (de 7 de julho de 2020) (Del Ré; Flores Dos Santos; Da Silva Koch, 2022). A partir dessa alteração, a CONAQ, em conjunto com partidos políticos (Partido Socialista Brasileiro (PSB), Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), Partido Comunista do Brasil (PCdoB), Rede Sustentabilidade e Partido dos Trabalhadores (PT)), entraram como uma ação no STF propondo a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 742 para que a população quilombola fosse incluída na fase prioritária do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação (Nascimento, 2023; STF, 2021).

A ação foi julgada favoravelmente pelo STF que determinou à União a elaboração de um plano de combate à covid-19 para a população quilombola. A referida ADPF teve o intuito de garantir que as primeiras doses da vacina para quilombolas fossem liberadas na segunda quinzena de março de 2021 (Nascimento, 2023; STF, 2021). É importante ressaltar que a vacinação contra a covid-19 deveria incluir pessoas quilombolas residentes ou não nos territórios tradicionais, independentemente do estágio do processo de regularização fundiária do território (Terra de Direitos, 2021).

A partir dessa conquista, as comunidades e associações quilombolas participantes na construção dessa pesquisa seguiram a luta para garantir que esse direito fosse de fato concretizado. Inicialmente, a conquista desse direito foi inesperada e inacreditável para as comunidades, devido a histórica exclusão social, desassistência dos serviços de saúde e também pelas ações do governo federal que não colocaram as populações quilombolas como prioritárias durante o período seu governo.

[...] a vacinação na verdade ela foi um processo de luta nacional. Foi que a gente conversou dessa comissão que organiza... coordenação, que organiza as comunidades rurais quilombolas e que foi pro STF exigir esse direito. E aí?

Só que quando estava ainda nesse processo de discussão, a gente não imaginava, pela conjuntura, que a gente conseguiria essa liberação antes, digamos, do resto da população, por toda disputa que estava e porque o governo federal de fato não está preocupado com as comunidades rurais, muito menos quilombolas... (Residente da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – R1).

[...] e a questão da vacinação era uma coisa que era direito nosso. A associação se juntou com os residentes e assim ambos uniram forças. E eu acho que foram três membros de vocês que foram lá na secretaria e correram atrás e trouxeram a vacinação, que também foi um marco para Serra, porque até então não acreditava, porque uma pequena parte foi vacinada e sai espalhando a notícia. Não vacina do covid em Serra verde? De jeito nenhum. Deve ser da gripe Liderança Comunitária de Saúde da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – Q2).

Logo após a inclusão da população quilombola no grupo prioritário, surgiu os primeiros desafios para as comunidades quilombolas. Os primeiros desafios foram referentes ao reconhecimento de quem era a populações quilombola nos municípios. Isso porque os serviços de saúde, em todas comunidades participantes na construção da pesquisa, não tinham o cadastro da população quilombola no seu território. E a situação foi mais complicada para os territórios quilombolas que ainda não tinham seu processo de regularização finalizada, porque, no caso de Serra Verde (PE), a secretária de saúde não tinha nem o conhecimento da existência do território quilombola.

Na comunidade Quilombola de Serra Verde (PE), a Secretária de Saúde ao não identificar a população quilombola, acabou quase dispensando as vacinas de covid-19 enviadas para essa população. Foi a partir da atuação da associação quilombola local, em conjunto com Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Campo (PE), que foi possível concretizar a vacinação dessa comunidade. Dessa forma, a falta de cadastro e identificação quase impediu a comunidade quilombola de Serra Verde (PE) de ter seu direito a vacina concretizado.

[...] então, a gente não estava muito preparado para falar bem a verdade. E aí quando chegou, foi todo esse atropelamento. Mesmo assim, acho que foi um processo muito atropelado e que escancarou muitas fragilidades do serviço, tanto do serviço de saúde quanto dos governos em geral, porque não era de uma secretaria não saber e ter o registro de quem é a sua comunidade quilombola. Quando chegou, **Caruaru ia dispensar as doses de vacina porque não tem quilombo em Caruaru**. E aí a residência foi e disse "como que não tem quilombo em Caruaru?". A gente está atuando numa comunidade quilombola desde o início da pandemia. É uma comunidade que não está reconhecida...[...] (Residente da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – R1)

[...] a secretaria estava totalmente perdida. **Não conhece o território, não sabe a extensão, não sabe as dificuldades, não sabe, nunca passou por um processo de pandemia e nem reconhecia que era um quilombo.** Queria dispensar as doses... (Residente da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – R1)

Já na comunidade quilombola de Caluete (PE), essa comunidade já era reconhecida pelo município, mas a Atenção Primária a Saúde não tinha cadastro e nem identificação de quem eram as pessoas pertencentes à comunidade. Para organizar a vacinação foi necessário realizar o levantamento e cadastro dessas pessoas para enviar as doses corretamente. Esse cadastro foi realizado pela Associação Quilombola de Caluete (PE) e enviado para a Secretária de Saúde.

Na decisão do STF, a exigência de declaração de residência foi considerada ilegal, bastando apenas a adoção da “declaração de pertencimento étnico”, documento pelo qual lideranças de um grupo quilombola reconhecem a pessoa como integrante de sua comunidade, conforme indicação da Fundação Cultural Palmares. Mesmo assim, de acordo com a Liderança da comunidade quilombola de Caluete (PE), ao identificar as pessoas de sua comunidade, ela foi constrangida com afirmações de que não existiam todas essas pessoas e que ela estaria inventando as informações.

[...] os agentes de saúde que chegou aqui na terra. Eu fiquei até com raiva. Eu fiquei com raiva que disse que não tinha essas casas tudo na associação Quilombola. Por onde ela andava que não conhecia? E o serviço? Não ia nas casas tudo? Nem sabia. Mas quem é... que queria dizer que não tinha essas pessoas na minha comunidade? [...] **E olha que dizia que era mentira, eu fiquei muito magoada com isso...** Fiquei ferida com isso (Presidenta da Associação Quilombola de Caluete (PE) – Q1).

A situação de cadastro e identificação não foi diferente na Comunidade Quilombola dos Arturos (MG). Ao iniciar o processo de vacinação, a Atenção Básica de Saúde e a Secretária Municipal de Saúde também não tinha dados e informações sobre a comunidade e quem eram as pessoas quilombolas atendidas no território.

Tanto é que eles **[os serviços de saúde] não têm noção da quantidade de pessoas que tem aqui dentro da comunidade.** Quando foi para para vacinar, eles tentavam. Mas quantas pessoas vocês são? Ah, espera aí. Essa não é nossa função, ter esses dados. Obviamente, é nossa função também para uma organização interna, só que a nível de saúde é... Eu percebi que tipo, muitas pessoas tinham cartão do SUS desatualizado na época da vacinação. Então assim, coisas que são básicas, o pessoal não sabia nem quem era a ACS que não fazia visitas há muito tempo. Então assim, totalmente negligenciados mesmo... (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Como descrito nas falas acima, tanto o cadastro como o reconhecimento dos territórios quilombolas pelos serviços de saúde não é uma realidade no Brasil, desrespeitando, assim, ao princípio de equidade que norteia nosso sistema de saúde. Como afirma a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), o princípio da equidade está pautada no reconhecimento dos grupos específicos e prioritários de atendimento, reconhecendo suas demandas e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos (Brasil, 2017).

De acordo com o Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas e povos e comunidades tradicionais (PCTs) é importante que “gestores e profissionais de saúde conheçam as populações de seus territórios, reconheçam as suas diferentes realidades e demandas e identifiquem os serviços de saúde ofertados” (Brasil, 2022a, p. 9). Além disso, a fim de promover a equidade e ampliar o acesso aos serviços de saúde é necessário que as equipes mapeiem as PCFA e os povos e comunidades tradicionais do estado/município, identificando as demandas de saúde de populações específicas e em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2022a).

Mesmo a identificação dos povos e comunidades tradicionais sendo citada nos documentos oficiais como PNSIPN e a PNSIPCF, a falta de cadastro/identificação da população quilombola não foi um problema apenas identificado nas comunidades quilombolas participantes desse estudo. De acordo com o IBGE, em 2022 foi estimado uma população de 1.133.106 quilombolas, enquanto nos sistemas de informação da Atenção Primária, nessa mesma época, havia apenas 328.181 quilombolas cadastrados(as). Esses números indicam que apenas 28.9% da população está sendo acompanhada, ou seja, a cada 10 quilombolas, apenas três possuem cadastro na APS (Brasil, 2022b).

Dessa forma, a identificação da população quilombola foi uma responsabilidade das associações e lideranças quilombolas. Em algumas comunidades quilombolas já regularizadas e consolidadas, como a comunidade Quilombola dos Arturos (MG), esse processo já estava mais organizado. Já na comunidade quilombola de Serra Verde, que estava em processo de regularização e construção, essa foi uma tarefa mais desafiadora e que sobrecarregou as lideranças. Isso porquê, a situação implicava no acesso ou não da vacina, ou seja, as lideranças/comitês responsáveis pela identificação iriam decidir quem tinha o direito a se vacinar e quem não tinha, em um momento em que a pandemia era uma preocupação nacional. Além disso, muitas vezes, as pessoas vivem no mesmo território, compartilham espaços, e não são quilombolas, como também tem quilombolas que não moram mais nos seus territórios de

origem, mas que deveriam ter acesso a esse direito. Essa situação acabou gerando pressões sociais e sobrecarga para essas lideranças.

[...] a gente realmente delimitou quem, quem seria considerado ou não. Porque aqui na comunidade, acaba que muitas pessoas moram de aluguel, então assim, para a nossa concepção de quilombola não é só estar dentro do território, tem que... tem que pertencer ou a família, ou as questões da irmandade, cultural, da Irmandade. Então a gente trouxe isso para discussões, criou um comitê para discutir quem seria e quem não seria. E isso aí meu Deus, foi a pior, foi a pior época. E sabe porque a gente estava lidando com questões muito, muito delicadas... Então era você negar, negar o acesso a vacinação para uma pessoa que às vezes poderia pegar a covid e morrer... (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

[...] então não tinha o cadastramento, não sabia quem eram as famílias, quantas famílias tinha no quilombo. Tudo isso ainda em processo de construção. E aí quando chega a vacinação, tinha que ter e não tinha. E aí, quem que tinha que dizer? As lideranças das comunidades. E a agente comunitária, que é essa liderança. Então, sobrecarregou essas lideranças que estavam tendo que responder por uma responsabilidade que é institucional, não das pessoas, da comunidade. Porque imagina tu, dentro da tua própria comunidade, tem que decidir quem é quem, de quem é quem. E isso foi e foi a nível nacional mesmo, muitas lideranças reclamando dessa sobrecarga, não é verdade? (Residente da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – R1)

É importante ressaltar que apesar da dificuldade em realizar essa identificação, tendo em vista que estávamos falando de direito a vacina, ou seja, direito a viver em meio a uma pandemia, essa foi uma decisão e luta da própria CONAQ. De acordo com a assessoria jurídica da CONAQ e Terra de Direitos:

A decisão do Ministro Fachin é importante para se estabelecer o critério de auto identificação – ou seja, não é o estado que deve determinar quem é e quem não é quilombola. Esse auto reconhecimento é coletivo, da própria comunidade. Mesmo que esteja fora por motivos de saúde, trabalho ou razões diversas, a pessoa não deixa de ser quilombola se reside fora do território (Terra de Direitos, 2021).

Nesse sentido, apesar da dificuldade e sobrecarga para as lideranças, essa foi uma medida defendida para proteger e garantir a autonomia das comunidades quilombolas. A Fundação Palmares também apontou que a decisão, reconhece a dimensão coletiva da autodeterminação na medida em que o reconhecimento identitário também é comunitário. Apesar dessa decisão ser importante pois visava garantir a autonomia e autodeterminação para o reconhecimento da identidade quilombola, ela não retira do Estado e do SUS a responsabilidade pelo mapeamento, identificação e cadastro dessas comunidades, que já

deveriam estar atualizados para a garantia do acesso à saúde e dos princípios de universalidade e equidade do SUS.

Em relação a aceitação da vacinação, foi observado que as notícias falsas estavam penetrando nas comunidades e, por isso, era necessário realizar ações de educação em saúde. As ações de educação em saúde foram organização pelas lideranças em conjunto com profissionais de saúde para sanar as dúvidas das pessoas e para conscientização da importância da imunização para comunidade. Conforme as lideranças entrevistadas, a aceitação da vacina foi boa, apesar de algumas pessoas inicialmente se recusarem a tomar por medo dos efeitos colaterais.

As comunidades quilombolas de Caluete (PE) e de Serra Verde (PE) estavam sendo acompanhadas pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Campo de Pernambuco. Por isso, essas comunidades tiveram o auxílio desses profissionais tanto no processo de organização e identificação das comunidades quilombolas como no processo de educação em saúde dentro das comunidades. Os residentes em conjunto com as associações organizaram espaços de educação em saúde e também apostaram nas visitas domiciliares para a conscientização de toda a comunidade. Esse trabalho de educação em saúde contribuiu para a aceitação da vacinação dentro da comunidade.

[...] ah! Teve gente que se recusou. Mas aqui é assim, aqui é assim. Teve gente que se recusou, que não ia tomar a vacina, muita gente se recusou, mas depois, quando viu os outros, a gente foi conversando, a gente conversando, vocês também conversando nas casas [residentes multiprofissionais], explicando né. [...] (Presidenta da Associação Quilombola de Caluete (PE) – Q1).

[...] [as notícias falsas chegaram] pelo Zap minha filha. Percorreu aqui, que o povo aqui não queria tomar essa última vacina que teve. Eu digo, eu mesmo vou tomar. Deu o que deu, eu sempre vou tomar, mas sempre passava pro povo "vamos tomar a vacina". Com a reunião que as meninas [da residência] fizeram aqui e com as palestras que as meninas fizeram aqui. Que nós ia tomar essa vacina e ia ficar imunizada. Mas mesmo assim a gente com a vacina, não importa, tem que tomar os cuidados com a máscara, álcool na mão, eu sempre passo pro povo. Elas não disseram em momento nenhum aqui que a gente porque ia tomar a vacina não podia contrair a doença. Que teve as palestras, não teve? (Presidenta da Associação Quilombola de Caluete (PE) – Q1).

A importância foi que muita gente ouvia e tirava dúvidas e quando encontrava a gente no caminho, tirava as dúvidas e a coisa foi fluindo. A comunicação é tudo, né? Uma boa comunicação ela abre mente e abre portas e até a visão de pessoas que não queria deixar seus idosos ser vacinados e depois através do campo comunica<sup>20</sup> que a gente orientando é deixar os seus idosos ser

---

<sup>20</sup> O projeto Campo Comunica foi um projeto organizado pelos(as) residentes voltado para a comunicação e saúde da população dos quilombos, buscando contrapor as narrativas negacionistas e promover Educação Popular em

vacinados, tanto é que graças a deus a gente não perdeu nenhum. (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – Q2)

Já na Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) foi a partir da organização popular e da rede de solidariedade com outros profissionais de saúde negros(as) que as ações de educação em saúde foram construídas. Foi organizada uma palestra online com uma professora de biomedicina da PUC para explicar sobre a vacina e tirar dúvidas da comunidade. Com essas ações de educação em saúde e comunicação com a comunidade, a adesão foi grande, conforme a liderança apenas duas pessoas se recusaram a tomar a vacina.

E essa questão da educação em saúde, a gente fez uma atividade, principalmente na época da vacinação, quando surgiu a questão da vacinação e quilombola como grupo prioritário, eu já sabia que com certeza viria o pessoal não querendo vacinar com dúvida, etc. E a gente organizou uma palestra online e teve uma adesão muito, muito boa da comunidade, que tinha 60 pessoas online na época da palestra. E isso é iniciativa nossa. E eu convidei uma professora do curso de Biomedicina da PUC para palestrar para a gente e ela falou sobre essas questões da vacinação, a importância de se vacinar, como era produzida as vacinas, por que que deveriam ser mais doses. Nessa época a gente já estava abordando tudo isso. Isso foi tipo um mês antes da vacinação, que aí sim a gente já queria fazer a vacinação (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3).

[...] E a gente teve uma adesão muito grande que o pessoal estava preocupado. E eu lembro que na época eu acho que duas pessoas que se recusaram a tomar, mas aí eu nem quis convencer, nem quis discutir, direito da pessoa não tomar, mas também se aconteceu alguma coisa, vai lidar com isso, com as coisas, as consequências e seguras os B.O.s enfim. E aí que veio a vacinação na comunidade, a gente que organizou tudo. A prefeitura só teve o trabalho de vir trazer equipe e vacinar. (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Com as ações de educação em saúde e a organização popular nas comunidades participantes da construção dessa pesquisa, foi possível perceber uma grande adesão à vacinação nesses territórios. Entretanto, essa não foi uma realidade em todo país, a grande disseminação de notificações falsas, os desafios de logística (relação ao acesso, transporte e armazenamento dos imunobiológicos), a falta de cadastro das comunidades quilombolas, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e o atraso e falta de vacina culminaram em uma

---

Saúde através de tecnologias de comunicação. Além disso, atuou em outras ações que visavam unir a área da comunicação com a saúde, com a produção de memórias, documentários e espaços de cinema e debate nessas comunidades (Lago, 2021)

baixa adesão de vacinação entre as populações quilombolas (Del Ré; Flores Dos Santos; Da Silva Koch, 2022; Meneses *et al.*, 2022; Nascimento, 2023).

De acordo com levantamento feito entre 20 de setembro e 2 de novembro de 2021 pela CONAQ através do Vacinômetro Quilombola, aproximadamente 49,5% da população quilombola identificada na amostra havia tomado apenas a primeira dose, 48,5% da população quilombola mapeada havia tomado as duas doses da vacinação e apenas 2% da população quilombola identificada ainda não tinha acesso à vacinação (CONAQ, 2021c). Em relação aos problemas encontrados, 449 quilombos apresentaram algum tipo de problema para acessar à vacinação sendo: em 171 quilombos houve casos de recusa individual da vacinação; em 87 quilombos não houve vacinação de quilombolas que residem fora do território; 41 quilombos registraram doses insuficientes; 13 apresentaram dificuldades no planejamento e execução da política de vacinação.

Já os dados do Vacinômetro da covid-19 do Ministério da Saúde, acessado em fevereiro de 2024, apontam que 53,3% da população quilombola recebeu a primeira dose da vacina, 49,5% receberam duas doses da vacina, e 45,28% receberam a dose de reforço (Brasil, 2024). Os dados demonstram que ainda em 2024, 46,7% da população quilombola ainda não foi vacinada. Esses são dados alarmantes tendo em vista que a população quilombola é considerada uma população prioritária na vacinação de covid-19 e que deve ter ações voltadas para concretização de sua vacinação.

A CONAQ alerta para a falta de dados precisos do Ministério da Saúde, sendo a estimativa populacional utilizada pelo Ministério da Saúde altamente questionável, dessa forma, a população não vacinada pode ser ainda maior. Além disso, o relatório da CONAQ aponta para a dificuldade do governo no planejamento e acompanhamento da política pública voltada à população quilombola e lembra que a dificuldade na execução da vacinação quilombola não se restringe apenas a fragilização das políticas públicas, mas há precariedade na política de saúde, trabalho, educação, e mesmo na certificação e titulação dos territórios quilombolas. O Estado permanece invisibilizando a população quilombola através da falta de dados o que é “um reflexo da própria naturalização de uma postura abertamente racista de Estado, que dá novos contornos ao racismo institucional” (CONAQ, 2021c, p. 7).

Todos esses desafios encontrados pelas comunidades quilombolas demonstram como o racismo estrutural e institucionalizado foi uma barreira nesse processo de vacinação. Nesse sentido, as instituições estatais, representadas na área saúde pelo SUS, são a materialização de uma estrutura social racista e excludente que tende a invisibilizar essas populações (Almeida,

2019). A invisibilização das comunidades quilombolas não é apenas um problema de cadastro, mas um projeto político que vem sendo estruturado na sociedade historicamente, como apontado na seguinte fala:

Mas a gente identificou aqui o racismo estrutural e institucional também foi uma grande barreira, porque a invisibilização dessas comunidades para secretarias é gigante. Então, quando chegou na hora de operacionalizar, não tinha nem caminho, nem contato de liderança, nem ninguém. Não tinha proximidade. Então, se não fosse a residência, eu não sei como teria... (Residente da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – R1)

A invisibilização é uma forma de exclusão utilizada historicamente contra a população negra no Brasil. Desde o período do pós abolição, esses territórios foram invisibilizados e estigmatizados, sendo uma das principais forma de invisibilização a ausência de informações sobre as populações negras nos recenseamentos populacionais e censos agrícolas, o que fragiliza a implementação das políticas públicas direcionadas para essa população (Brito, 2023; Gomes, 2015). Ainda de acordo com Brito (2023, p.30):

[...] a invisibilização, isolamento e estigma desses territórios e populações fazem parte de um mesmo processo. A invisibilização vem com a ausência de informações sobre os territórios, o que cria e fortalece a ideologia do isolamento das comunidades rurais e negras. Esse isolamento não se restringe a dispersão territorial, ele representa o isolamento com relação aos direitos sociais como comunicação, transporte, educação, saúde, lazer, dentre outros. O estigma social viria como consequência da invisibilização e ideologia do isolamento, reforçados pelo racismo e consequente ausência de direitos. O estigma interfere até os dias atuais na identificação dessas populações e comunidades com a denominação “quilombolas”.

Ferreira (2022) aponta que esse processo histórico de exclusão dos povos quilombolas das políticas públicas chegou ao seu ápice durante a pandemia de covid-19, com a extinção total das políticas públicas voltadas aos povos Quilombolas no Plano Plurianual de 2020-2023, promovida pelo Governo Federal de Jair Bolsonaro (2019-2022), sendo-lhes negado a efetivação de direitos fundamentais garantidos na nossa constituição. Sendo denunciado também pelo o STF no curso da ADPF 742/20201,

a) a falta de monitoramento, divulgação pública e regular dos casos de Infecção e óbitos nas comunidades Quilombolas; b) a ausência de plano governamental de combate aos efeitos da covid-19 nos Quilombos; c) falta de apoio governamental à proteção sanitário-territorial por meio de equipamentos de proteção individual (EPI); d) ausência de proteção da posse tradicional dos Quilombos e a inércia governamental diante dos obstáculos de acesso ao auxílio emergencial; f) a inexistência de ações voltadas à segurança alimentar e nutricional (Ferreira, 2022, p. 72).

Nesse sentido, a Liderança Comunitária de Saúde da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) afirma a importância da vacinação prioritária para a população quilombola, tendo em vista o histórico brasileiro de genocídio da vida e da cultura população negra.

[...] porque quando você entende que a vacinação quilombola veio como direito, e para meio que barrar esse genocídio que acontece a população negra. Aí você entende que há o princípio da equidade do SUS. Ele está ali empregado [...] tem essa questão que quando morre quilombola, não morre um quilombola, morre a cultura com ele. Então assim é o extermínio cultural, genocídio cultural (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3).

Nessa perspectiva, como afirmado na fala acima, o adoecimento e a morte nas comunidades quilombolas comprometem a memória da ancestralidade africana, incluindo saberes e práticas de cuidado já vitimadas pelo epistemicídio e a degradação ambiental que assola as comunidades afro-urbanas (Alves *et al.*, 2023; Soares, M. R. P. *et al.*, 2021). Soares *et al.* (2021) afirma que a sociedade ainda não reconhece que a população negra e quilombola não só “têm direito à reparação histórica relacionada aos quase 400 anos de escravidão, como são responsáveis por assegurar modos de vida que hoje são reconhecidos como essenciais para se construir um futuro sustentável no Brasil e no mundo”(Soares, M. R. P. *et al.*, 2021, p. 68).

Outro ponto importante levantado nas entrevistas foi como esse processo de vacinação gerou discussões sobre o que é ser quilombola e o que isso significava para comunidade, aproximando e unindo as comunidades quilombolas. Ademais, a conquista ao direito à vacinação auxiliou na construção de um sentimento de pertencimento e orgulho de ser quilombola. As comunidades, em conjunto com suas associações, foram reconstruindo e relembando sua história e sua trajetória, fortalecendo laços e reafirmando suas identidades enquanto quilombolas.

Depois dessa vacinação foi isso que mais ao menos começou uma aceitação melhor do que é ser quilombo, do que é entender o que é quilombo, porque até então a maioria não sabia e a maioria não sabia o que era quilombo e nem se interessava. Achavam que isso era coisa para pessoas negras (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – Q2)

A gente começou a falar aqui que na verdade Serra Verde era uma grande família. Foi pra entender que na verdade, o quilombo ele não é nada mais do que pessoas que compartilham esse território, esses laços que às vezes são familiares e às vezes não diretamente, mas também se tratam e se convivem nesse processo de família. E aí eu lembro que começo. (Residente da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – R1)

E eu fui pegando o jeito da coisa... Fui parando para pensar, eu não tenho estudo, mas eu digo Meu Deus porque aqui nós era muito humilhado, nós tinha muito preconceito com povo, só nos chamavam as nega do Caluete, nego do Caluete... Este era um preconceito danado que eu era danada e que eu brigava mesmo, falava muita coisa. Mas hoje em dia não quero que qualquer pessoa me chame de negra dos quilombos. Hoje eu nem me importo mais, nem me importo mais. Realmente nós chegamos a ter direitos que... nós chega a ter uma oportunidade de conhecer quem é nós, nossa origem.... E nós não faz vergonha mais em uma pessoa chegar, chamar a negra do caluete, não faz mais vergonha. A gente não tem mais a raiva que a gente tinha pra discutir né. Porque tem nossos direitos, quer dizer, nossos direitos a gente vai procurar, sem violência, é melhor assim. (Presidenta da Associação Quilombola de Caluete (PE) – Q1)

As falas acima demonstram como o racismo, a exclusão e o apagamento da história do povo afro-brasileiro afastam a população negra e quilombola de sua história, de seus antepassados, de sua cultura e das suas práticas de saberes e cuidado. Bispo dos Santos (2023) recorda que os colonizadores,

[...] começam por desterritorializar o ente atacado quebrando-lhe a identidade, tirando-o de sua cosmologia, distanciando-o de seus sagrados, impondo-lhe novos modos de vida e colocando-lhe outro nome. O processo de denominação é uma tentativa de apagamento de uma memória para que outra possa ser composta.

O processo de colonização passa por essa tentativa de apagamento da história do povo negro e quilombola, distanciando dos seus modos de vida e cosmologia, com intuito de tornar negativo “ser negro” e “ser quilombola”. Ao não reconhecer sua história de luta, de resistência, sua ancestralidade, e diante do racismo estruturado na sociedade, há uma negação da identidade quilombola e uma falta de interesse nos assuntos referentes a comunidade.

Nesse sentido, Neusa Santos Souza (1983) analisa como o processo de colonização impactou na formação da identidade negra brasileira através da discriminação e violência. De acordo com a autora, a afirmação da identidade negra é um processo político e de ruptura com o modelo hegemônico branco e eurocentrado que se aprende desde a infância. Por isso, é preciso “tornar-se negro” na medida que se vai rompendo com esse processo de desraizamento, discriminação e violências (Souza, 1983).

Entretanto, com a conquista do direito a vacina e de outros direitos sociais, as comunidades quilombolas iniciaram uma trajetória de reconhecimento da sua história e uma ressignificação do que é ser negro e ser quilombola. A apropriação de sua própria história, cultura e modos de vida reconecta os laços com os antepassados e fortalece os laços sociais do presente, une a comunidade e fortalece a sua luta.

[...] com certeza foi um novo abrir de mente para a comunidade Serra Verde, a vacinação. E que não fique só na vacinação, que a própria população busque melhorar, porque é como eu disse a vocês, eu só ficar esperando alguém de fora pra fazer. Depois da vacinação, a coisas estão às portas e que corram para o para que se abram, se escancare outras portas. Na verdade [...] se organizando é possível. Sim, é possível sim (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – Q2).

[...] a gente vê que a gente cresceu muito enquanto comunidade em si e hoje sou mais próxima de pessoas que eu não tinha tanto contato. E através dessas questões de covid, por estar trabalhando junto ou por ter monitorado a pessoa, então eu sou muito mais próximo (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3).

Abdias do Nascimento (2019) apresenta o conceito de quilombismo para redefinir o significado de quilombo como local de escravos fugidos, para uma reunião fraterna, livre, solidária, de convivência e comunhão. O quilombismo é esse rompimento com eurocentrismo científico e com a ideologia supremacista branca, que tentou tirar a humanidade, a identidade, a dignidade e a liberdade do povo negro. Para o autor o advento da libertação quilombista é a falência da colonização mental eurocentrista. Nesse sentido, a atual geração afro-brasileira tem como tarefa “[...] codificar nossa experiência por nós mesmos, sistematizá-las, interpretá-la e tirar desse ato todas as lições teóricas e práticas conforme a perspectiva exclusiva dos interesses da população negra e de sua respectiva visão do futuro” (Nascimento, 2019, p. 289).

Foi nesse encontro com a sua história de resistência e com sua ancestralidade que se foi rompendo com a ideologia branca supremacista e eurocêntrica, e se foi fortalecendo os laços familiares, indentitários, solidários e fraternos entre a própria comunidade. A perspectiva do quilombo enquanto local de direito e não de ilegalidade também foi uma mudança político-social fruto da luta da população negra e quilombola e que foi elemento chave para esse rompimento e para a construção e advento do quilombismo como construção social, política e ideológica das comunidades negras e quilombolas.

Foi a mobilização de movimentos sociais, em especial da CONAQ, que assegurou junto ao STF a vacinação prioritária aos quilombolas. Entretanto, a concretização desse direito foi fruto da organização popular dentro dos próprios quilombos que tiveram que garantir a chegada da vacina nas comunidades tendo em vista que não haviam cadastro da população quilombola nas Secretárias de Saúde e nem na APS. Além disso, as comunidades quilombolas tiveram que combater as notícias faltas e proporcionar espaços de educação em saúde para garantir a aceitação das vacinas dentro dos seus territórios.

Todo esse processo explicitou o racismo institucional e estrutural que persiste em nossa sociedade em relação aos quilombos e como a organização popular ainda é elemento fundamental para garantia dos direitos da população quilombola que segue sendo excluída e invisibilizada pela Estado e pelo sistema de saúde brasileiro. Entretanto, o direito a vacinação e a organização popular auxílio na construção de um sentimento de pertencimento e orgulho de ser quilombola, além de potencializar a união e a organização popular para luta e para conquista de direitos sociais.

## 9.2 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO CAMPO E AS ASSOCIAÇÕES QUILOMBOLAS DO AGRESTE PERNAMBUCADO: A RESIDÊNCIA EM SAÚDE FORTALECENDO A ORGANIZAÇÃO POPULAR

As comunidades quilombolas de Caluete (PE) e de Serra Verde (PE), agreste pernambucano, foram acompanhadas pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Campo de Pernambuco (RMSFC) durante o período de pandemia. Os residentes acompanharam as comunidades quilombolas durante esse período e também trabalharam em conjunto com as associações, fortalecendo esse espaço, e lutando para garantia dos direitos sociais e da vacinação para esses territórios.

Figura 32 - Associação Quilombola de Caluete



Fonte: Acervo Pessoal

Figura 33 - Conhecendo a comunidade Quilombola de Serra Verde



Fonte: Acervo Pessoal

A RMSFC conta com profissionais de saúde graduados em educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia, sanitarista, serviço social, fonoaudiologia e terapia ocupacional, sendo que a formação desses profissionais é direcionada para atuação na Atenção Básica e em território rural (Souza, 2020). Ainda de acordo com a autora, a grade curricular de formação da RMSFC promove uma formação para uma reflexão crítica da realidade e para atuar como agente de transformação (Souza, 2020).

O programa de residência propõe a realização da territorialização como tarefa inicial para atuação nos territórios, buscando favorecer o desenvolvimento e organização das atividades em conjunto e de acordo com as necessidades das comunidades. A residência se organiza através de Núcleos de Base (NB) que se reúnem em momentos de diálogos para a organização e realização das atividades teóricas e teórico-práticas, o que promove a construção coletiva de atividades (Souza, 2020). Segundo Souza (2020, p.60) este modelo de organização “é herdado do MST, o qual deve ser compreendido como um modo de organização coletivo colocado em um espaço de construção participativa e compartilhada”.

Nessa pesquisa foi acompanhado o trabalho de dois NB que atuaram no período da pandemia (2020-2022). A residência fez um trabalho importante durante o período da pandemia na prevenção e controle do vírus nessas comunidades, utilizando ações de educação e

comunicação em saúde. Esse trabalho de educação e comunicação em saúde foi construído pelos residentes em conjunto com as lideranças comunitárias e utilizando o espaço da comunidade e das associações para atuar em diálogo constante com a comunidade.

[...] e com a chegada do pessoal da residência foi assim um marco para a história de Serra Verde. Nos ajudaram bastante nessa questão da educação e de prevenção. E fluiu, mesmo a maioria não dando tanta importância, mas eles me ajudaram a plantar a sementinha que eles precisavam se cuidar, porque a vida é importante e a questão da transmissão também, que precisava usar máscara, álcool gel, essas coisas todinha... Então o pessoal da residência foi nesse período de pandemia, foi assim uma coisa boa... (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – Q2).

[...] aqui não teve muita essa doença não, mas sempre essas meninas da residência estavam de casa em casa, caminhando nesse sol quente, essas meninas da residência, eu vou falar assim, porque se eu for falar nome é muitas. Sempre a turminha com álcool, com essas máscaras... (Presidenta da Associação Quilombola de Caluete (PE) – Q1).

[...] e eles (residentes) vieram e colavam nos postes e nos muros das casas os cartazes orientando que era que as pessoas deveriam fazer se tivesse algum sintoma, alguma coisa assim. Foi um trabalho educativo muito bom. Os áudios também, da rádio, era uma rádio web... (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – Q2).

Como observado nas falas acima, foram realizadas ações de educação em saúde por meio de orientações individuais e coletivas utilizando práticas pedagógicas dialógicas e materiais culturalmente adequados como os cartazes espalhados pelo território. As ações de educação em saúde foram estratégias utilizadas pelos movimentos sociais, associações e organizações populares para mitigar os efeitos da covid-19, em especial, nos locais historicamente abandonados pelo Estado e pelas políticas públicas como comunidades tradicionais, PCFA, favelas e comunidades periféricas dos grandes centros urbanos (Fleury; Menezes, 2021; Morel, 2021; Silva, C. O. da, 2021).

Borges et al. (2023) relatou experiências exitosas de implementação de medidas não-farmacológicas enquanto estratégia de mitigação dos impactos da covid-19 em um território quilombola da Bahia. Sobre a perspectiva educacional, o estudo destaca como positivo, a implementação de estratégias como a produção de tecnologias educacionais no formato impresso, como as cartilhas, com linguagem culturalmente adaptada e ilustrada de maneira a gerar identificação étnica com a população (Borges *et al.*, 2023).

Essa tecnologia de produção de cartilhas/cartazes culturalmente adequadas também foi utilizada nas ações de educação em saúde construídas pelos residentes em conjunto com as

lideranças comunitárias e também teve resultados positivos. As ações educacionais foram permeadas por um diálogo entre os conhecimentos científicos e os modos de organização social das comunidades, respeitando sua cultura e suas práticas de saúde. De acordo com Morel (2021, p.8) as ações educativas devem favorecer “[...] a transformação dos conhecimentos científicos em cultura, prática e realidade das pessoas, assim como ajudam a trazer os questionamentos feitos com base em diferentes realidades e saberes populares para a própria ciência”.

Outra ação importante citada nas entrevistas foi o projeto *Campo Comunica*, que aproximou o campo da saúde com o da comunicação, buscando encontrar caminhos para contrapor as narrativas negacionistas e promover Educação Popular em Saúde através de tecnologias de comunicação. Foi elaborado a produção de materiais como vídeos, áudios de WhatsApp, lambes, panfletos informativos (plastificados para evitar a propagação do vírus) com intuito de estabelecer vínculo com a comunidade através do bordão “Campo Comunica: saúde para o povo e com o povo”, valorizando - através de uma adaptação às tecnologias atuais - canais de comunicação históricos como rádios e jornais (Lago, 2021).

[...] E daí eu lembro que uma das coisas que a gente fez bem de início foi o Campo Comunica que a gente começou a tentar produzir materiais que contrapassem essas mentiras e notícias falsas. (Residente da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – R1)

O projeto *Campo Comunica* teve como enfoque inicial as orientações sobre prevenção ao coronavírus em sua compreensão ampliada - pautada na determinação social do processo de saúde-doença. Essas orientações foram realizadas através dos panfletos, cartazes, áudios de WhatsApp e também em canais de comunicação como rádios e jornais dentro das comunidades (Lago, 2021). Nesse sentido, o foco foi divulgar orientações de prevenção ao vírus e também combater as notícias falsas propagadas intensamente durante o período da pandemia, e que chegou também aos territórios quilombolas. Durante o período da pandemia o crescente quadro de desinformação foi um aspecto preocupante devido a rápida proliferação de informações errôneas que incentivaram desconfianças, medos e comportamentos propícios à ocorrência de agravos à saúde individual e coletiva (Morel, 2021; Nascimento, 2023).

Nascimento (2023) refletiu sobre comunicação e saúde em seu estudo sobre estratégias de auto-organização das comunidades quilombolas do Pará. Entre as estratégias estavam as ações comunicativas que levaram às comunidades quilombolas informações cientificamente válidas e alusivas à realidade local, por meio de materiais que exploraram a linguagem regional e a representatividade quilombola. Foram utilizados cards ilustrados e distribuídos por

WhatsApp com orientações sobre a covid-19. Segundo a autora, essa ação revelou quatro aspectos marcantes sobre comunicação e educação em saúde junto a comunidades quilombolas:

[...] as mídias sociais são ferramentas com alto potencial educativo junto a esses grupos; os cards, por mesclarem elementos textuais e visuais, são acessíveis a leitores e não leitores; a comunicação baseada na confiança (inspirada pelos personagens ilustrados) produz maior aceitação das mensagens comunicadas; e a expressão e a representação condizente com a realidade do público com que se pretende comunicar é imprescindível (Nascimento, 2023, p. 96).

Nesse sentido, Nascimento (2023) aponta para a importância da comunicação baseada na confiança e com representação condizente com a realidade do público. Esse ponto também foi citado por uma residente atuante no município que apontou a necessidade de compreender os modos de vida e organização das comunidades para pensar em recomendações que de fato fizessem sentido para aquela comunidade. Como as comunidades quilombolas são organizadas em núcleos familiares ampliados que convivem junto diariamente, não tinha sentido estar sempre de máscara dentro desses núcleos familiares, porque essa recomendação não teria sentido e seria difícil de ser realizada pelas pessoas da comunidade. Além disso, o território quilombola estavam localizados em um espaço afastado das cidades e as áreas de convivência em geral são em espaço aberto.

[...] e eu acho que teve. Quando a gente fala também da necessidade dessa comunicação voltada para as realidades de cada território, é muito sobre isso, porque quando começou usar máscara, usar máscara, usar máscara. Só que no sítio é um lugar aberto, é ventilado. Geralmente os núcleos familiares são ampliados, não é só convívio com aquele núcleo familiar, então não precisava ficar de máscara 24 horas por dia, porque daí as pessoas entendiam que tu tinha que estar tipo dentro de casa, com os teus, com as tuas pessoas, sempre de máscara. Só que se tu não ia para a cidade e voltava e fazia a higienização das roupas, tira o sapato, vai pro banho, faz esse processo, tu poderia depois ficar mais tranquilo, só que pela informação que chegava, as pessoas acabavam negando porque não entendia direito aquele processo. Então a gente também começou a tentar orientar, então logo vai para a rua, usa máscara, cuidado na rua porque as pessoas falam, mas eu só fico dentro de casa com as pessoas. Tá, mas foi pra rua, tem que usar. (Residente da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – R1)

Como observado na fala acima, as ações da residência buscavam também conter um problema grave na lacuna de comunicação do sistema de saúde no qual os materiais informativos oficiais não consideravam características específicas das populações do campo, da floresta e das águas e as das comunidades e povos tradicionais. Essa “universalidade” na comunicação acabou interpondo dificuldades para a compreensão e internalização das informações transmitidas dentro das comunidades quilombolas (Nascimento, 2023). Como

afirma Bispo dos santos (2023) a “universalidade” na perspectiva eurocêntrica e branca, está relacionada com o sentido de unicidade, excluindo a diversidade, os vários ecossistemas, organizações comunitárias, idiomas e reinos. Nesse sentido, a comunicação oficial adotou um discurso universal que não conseguiu de fato atingir e conscientizar toda a pluralidade de povos e comunidades presentes no Brasil, porque foi propagado no sentido da unicidade contemplando uma elite branca dos grandes centros urbanos.

Em relação as ações de comunicação organizadas no projeto *Campo Comunica*, a medida que a vacinação foi sendo concluída nos territórios, as ações foram sendo expandidas para as outras necessidades de saúde da comunidade. Nesse sentido, foi realizado um diagnóstico rural participativo para compreender quais seriam essas necessidades da comunidade incluindo os aspectos sociais, políticos e de promoção da saúde. Essas ações foram desenvolvidas através de uma leitura das potencialidades e fragilidades de saúde do território e, através do trabalho conjunto entre os residentes e as lideranças comunitárias, construindo espaços de promoção da saúde e de resgate e afirmação da cultura afro-brasileira, como afirmado na fala abaixo na oficina de tranças e o CineCampo.

[...] e eu lembro que isso começou a aproximar as pessoas desse debate, dessa questão. E aí, a partir das reuniões pra organizar a vacinação, a gente começou a fazer reunião quinzenalmente eu acho que foi aqui no ponto de apoio e aí discutia já outras questões. Então o que é que falta pra comunidade? Aí a gente fez diagnóstico rural participativo pra identificar as potencialidades, as fragilidades. Essa metodologia. E dali a gente começou. Então precisa de ter se cinema, lazer. Daí a gente conseguiu depois fazer momentos de O Cine Campo, que também era uma coisa que o campo comunica, queria e acho que depois a gente conseguiu. Fez a coisa das tranças, a oficina de tranças. (Residente da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – R1)

Dessa forma, Borges et al. (2023) ressalta que a atuação dos profissionais de saúde devem estar baseadas no respeito ao saber ancestral, ultrapassando o olhar direcionado apenas às vulnerabilidades que as comunidades quilombolas enfrentam, mas identificando as potencialidades já presentes nesses locais. Além disso, com a utilização de práticas participativas estimula-se o desenvolvimento social e autônomo nas comunidades, visando concretizar a superação dos processos de desgastes na determinação social do processo saúde-doença (Borges *et al.*, 2023).

Schubert e Gedrat (2016, p.68) refletem a que é preciso compreender a comunicação em saúde como um “processo de relações que envolve uma realidade social mais ampla que se corporifica num conjunto de manifestações, vozes, interesses e visibilidades”. Os participantes

devem ser falantes e ouvintes nessa relação comunicativa, buscando de modo integrado e cooperativo tomar decisões referentes ao futuro de suas comunidades. Essa é uma visão distinta da visão unidirecional que normalmente existe nas instituições de saúde onde um emite as informações e os outros a recebem passivamente (Schubert; Gedrat, 2016).

Nesse sentido, é importante destacar a atuação RMSFC no acompanhamento dessas áreas historicamente abandonadas pelos serviços de saúde através de um projeto construído coletivamente e em cooperação com as pessoas da comunidade, assim como com suas associações e lideranças. As falas das diversas pessoas que conversei durante a visita local apontaram para a satisfação em “sair da invisibilidade” e em estar recebendo acompanhamento do serviço de saúde, evidenciando a transformação que ocorreu durante esse período nas condições de saúde da comunidade. Nesse sentido, Souza afirma que RMSFC emana como “um importante dispositivo de enfrentamento de iniquidades, que tem a possibilidade de suplantar a invisibilidade e a negligência histórica delegadas à saúde da população do campo” (Souza, 2020, p. 55).

Importante ressaltar que a construção dessas ações de educação em saúde e comunicação em saúde foram realizadas e construídas com o apoio da comunidade e das lideranças locais. Além disso, os residentes tiveram uma atuação importante dentro das próprias associações quilombolas, no sentido de fortalecer esses espaços e buscar fomento através de políticas públicas já existentes, mas desconhecidas pela comunidade.

[...] porque tava todo mundo com esse medo do que era esse vírus. Ninguém sabia e ainda um monte de notícia falsa que chegava pelo WhatsApp, né? A gente ficou com essa dificuldade até de ser recebido nas casas, porque a gente nem chegava a entrar nas casas. Passava sim, de frente, mas batia palmas. Não saía ninguém, porque as pessoas achavam que... As pessoas estavam com esse medo do que foi, do que foi trazido. E aí [liderança comunitária], que acolheu a gente junto com ela, a gente começou a traçar estratégias mesmo de como chegar nesse povo (Residente da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – R1)

Através das meninas da residência, nós vimos **a evolução na associação que tivemos**. A vacina, tivemos esse negócio ai, desse fomento... de fomento rural... Conseguimos comprar bombas e outras coisas. Está ai a coisa. Agora chegou esse negócio da galinha... já compraram o cimento e está para lá. Aquele lá no barracão tá lá o cimento, a fita, a mangueira, tá a bomba que é do outro, do outro para daí tudo isso. Eu vou dizer o que. Que vocês, que o trabalho de vocês [se referindo aos residentes]. As meninas da residência foram uma maravilha, pelo menos o povo vieram, chegaram no nosso território [...] (Presidenta da Associação Quilombola de Caluete (PE) – Q1)

Outro ponto importante levantado foi a união entre a associação e a residência para garantir a chegada da vacinação na comunidade.

[...] Ai depois dessas meninas da residência que fizeram o trabalho delas, trouxeram a vacina e a gente já ficou mais fortalecido, mesmo que pegue mais ai já se sentiu melhor e estava todo mundo sendo vacinado e eu digo meu Deus, se chega na associação é uma benção. Graças a Deus foi uma benção. (Presidenta da Associação Quilombola de Caluete (PE) – Q1)

[...] teve reunião de associação pra decidir isso e a resistência meio que representava na reunião com a secretaria entende porque é aquela linguagem mais institucional, aquela coisa toda. Então já chegava com as pautas de encaminhamento da reunião na secretaria pra dizer como faria, porque (Residente da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – R1)

Essas falas demonstram a potencialidade da atuação dos profissionais de saúde e da APS em conjunto com as associações e com a lideranças das comunidades quilombolas. Esse diálogo e trabalho em conjunto fortalece as associações e as próprias comunidades, além de fomentar a autonomia e organização popular, sendo fundamental para se concretizar o direito à saúde e à promoção da saúde local. A APS pode e deve construir laços com as associações quilombolas orientando quanto as possibilidades de acesso às políticas públicas, visando a garantia dos direitos sociais e de saúde.

Além disso, esse trabalho aponta a potencialidade de construir espaços de promoção da saúde em conjunto com as associações e as comunidades quilombolas, a partir de espaços participativos de construção e comunicação, incentivando a manutenção da organização social dos quilombos e da cultura afro-brasileira, alicerçado no pensamento crítico e na emancipação histórico-social. A saúde das comunidades quilombolas devem ser construídas a partir do diálogo e do respeito por seus modos de organização e suas práticas culturais e de saúde.

Por isso, a comunicação, a educação em saúde e a construção de espaços participativos que incluam as associações, as lideranças e a comunidade devem ser base da atuação do profissional de saúde da APS. A atuação RMSFC foi um exemplo da potencialidade desse diálogo entre o sistema de saúde e as associações quilombolas na promoção da saúde, garantia de direitos sociais, respeito a cultura afro-brasileira e no fortalecimento da luta e da organização popular.

### 9.3 VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: O CASO DA COMUNIDADE QUILOMBOLA DOS ARTUROS

Esse capítulo pretende abordar o caso exitoso de vigilância popular em saúde que ocorreu na Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) durante o período de pandemia. Essa

comunidade se organizou para sobreviver ao vírus devido à falta de acompanhamento do sistema de saúde e o aumento nos casos e nas mortes dentro da comunidade. Foi a partir da organização popular que a comunidade conseguiu conter os casos e evitar um maior número de morte da comunidade.

A Comunidade dos Arturos está localizada no município de Contagem na Região Metropolitana de Belo Horizonte. O quilombo dos Arturos é um quilombo familiar que mantém vivas tradições negras do Brasil. O quilombo iniciou com a união do patriarca Arthur Camilo Silvério com sua esposa Carmelinda Silvério, em 1917. Arthur Camilo nasceu após a promulgação da Lei do Ventre Livre, por isso, nasceu livre. Entretanto, seu pai, Camilo Silvério, foi um escravo que chegou em terras mineiras no final do século XIX (Costa, 2013; Viegas, 2019).

Embora Arthur Silvério não fosse escravo devido a Lei do Ventre Livre, era tratado como tal. De acordo com Costa (2013), após a morte do pai, seu patrão e padrinho começou a maltratá-lo sem piedade, o que ocasionou na sua “fuga”. Foi nessa fuga que conheceu sua esposa, D. Carmelinda Maria da Silva (1898-1983), constituiu família e se fixou em Domingos Pereira, bairro que fica a dois quilômetros do centro de Contagem, onde surge a comunidade. Arthur e Carmelinda tiveram 10 filhos: Geraldo, Conceição (D. Tetane), Juventina (D. Intina), Maria do Rosário (Induca), José Acácio (Zé Arthur), Izaura (D. Tita), Antônio, Mario, João Batista e Joaquim (Bil) (Costa, 2013).

Atualmente, a comunidade está na quinta geração dos Arturos e totalizam cerca de quinhentos membros. Eram liderados pelo patriarca da primeira geração dos Arturos (filho de Artur Camilo) e que juntamente com os filhos e filhas da mesma geração que já faleceram, são denominados de Arturos de primeira linha (Viegas, 2019).

Figura 34 - Casa do Patriarca Arthur Silvério



Fonte: Acervo Pessoal

Em relação à organização de sua associação, a comunidade quilombola dos Arturos tem sua organização interna ligada a Irmandade Nossa Senhora do Rosário que é a instituição mantenedora da comunidade. A Irmandade é uma organização administrativa que cuida do patrimônio financeiro e do patrimônio cultural da comunidade e tem como organização interna os cargos de presidente, vice-presidente, secretário, entre outros cargos administrativos. Entretanto, a Irmandade não tinha nenhuma organização referente a saúde da comunidade, apenas em relação aos aspectos culturais e financeiros. Outro ponto importante da Irmandade é que os representantes e organizadores da Irmandade são, por tradição, as pessoas mais velhas da comunidade (matriarcas e patriarcas).

Figura 35 - Espaço de atividades e reuniões da Associação da Comunidade dos Arturos



Fonte: Acervo Pessoal

Com a chegada da pandemia e as mortes ocorridas na comunidade, os jovens –formados ou estudantes das áreas da saúde – perceberam a necessidade de se organizar para pensar essas questões de saúde e de proteção ao vírus da covid-19. Essa juventude começou a se organizar via WhatsApp e formou um comitê para pensar em ação de vigilância em saúde através do monitoramento e acompanhamento dos casos.

E aí a gente viu a necessidade de trazer os jovens, pessoas mais jovens para essas questões de saúde, porque, principalmente, que a gente ia começar o monitoramento por WhatsApp. E aí tinha que buscar nome, tinha que buscar um monte de dado pessoal. A gente resolveu criar um comitê de pessoas mais jovens e a gente fez esse convite. É.... foi através de um grupo do WhatsApp que a gente criou esse grupo e aí foi.... foi inserido a maioria dos profissionais da saúde da comunidade, porque a gente tem enfermeiro, técnico de enfermagem e eu como fisioterapeuta, tem é... da assistência social e tudo. Então a gente foi criando esse comitê com essas diversas pessoas que tem dentro da comunidade, pessoas que estavam para formar também. E eu tenho uma prima que trabalha como agente de endemias. E ela foi organizando essas questões também, fez essa interlocução entre a gente e a prefeitura pelo fato dela estar lá dentro. E aí a gente criou esse grupo e se organizou a partir disso e a partir desse grupo a gente foi deliberando as coisas que que deveriam ou não acontecer dentro da comunidade. (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

A atuação da comunidade na contenção dos efeitos da pandemia começa após a segunda morte no território. Foi a partir da segunda morte e com a crescente nos casos de covid-19 que a comunidade criou um comitê de saúde para pensar em ações de contenção ao vírus.

E aí foi a partir da segunda morte que eu despertei. A primeira morte foi, eu acho, que em novembro de 2020, novembro de 2020. A segunda morte foi em janeiro de 2021. Então, a partir da segunda morte que eu vi que tipo, tinha muita gente positiva dentro da comunidade, que eu meio que despertei e falei nossa, a gente está totalmente esquecido pelo poder público, pela saúde do município em si. E a gente tava esquecido naquela época. E aí houve uma mudança de governo e um governo mais aberto pra essas questões minoritárias. Entrou. E aí a gente viu, através dessa mobilização social, a necessidade de traçar estratégias para tentar barrar a pandemia. E no início a gente fez tudo por conta própria, mesmo depois que a comunidade ganha uma certa visibilidade. É através dessas questões de covid que a prefeitura entrou. Mas também a gente começou a cobrar também, como direito, que saúde é direito é indiscutível. É a partir disso que a gente começou a traçar as estratégias. E vem muito dessa questão de que se a gente não fizesse, teria sido muito pior. Foi isso. Foi muito ruim o que aconteceu na comunidade, mas que se a gente não tivesse agido, teria sido muito pior. (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Após a primeira morte no território, a comunidade começou sua primeira mobilização com medo da proliferação do vírus no território. A primeira ação realizada na comunidade foi a distribuição de máscara. A primeira ação foi composta pela arrecadação e entrega de máscaras para as pessoas da comunidade, com intuito de conscientizar e incentivar o uso de máscara para proteger a comunidade.

Não tinha ninguém grave na comunidade e é a partir do momento que veio o primeiro óbito, as pessoas já começaram a alertar que era de... de um.... ele era idoso, mas só que um idoso robusto, uma pessoa que tipo que teria uns 40 anos de vida se não tivesse... mais de vida, se não tivesse pegado covid. E aí, quando esse senhor da comunidade faleceu, foi um choque muito grande, porque a gente não imaginava mesmo. E ele ficou assim grave, no CTI e tudo... E aí veio uma iniciativa de entregar a máscara para toda a comunidade e essa foi a primeira ação. [...] A gente recebeu doação de máscaras e a gente foi e foi distribuindo as máscaras. (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Depois, com a formação do Comitê de Saúde dos jovens, iniciou-se a implementação de um conjunto de ações e estratégias para evitar a proliferação do vírus, o agravamento da doença e mais mortes na comunidade. As estratégias de vigilância popular em saúde realizadas incluíram estratégias de educação em saúde, monitoramento dos casos, acompanhamento dos casos, cuidado coletivo para as medidas não farmacológicas, entre outras. Para realizar as ações

foram utilizadas as redes sociais como Instagram e WhatsApp, como também a utilização de faixas distribuídas no território.

Em relação às ações de educação em saúde foram utilizados informes pelo WhatsApp sobre as medidas de proteção, lembrando de usar as máscaras, lavar as mãos, não visitar as pessoas idosas sem necessidade. Além disso, foram construídas faixas que foram colocadas na comunidade. Uma preocupação da comunidade era que a maioria das pessoas trabalhavam fora da comunidade e seguiram trabalhando durante o período de pandemia. Por isso, era essencial as medidas de proteção ao vírus como máscara e higienização das mãos, principalmente fora da comunidade.

[...] e aí, assim, de certo, de certo modo... Porque assim, houve essa questão do isolamento que as pessoas precisavam ficar em casa. Só que acaba que a maioria das pessoas aqui na comunidade trabalham como doméstica ou como motorista de caminhão. Tudo. E são algumas atividades que em teoria não, não parariam e não pararam. E aí essas pessoas tiveram que continuar nos serviços, né? Então assim a gente começou a mandar informes no WhatsApp para o pessoal, da necessidade de se usar a máscara e aí a gente instalou as faixas nas entradas da comunidade, proibindo a visita (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3).

Figura 36 - Faixas para uso de máscara na comunidade dos Arturos



Fonte: Acervo Pessoal

Outro problema levantado pelo Comitê foi a aglomeração que havia na comunidade. Como a comunidade é composta por uma grande família, mesmo durante o período da pandemia havia ainda muita festa e visita entre os familiares.

[...] muito complicado. A gente teve muito, muito problema aqui com aglomeração, porque como é todo mundo família e não é tipo, sei lá, eu tô morando num bairro qualquer e eu não conheço meu vizinho, mas não, aqui é o seu vizinho, seu parente. Então você vai na casa dele, não é só para pedir uma xícara de açúcar, você vai lá para papear, para fofocar, etc. A gente teve muito problema com isso em relação a festa, o pessoal fazia muita festa e a gente fala "gente, cuidado porque as coisas estão agravando, o pessoal fazendo festa e tudo..."

Nesse sentido, as estratégias de conscientização tiveram que abordar a necessidade do uso de máscara e de não realizar aglomerações mesmo dentro da comunidade, principalmente, cuidando com os idosos – patriarcas e matriarcas da comunidade. Após as ações de educação em saúde e conscientização, a comunidade começou a ter um cuidado coletivo quanto ao uso de máscara e higienização das mãos. Então a própria comunidade começou a cobrar que todos e todas estivessem aderindo as medidas de proteção ao vírus. Ao compreender que essas ações era uma forma de cuidado e de proteção à vida, foi mais fácil a adesão de todos e todas.

Mas quando, apesar de ter sido difícil essa adesão, eu acredito que o pessoal eles tiveram um entendimento muito, muito bacana a respeito da pandemia. Então, por exemplo, aqui na comunidade, quando eles viam alguém sem máscara, o pessoal cobrava. As crianças todas usando máscara, os adultos também, principalmente para trabalhar e porque é principalmente obrigatório. Então acaba que eu lembro de mandar vários audios falando "gente não visita o pessoal mais velho nessa época para evitar contaminação, para evitar a morte, etc." Então, assim, apesar de tudo, o pessoal foi bem compreensivo e as faixas também tiveram um papel fundamental para informar. (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Outra questão importante foi as diferentes formas de comunicação empregadas nas estratégias de educação em saúde. A comunidade é composta por uma diversidade de pessoas e, por isso, foram empregadas diferentes formas de comunicação. As faixas foram importantes para um determinado público, mas como a maioria das pessoas da comunidade é analfabeta, foi importante investir na comunicação oral também. Por isso, foi utilizada como estratégias que todas as mensagens de WhatsApp iam escritas, mas também traduzidas em áudios, para garantir que todas as pessoas conseguissem compreender.

[...] a gente que mandou confeccionar faixas e acaba que foi até uma das questões que a gente teve que articular, foi essa comunicação porque a maioria das pessoas aqui da comunidade são analfabetas, então não sabem ler, né? Então as faixas iam pra um determinado público, então a gente teve que fazer uma comunicação oral também muito, muito bem articulada às questões dos áudios do WhatsApp. Então eu mandava a mensagem escrita e mandava o áudio lendo a mensagem pro pessoal para facilitar essa comunicação, porque apesar das pessoas não saberem ler, elas utilizam WhatsApp. Então a gente teve que fazer muito esse jogo da comunicação. Então sim. E desde fazer os informes no Canva até reproduzir as mensagens no WhatsApp e gravar áudio,

a gente fez. A comissão que a gente montou, a gente fez praticamente tudo, muita coisa mesmo. (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Outra ação desenvolvida foi os boletins epidemiológicos com os dados do território de pessoas positivadas com vírus da covid-19 (pessoas quilombolas e não quilombolas), pessoas esperando resultado, número de mortes e pessoas em acompanhamento. Esses boletins eram atualizados sempre que havia alguma informação nova.

[...] Então, assim é boletim epidemiológico. A gente enviava no Instagram todas as vezes que alguém positivo ou que falecia alguém, a gente postava o boletim da comunidade, quando as pessoas que residiam aqui dentro. Quando as pessoas eram de fora. Porque na comunidade não, não é só quem mora aqui dentro né. Também tem pessoas que não moram aqui, aqui dentro, mas são de contagem. E a gente colocava os números todos bonitinhos. Quem estava em acompanhamento, quem estava esperando resultado de exame. Tudo bonitinho. Então, tudo isso a gente fez. (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Figura 37 - Boletim Epidemiológico Comunidade dos Arturos



Fonte: Instragram @quilombo.dos.arturos

Na entrevista foi apontada a falta de acompanhamento e monitoramento dos casos dentro da comunidade pelo sistema de saúde. Além disso, a quantidade de mortes na comunidade é um resultado dessa falha do sistema de saúde com as populações que deveriam ter um acompanhamento prioritário. A responsabilidade de cuidado, acompanhamento e monitoramento dos casos se tornou responsabilidade da própria comunidade para sobreviver. Nesse sentido, a liderança comunitária (Q3) aponta a dificuldade de ter que monitorar e acompanhar seus próprios familiares.

Mas é e é isso. Isso me trouxe um gatilho muito grande, porque foi, foi grotesco, foi grotesco. Eu ter que ouvir de longe que meu avô estava saturando 74, de ter que orientar a minha família a ligar para o SAMU, porque essa não era... ali eu estava enquanto o neto, não estava enquanto profissional de saúde, sabe? E esse serviço de monitoramento deveria ter sido feito pela atenção primária e não foi feito com ninguém da comunidade. (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Na época a gente tinha seis pela morte dos meus avós, que estava com mais óbitos que a cidade que eu estava morando, a cidade que eu estava morando 3000 habitantes e a gente tinha três óbitos na cidade inteira, 3000 habitantes. A gente aqui na comunidade 600 e poucas pessoas, seis óbitos. Então, sim, é absurdo, é muito absurdo. (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

A fala acima aponta para a falta de acompanhamento da APS e da responsabilização da própria comunidade pela sua saúde e sobrevivência. Nesse sentido, é preciso pontuar que a vigilância popular da saúde não visa substituir o papel do Estado, mas pautar a necessidade de uma maior participação da comunidade na vigilância, como está destacado na Política Nacional de Vigilância da Saúde (Carneiro; Pessoa, 2020). Nesse sentido, as ações de vigilância popular em saúde deveriam ser construídas pela APS em conjunto e com a participação da comunidade, de suas associações e lideranças, e não ser responsabilidade da própria população.

Em relação ao acompanhamento dos casos foram empregadas como estratégias a utilização de oxímetro e a formulação de fluxos para acesso aos serviços de saúde. O oxímetro foi uma das ferramentas utilizadas para estabelecer o fluxo para os diferentes níveis de atenção do SUS, determinando, principalmente, quem precisaria ser encaminhado para o hospital. Essa foi uma estratégia que facilitou o controle interno dos casos e proporcionou maior autonomia para acompanhar o agravamento dos casos ativos da doença.

[...] a gente comprou dois oxímetro usado na comunidade e meu avô tinha um oxímetro que já tinha e já tinha pedido para comprar há muito tempo, porque ele já tinha DPOC, já tinha problema de coração, etc. Eu falei gente precisamos de um oxímetro, na comunidade a gente viu essa necessidade,

porque muita gente estava positivando, as vezes tinha a forma grave... A oximetria... Mediu oximetria e está baixo, hospital. Então esse foi o nosso critério para mandar para hospital. Isso sim foi o pulo do gato. Acho que se a gente não tivesse comprado o oxímetro, talvez algumas questões teriam sido muito complexas (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Como afirmado na fala acima, a utilização do oxímetro beneficiou a comunidade auxiliando na organização de um fluxo interno de cuidado e orientações, definindo quando ir a UBS, quando ir ao hospital ou quando ficar em casa. A área do território da comunidade dos Arturos é uma área coberta pela APS, mas que apresenta problemas porque é referenciada por três UBS, o que dificulta a organização enquanto comunidade.

[...] então, é uma área coberta, mas descoberta. A gente tinha. Na verdade a gente ainda tem um problema muito grande, porque como a gente está no meio de um centro mega centro urbano. A gente tem diversas UBSs que a gente é referenciado. Então a gente é referenciado por três UBS, que é praia, linda vista e Alvorada. Mas a nossa UBS mesmo é a UBS do Alvorada. Então eu lembro que quando o pessoal começou a apresentar sintoma, a gente criou um fluxo interno, porque a gente meio que entendia de protocolo, de como funcionaria testagem, etc. E a gente começou a orientar todo mundo. Olha, primeiro dia não vai fazer testagem, você vai ter que esperar o terceiro dia para você ir na UBS. Mas quando apresentava os sintomas a gente já indicava para pessoa para ir na UBS para poder pegar o atestado, ficar em isolamento. Mas a gente via que era muito falho, muito falho. Mas assim foi no Brasil inteiro, foi falho a atenção primária. Mas isso é porque vem uma política de subfinanciamento histórica né. Então a gente não pode atrelar o problema na atenção primária agora, desde muito, muito, muito, desde muito tempo. Mas é sim, para aquelas questões mais emergenciais. Eu vi que eles foram resolutivos. (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Na fala acima observa-se como a constituição do território para a APS dividi o território quilombola em três áreas dificultando o diálogo entre a APS e a comunidade. A noção de território é central e norteadora para a organização dos serviços de saúde, mas quando considera apenas os limites geográfico, torna-se excludente e individualizada, desconsiderando a organização coletiva e política local. Nesse sentido, a noção de território orienta para um certo tipo de organização de práticas que se enclausura na delimitação territorial definindo o que e quem pode ser cuidado (Silva; Moebus; Ferreira, 2016).

Silva, Moebus e Ferreira (2016) apresentam uma outra perspectiva de território como espaço de existências, no qual “está implícita a ideia de ambientes vivos, lugares em construção pelos sujeitos que o constituem e, como tal, só existem em relação” (p. 92). O território

existencial demanda a desterritorialização, ultrapassando a delimitação territorial para construir vínculos, estabelecer conexões e redes vivas (Silva; Moebus; Ferreira, 2016). Ainda para as(os) autores(as),

O problema está quando um princípio territorial métrico, protocolar, torna-se dominante, preponderante, e a aposta territorial, que poderia ser criadora de vínculo e responsabilização, passa a funcionar como subtração de possibilidades da continuidade do cuidado (Silva; Moebus; Ferreira, 2016, p. 93).

O modelo de fragmentação territorial não considera o movimento e organização social particular de cada região e território. Como lembra Milton Santos, esse processo de fragmentação do território rouba às coletividades o comando do seu destino (Santos, M., 2001). Nesse sentido, a fragmentação do território dificulta a atuação da APS em conjunto com os coletivos, associações e lideranças comunitárias. Além disso, ao pensar na particularidade presente nas comunidades tradicionais e na garantia da equidade nos serviços de saúde, é importante que esses territórios sejam considerados em sua totalidade, facilitando o diálogo e a construção conjunta com a APS, buscando estratégias participativas que auxiliem na garantia dos direitos sociais e de saúde, respeitando suas especificidades e cultura.

Outro ponto citado na entrevista foi a questão da espiritualidade dentro da comunidade que afetou as reflexões sobre a permanência ou não de atividades como o benzer. Nesse sentido, foi destacado como a formação do profissional de saúde não está preparada para lidar com as questões culturais e de religiosidade, ainda mais quando falamos de pessoas que fazem parte da família. A formação profissional é centrada em questões biológicas, técnicas e quantitativas o que dificulta compreender o lado humano e espiritual que está relacionado a atividades como benzer.

[...] acho que assim eu conseguiria descrever como foi a experiência de executar as ações na comunidade. Mas colocar essa parte pessoal seria importante também, mas que não seria ouvida pelo pela academia, sabe? Então é triste ver que o lado humano, às vezes ele é deixado de lado. Só que a gente caso, a gente só quer número, a gente só quer o quantitativo, mas o lado humano da coisa a gente deixa muito de lado e às vezes. Por isso que esses espaços de conversa, eles são importantes, porque ele humaniza a academia e isso faz total diferença, porque como profissional de saúde, eu tive um crescimento muito, muito grande. Até de saber. E até quando a minha orientação ela parte do saber vertical, do tecnicismo. Acho que não... Não vai benzer, não vai benzer. Eu batendo de frente com meu pai, batendo de frente com meu avô, batendo de frente com a minha avó. Eu tive que sentar com minha avó, falei: vó, não vai benzer! E ela e ela tipo... mas o seu avô é a alegria dele. E eu via no olhar dela aquele pesar de eu, eu não estava ali enquanto neto, eu estava enquanto profissional de saúde, mas depois entender que aquilo era o legado dele, ele não pegou o covid benzendo. Então, assim, a

gente colocou uma distância de três metros da pessoa para garantir que não ia... se o protocolo era dois metro então a gente coloca três, sempre pra garantir que não ia acontecer nada. E ia sim. E ele foi. Ele benzeu até o último dia possível e isso me tranquiliza. Sabe, apesar de não querer contribuir de certa forma para que o legado dele continuasse algo assim, a gente não entende. Mas tem essa questão de espiritualidade que é complexo dentro da saúde mesmo, precisa entender a espiritualidade das pessoas. Ser paciente não é só um paciente, tem uma espiritualidade por trás. Tive essa experiência que me trouxe justamente isso entender a pessoa holisticamente e integralmente... (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Como observado na construção das ações e estratégias de vigilância popular em saúde na comunidade dos Arturos, a compreensão da realidade local, da organização social, da cultura e da espiritualidade foram essenciais para que as ações fossem implementadas e fizessem sentido para toda comunidade. Foram os detalhes que incluíram todos(as), e a pluralidade de ações que tornaram essas ações exitosas, além disso, a confiança entre as pessoas da comunidade auxilia na auto-organização e na participação de todos e todas nas ações de controle ao vírus e acompanhamento dos casos.

O comitê de saúde foi formado por jovens formados, estudantes e profissionais de saúde, que em meio à pandemia e todos seus compromissos de trabalho e estudo, utilizaram seu tempo para contribuir com sua comunidade. É essencial pensar na importância da formação de pessoas negras e quilombolas nas áreas da saúde. Além disso, os profissionais que auxiliaram nas ações dentro da comunidade são todos negros. Nesse sentido, a liderança local (Q3) relembra a importância das comunidades negras criadas através do vínculo da negritude, o que ele chama *aquilombamento e formação de quilombos*,

[...] então eu tive que recorrer às pessoas que conheci. Inclusive, um fato interessante é que o psicólogo e a médica são negros. Então essa questão de comunidade, entendimento, de *aquilombamento*, ela vem de muito mais atrás. Acho que é algo implícito na gente. Enfim. Então assim a gente percebe que essa rede ela é montada, onde a gente vai, a gente forma quilombos e a importância de se *formar quilombos*, que isso faz muita diferença (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3).

Nesse sentido, formar pessoas negras e quilombolas é trazer autonomia, força e poder político para essas comunidades, pois ao ocuparem espaços dentro das universidades e dos serviços de saúde, se apropriam dos saberes e também dos direitos, contribuindo para luta e organização popular dentro de suas comunidades. Como afirma Nascimento (2019), é fundamental para o movimento quilombola que o povo negro cuide de organizar sua própria luta como um imperativo de sobrevivência.

É importante destacar que essa comunidade sofreu uma perda imensurável no período da pandemia que foi a morte por covid-19 do patriarca da comunidade de primeira geração, o último filho vivo de Arthur Camilo, e de sua esposa. A morte de um patriarca e de sua esposa representa uma perda para toda a comunidade, para sua história, para seu legado. Todas as questões causaram muita tristeza e sentimento de perda para toda comunidade e, para além disso, essa perda é uma perda para toda comunidade negra.

[...] bem, na época foi difícil de lidar, sabe? E aí veio o velório com caixão fechado e a comunidade tem os rituais internos de fúnebres e canta. E meu avô e minha avó. Minha avó era rainha e meu avô era capitão. Então tem todo um procedimento a se seguir. E aí meu pai positivo, na mesma época era ele que estava cuidando dos meus avós (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Além do peso e da importância dessas pessoas para a comunidade, como afirmado na fala acima, o velório não pode seguir as tradições e rituais da comunidade, pois como a morte foi de covid-19 haviam protocolos que deveriam ser seguidos. É importante ressaltar que a família já havia vivido essa dor anteriormente, Arthur Camilo, fundador da comunidade, não pode enterrar e nem ver o corpo do seu pai depois da morte. Então, essas questões do ritual fúnebre e também de velar o corpo é muito importante para comunidade.

[...] E aí o meu tataravô faleceu e o meu bisavô Arthur Camilo pediu para o padrinho dele para ver o corpo do meu tataravô, e padrinho dele não deixou ele ver o corpo. E isso é até interessante. Faz um link com a pandemia, essa questão de poder ver ou não o corpo. E quanto isso foi pesado para a comunidade. Mas aí esse ele não deixou... Ele não viu o corpo e como isso bateu nele. Inclusive isso... ele era criança na época... E aí, a partir disso, ele falou não, Ok, vou então criar uma fundação, minha comunidade, morar todo mundo perto e a gente não vai passar por isso mais.... Essa é história da comunidade.... E fazer um link com a pandemia. Acaba que quando a pessoa morre de covid, você não pode ver, quer dizer não tem aquele que é um velório digno. E a gente passa por isso na comunidade. Depois de sei lá quanto tempo que o meu bisavô tinha passado por essa situação, a pandemia trouxe isso novamente para a gente.... E o quão pesado foi que, principalmente, foi o último filho vivo e a esposa... (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Diante dessa situação complicada foi organizado um grupo de enfrentamento ao luto, pensando na saúde mental da comunidade. O grupo contou com a participação de um psicólogo voluntário, foram quatro encontros, e que tiveram resultados positivos para auxiliar a comunidade no enfrentamento do luto.

[...] a saúde mental, no Brasil inteiro, todo mundo cagado e cagado da saúde mental. Mas a gente viu que era necessário uma intervenção depois que a gente teve o óbito das pessoas que eram os patriarcas, matriarca da comunidade, foi um baque muito grande até pra mim, enquanto neto, enquanto neto, enquanto profissional de saúde que acompanhou, que indicou o que deveria ir pro médico na hora certa, etc. E eu, enfim, não gosto muito de falar essa parte que algumas críticas muito, muito pesadas pro sistema que a gente precisa fazer, né? Mas a gente criou um grupo de enfrentamento ao luto. Um profissional da psicologia se voluntariou. Então a gente fez esse grupo. Acho que foram quatro encontros. Então, assim... a gente mandou mensagem “gente, vamos criar um grupo de enfrentamento ao luto”. Vejo que muitas pessoas com aquela angústia que você vê aqui, que é do luto, mas só que a gente tem medo que isso, isso vire algo muito maior e por ter esse medo. A gente teve essa ideia de criar esse grupo de enfrentamento e é o pessoal que participou do grupo, teve, deu um feedback muito, muito positivo, que foi resolutivo. Então assim, eu lembro que meu pai, minha mãe, minha tia participou, que a gente tinha acabado de perder os meus avós e a minha tia mais velha, tipo de covid. Então assim foi um grupo muito necessário nesse momento e outras pessoas da comunidade também [...] e não foi via Secretaria de Saúde, foi via rede de apoio e foi via essas, essas redes. E isso se mostra tanto a importância de se construir laços em gente, porque se a gente não tivesse amigos que se voluntariasse, como que a gente iria fazer muitas coisas? (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

A morte de patriarcas, matriarcas, grandes lideranças idosas, guardiões e guardiãs de saberes e conhecimentos foi uma das consequências devastadoras da covid-19 em territórios indígenas e quilombolas (Guimarães *et al.*, 2021). Esse processo de perda foi intensificado pelo impedimento dos rituais fúnebres durante a pandemia de covid-19. Os ritos de passagem são marcadores fundamentais dos ciclos vitais para os povos e comunidades tradicionais (Rente; Merhy, 2020).

Giamatthey *et al.* (2021) afirma a importância dos rituais fúnebres para o processo de luto. O ritual fúnebre é uma cerimônia que se alinha com cultura e crença de cada pessoa. Esses marcos, mesmo em diferentes culturas, cumprem a função de organizadores emocionais para o luto e sem esses rituais há mais chances de ocorrer complicações no processo de vivência e elaboração da perda. A cerimônia fúnebre é uma forma de homenagear quem se foi, mas também dar continuidade da vida através dos que ficam vivos. Assim, o ritual é “benéfico para aqueles que participam dele, criando nele um momento e sensações de cumplicidade, compaixão e renovação, conectado com o sagrado e demarcando socialmente o início do luto necessário” (Giamatthey *et al.*, 2021, p. 7).

Por isso, as mortes das lideranças das comunidades e povos tradicionais foram uma grande preocupação para as comunidades que diante desse cenário apostaram em processos autogestados de controle da pandemia e na denúncia sobre a ausência estratégica do governo

federal por meio de suas organizações locais (Guimarães *et al.*, 2021). Em relação a avaliação das ações de vigilância popular em saúde implementadas, foi apontado que as ações foram essenciais para evitar mortes desnecessárias,

[...] porque eu acredito que se a gente não tivesse feito tudo que a gente fez, poderia ter... Teria sido muito pior. Acho que teriam terem tido, no mínimo, mais três óbitos na comunidade. Então, essa questão do monitoramento precoce, de indicar o pessoal olha, se saturou abaixo de 94, a gente tava acima do corte. Enfim, se saturou abaixo de 94 é hospital, não precisa nem me ligar, comunicando não, só vai pro hospital. Então, assim, todo esse tipo de ação, de educação em saúde, de dar palestras sobre vacinação que a gente teve, que era uma forma de evitar que as pessoas vacinassem. Isso foi efetivo porque assim a gente teve uma adesão muito grande. Eu lembro que no primeiro dia, a gente vacinou 287 pessoas, em um único dia, então assim é muita gente... (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Além das questões da pandemia, foi levando que a organização da comunidade durante o período da pandemia fortaleceu os laços dentro da comunidade, aproximando os jovens da associação e da participação social. Além disso, após a conquista de direitos, como a vacinação, a comunidade percebeu a necessidade de seguir lutando pelos demais direitos sociais e de saúde, garantindo que o financiamento destinado a população quilombola seja aplicado para garantia de sua saúde da comunidade.

E acaba que essa pandemia despertou a gente para muita coisa. Então, a partir de agora as coisas vão ser diferente né, questão de cobrança em relação a direitos. Então, por exemplo, agora que eu estou mais imerso na questão de gestão municipal, eu sei o que vem de verba para os municípios em relação à comunidade quilombola. Eu sei que tem uma política de financiamento do Estado de Minas Gerais que garante verba para a comunidade quilombola, para a cidade que tem quilombolas. E tipo, o poder público está cagando para a gente. Então assim, eu acho que a partir de agora as coisas vão começar a mudar um pouco. (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Portanto, a organização popular foi importante para evitar a proliferação do vírus e um maior número de mortes por covid-19 na comunidade dos Artutos. O comitê de saúde formado por jovens da comunidade implementou estratégias de vigilância popular em saúde adequadas a realidade e organização social do território, assim como, respeitando a cultura e saberes locais. Essas iniciativas foram importantes para fortalecer os laços dentro da comunidade e a luta por direitos, além de trazer os jovens para participar da associação e das decisões da comunidade.

Ao contrário das estratégias implementadas na comunidade dos Arturos, os diversos saberes e inúmeras práticas das comunidades tradicionais são muitas vezes desconsiderados pelas concepções e ações de vigilância e promoção da saúde (Carneiro; Pessoa, 2020), podendo

levar ao afastamento e desconfiança desses povos e comunidades tradicionais do sistema de saúde. Por isso, a APS deve trabalhar a partir do diálogo e respeito a cultura local, construindo práticas de vigilância e promoção da saúde que contemplem e representem essas comunidades.

As ações desenvolvidas na comunidade dos Arturos podem servir de apoio para pensar em estratégias em caso de outras pandemias virais. Para além da pandemia, é preciso olhar para esses processos de organização popular e refletir enquanto profissionais de saúde, em como atuar em conjunto, potencializando e fortalecendo esses espaços, melhorando o vínculo com a comunidade e promovendo à saúde local.

## **10 OUTROS MUNDOS POSSÍVEIS: DIÁLOGOS ENTRE A SAÚDE COLETIVA E OS MOVIMENTOS SOCIAIS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE EMANCIPATÓRIA**

Esse último capítulo é uma reflexão teórica sobre as experiências partilhadas nessa tese e que podem servir de caminho para pensar outros mundos e outras formas de compreender a saúde a partir das epistemologias do sul. Por isso, é importante refletir sobre as potencialidades existentes nessas experiências associativas, buscando expandir as possibilidades de ação para transformação social e para construção de outros mundos e outras formas de pensar a saúde pautadas na inclusão e na *pluralidade*.

As epistemologias do Sul podem servir de apoio para essa reflexão, oferecendo novas lentes para olhar e pensar em novas formas de produzir saúde e cuidado em saúde a partir das experiências que emergem do sul global no enfrentamento das dinâmicas capitalista, colonialista e patriarcal (Nunes; Louvison, 2020). Por isso, apoiado na sociologia das emergências, procura-se identificar as experiências, conhecimentos e práticas produzidas a partir das lutas e resistências contra essas diversas formas de opressão e dominação que atuam na sociedade (Santos, 2007). E a partir da ecologia dos saberes, pretende-se construir diálogos entre a saúde coletiva e os movimentos sociais, as organizações populares e as associações que atuam na produção de saúde cotidianamente no Brasil.

Nesse sentido, esse capítulo irá abordar outras formas de fazer saúde através do cuidado em saúde a partir de uma concepção coletiva e da promoção de saúde emancipatória. E outras formas de ver e construir mundos através do trabalho associado, da emancipação dos povos e da natureza e da construção de uma sociedade do bem-viver. Procura-se com esse capítulo pensar em alternativas plurais para o colonialismo, capitalismo e patriarcado, não com uma resposta única a essas formas de opressão, mas com saberes e estratégias produzidas por uma população plural e diversa, que cotidianamente constrói outros mundos, outras sociabilidades e outras forma de promover e compreender a saúde.

### **10.1 POR UMA SAÚDE COLETIVA EMANCIPATÓRIA: A SAÚDE COLETIVA ALÉM DO APARELHO ESTATAL**

A pandemia de covid-19 nos provocou a repensar os caminhos percorridos pela saúde coletiva para além do aparelho estatal, incluindo as diversas experiências produzidas pelos povos e comunidades tradicionais, pelas PCFA, pelas favelas e comunidades periféricas, nos assentamentos e acampamentos por todo Brasil, e que incluem seus modos de vida, cosmovisão

e compreensão de saúde e território. Para Merhy *et al.* (2021, p. 12) a pandemia e suas experiências fora das máquinas estatais trouxeram o desafio de:

[...] romper com a saúde como aparelho estatal que destrói as máquinas desejantes que os vários coletivos criam para si. Com isso, possibilitar a abertura para a construção de um “mundo outro”, no qual a vida em sua multiplicidade é o comum de todes e o único equivalente geral para qualquer posicionamento ético no agir em saúde.

Nesse sentido, Merhy *et al.* (2021) também aponta para a necessidade de um novo movimento da saúde coletiva, que enfrente suas fragilidades e constitutividades, em direção a construção de outros mundos. Para isso, é preciso romper com as armadilhas biomedicalizantes e sair do enquadramento do Estado, dando espaço para o protagonismo dos territórios e das produções de cuidado e de saúde emergidas desses espaços de luta e coletividade. De acordo com os(as) autores(as),

[...] o movimento da SC [saúde coletiva] pode produzir esse mundo outro por essa máquina desejante. Para tal, é fundamental resgatar sua capacidade de produzir linhas de fuga, de furar muros e de retomar sua capacidade de inventividade, sair do enquadramento como máquina do Estado e ocupar o protagonismo, dentro de novas COM-posições para o mundo do cuidado. Fora de qualquer armadilha biomedicalizante, na produção de possibilidades de constituir coletivamente modos de vincular a produção de mais vida nas vidas com ações a priori centradas nas redes de existências dos outros, e não de si mesma. Abrir-se para ser descentrada de si pode lhe proporcionar inventividade e implicação coletiva, no aqui e agora, do que já é um outro mundo pós-pandêmico (Merhy *et al.*, 2021, p. 10).

A saúde coletiva é fruto de uma análise crítica sobre a biomedicina e as relações entre saúde e sociedade, que buscou descolonizar a tradição europeia da saúde pública e da medicina preventiva e social norte-americana, rompendo com suas características e tecnologias de vigiar e controlar a produção dos corpos, a fim de produzir outros movimentos no campo da saúde (Merhy *et al.*, 2021). Por isso, é importante que a saúde coletiva siga com sua história, atuando para fortalecer as lutas do sul global, construindo outros movimentos, outras formas de produzir saúde e outros mundos.

No intuito de (re)pensar a saúde coletiva, as epistemologias do sul convidam, através das ecologias de saberes, a explorar outras práticas de cuidado, reconhecendo as variadas concepções de saúde e de cura presentes na sociedade brasileira, assim como o direito à proteção dos modos de vida e dos ecossistemas inseparáveis dessas experiências, saberes e práticas. Esse diálogo é parte fundamental para garantir a heterogeneidade e a diversidade social, cultural e territorial do país, assim como das múltiplas manifestações do sofrimento

humano e da exclusão, abissal e não abissal, que afetam a maioria da população brasileira (Nunes; Louvison, 2020). Para contribuir com esse diálogo com a saúde coletiva, primeiramente será abordado outras formas de pensar o cuidado em saúde na sociedade.

## 10.2 OUTRAS FORMAS DE CUIDAR: O CUIDADO EM SAÚDE A PARTIR DE UMA CONCEPÇÃO COLETIVA

As experiências partilhadas nessa tese nos convidam a pensar em outras formas de cuidado em saúde organizados e constituídos além do aparelho estatal, em uma perspectiva territorializada e coletiva. Essa leitura a partir das ecologias permite ultrapassar os limites monoculturais da saúde biomedicalizada e abrir espaço para ecologias do cuidado, incluindo essa gama de sentidos e possibilidades do cuidado em saúde e do cuidar que ocorrem nos territórios e comunidades das PCFA.

É importante destacar que essas experiências apresentam o cuidado em saúde a partir de uma concepção coletiva. Nesse sentido, o cuidado em saúde a partir de uma concepção coletiva integra três aspectos: cuidado em saúde enquanto bem social; o cuidado em saúde enquanto um saber popular; e o cuidado em saúde enquanto uma prática plural.

Assim, em primeiro lugar, o cuidado em saúde na concepção coletiva é um bem social e coletivo que envolve toda a comunidade e o território em práticas de cuidado mútuo e comunitário. Essa concepção vai de encontro a perspectiva da sociedade capitalista em que a saúde é um bem material, ou seja, trata-se de uma mercadoria, e nesse sentido, é um bem individual. Enquanto a saúde como bem coletivo é direito, a saúde enquanto bem material é uma mercadoria.

[...] a gente sabe que, aqui somos, uma comunidade, todo mundo cuidando de todo mundo. E o importante é que a gente tirou uma meta: vamos atravessar a pandemia sem nenhuma baixa. Essa foi a nossa que a gente estabeleceu. E aí todos os cuidados, esclarecimento, orientação e cobrança, oh companheiro, cuida, coloca a sua máscara. Se a pessoa vinha assim conversar com a gente e tava assim perto, você falava assim: oh coloca a sua máscara, daí eu posso te atender. Mas tudo isso foi muito, e o resultado tá aí né, o resultado fala por si... (Liderança Local de Saúde do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9)

[...] aqui, assim, a gente sempre procura motivar esse cuidado mútuo, cuidando do outro. Como por exemplo, a pandemia nós, a gente criou uma rede de proteção mesmo. Eu lembro até que todos nós, se saísse sem máscara no acampamento, a gente era lembrada que precisava usar máscara. Então esse cuidado a gente, essa desatenção, não passou... (Liderança Local de Saúde do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9)

[...] porque você sabe que se você cair, quem é que vai cuidar de você? Ninguém vai lá... Lá é nós mesmo cuidando de nós (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST/PR – M11)

As falas acima retratam o sentido de comunidade enquanto um espaço de cuidado mútuo e de responsabilização social com o próximo. O abandono do Estado contribui para uma sensação de “nós por nós” que aumenta a necessidade de investir em um cuidado comunitário dentro dos territórios. Por isso, há uma organização popular em torno de garantir a saúde e o cuidado dentro das comunidades. Ao mesmo tempo, o cuidado em saúde torna-se um bem social e coletivo e o cuidar torna-se uma atuação de todos e todas. Essa forma de organizar e compreender o cuidado em saúde contrapõe o paradigma do cuidado em saúde dentro da sociedade capitalista.

Ao longo da história, a concepção hegemônica de práticas de saúde afastou-se das práticas de cuidado coletivo, do saber popular e da produção de autonomia (Morais; Rocha, 2022). O cuidado em saúde trata-se de uma prática existente desde que surgiu a vida humana, com a finalidade de permitir a continuidade da vida e evitar a morte do indivíduo ou das coletividades, sendo o cuidado inerente ao ser humano, práxis ineliminável do âmbito do ser social (Souza; Mendonça, 2017). Com a ascensão do modelo de sociabilidade capitalista, o cuidado em saúde é marcado pela mercantilização das diversas dimensões da vida social, inclusive as necessidades sociais como a saúde. Na perspectiva do capital, a saúde é um campo altamente lucrativo, pois tem como produto a vida humana (Rosado; Freitas, 2020).

Já o cuidado em saúde na concepção coletiva não é marcado pela mercantilização e pela produção de valor, próprias da sociedade capitalista. Ao contrário, a saúde, nessa perspectiva, torna-se um direito e um bem social da comunidade, que produz a continuidade da vida, das tradições, da cultura nesses territórios. Para além disso, a fala abaixo aponta para a importância de fazer parte de um movimento social, comunidade ou coletividade, no sentido de “ter apoio” entre os seus integrantes, e esse apoio dar possibilidade de cuidar e dar assistência para outras pessoas fora da comunidade. Nesse sentido, observa-se que o cuidado em saúde atravessa as subjetivações capitalísticas de individualidade, pois forma redes de apoio e solidariedade que produzam saúde como um bem social para toda sociedade e não apenas dentro das comunidades.

Fazer parte do movimento deu apoio, porque o movimento também nos incentivou a dar apoio e ele cuidou de nós para que nós pudéssemos cuidar do próximo. E nós não cuidamos só da nossa comunidade e nós acabamos a dar assistência para pessoas de fora que precisavam de remédio, a gente foi, a

gente cuidou, a gente orientou. Então o movimento, ele é uma troca de tudo, é uma troca de cuidado, de carinho... (M11)

Em segundo lugar, o cuidado em saúde na concepção coletiva deve ser um saber popular. O cuidado em saúde enquanto saber popular propõe ultrapassar as esferas técnico-científico e profissionalizantes. O cuidado em saúde assume na sociedade capitalista uma faceta técnico-científica e profissionalizante. O cuidado técnico-científico é concretizado por meio das diversas profissões de saúde que são responsabilizadas, cada uma delas, por dimensões específicas oriundas da compartimentação/especialização do ato de cuidar. Os profissionais tornam-se detentores de um conhecimento científico e exercem o cuidado por meio da mediação do mercado.

Nessa perspectiva, a práxis do cuidado na sociedade capitalista é reduzida a regência fetichista da mercadoria, baseada apenas nas esferas biológicas e de caráter tecnicista, relegando justamente a condição humana do cuidar (Souza; Mendonça, 2017). A produção do cuidado torna-se “[...] mercadoria (enquanto valor), transformando o profissional que cuida em agente de um cuidado reificado (a partir do qual se valoriza capital) e o indivíduo que é cuidado em consumidor de valor (Souza; Mendonça, 2017, p. 550).

De outra forma, o cuidado em saúde enquanto um saber popular pode ser exercido por qualquer pessoa, não apenas por profissionais. Isso não retira a importância dos saberes técnicos e científicos e nem das profissões, mas inclui outras formas de fazer e produzir saúde a partir das práticas e saberes populares, dos afetos, da cooperação, da espiritualidade e da coletividade. Ou seja, o diálogo entre os saberes científicos e populares, assim como a democratização desses saberes para atuação coletiva e não apenas profissional, torna-se potência na produção de um cuidado em saúde na concepção coletiva.

Nessa perspectiva, a organização popular e comunitária foi importante para produzir saúde dentro dos territórios, ademais participar de movimentos sociais e associações mostrou-se ser um ponto de apoio e suporte para expandir as ações de cuidado em saúde e solidariedade para fora dos territórios. Os modos de vida e valores que são parte integrante dos movimentos sociais, como o MST, reconhecem a saúde em sua concepção social e coletiva, nesse sentido, ampliam a atuação do movimento para além de seus territórios, tendo a emancipação humana, a reforma agrária e a organização social como horizonte estratégico de luta e de saúde tanto entre seus militantes e como para a sociedade.

Em terceiro lugar, o cuidado na concepção coletiva é representado nas falas por uma perspectiva plural e ampliada de saúde, incluindo o acesso às necessidades sociais, ambientais

e biológicas como à água, à alimentação, à terra, ao cuidado, ao afeto, ao companheirismo e à preservação ambiental. O cuidado a partir da saúde ampliada é atravessado por uma perspectiva de saúde planetária e emancipatória. Esse é um debate atual que vem ganhando força e que abrange a necessidade de pensar uma saúde única, que seja capaz de colocar em relação e em diálogo a saúde humana, a saúde animal e a saúde dos ecossistemas (Nunes; Louvison, 2020; Wallace *et al.*, 2015).

A comissão de saúde foi nota dez sobre os cuidados, não só do corpo, assim de cuidar mesmo da pessoa com suspeita de covid, mas os outros cuidados, por exemplo, de a gente até levar água, levar comida para a pessoa que estava lá no isolamento, com suspeita ou que estava contaminada. Então, esse, esse, esse trabalho todo, num primeiro momento de orientação, é de cobrança também, aqui quem passasse pelo outro sem máscara, não passava... (Liderança Local de Saúde do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

[...] O que a gente sempre fala, o que a pessoa vai coloca na sua boca, vai se um determinante muito grande ou de processo de saúde ou de adoecimento. Então o MST abraçou nesse período, assim, unanimemente em todo os Estados que estamos é a produção de alimentos. Desde quando você começa a pensar em uma hortaliça, a gente começou a pensar em locais que da pra se pode produzir rápido e que leve para as pessoas. Como que dá para a gente fazer campanha? Como é que a gente começa nesse processo da gente levar informação e levar também comida, porque não adianta a pessoa no estômago vazio, de barriga vazia não vai conseguir te ouvir, vai conseguir te escutar, não vai conseguir te entender. E um dos problemas que a gente esta preocupado agora, não é com a covid, a gente ta preocupado é com a fome. (Liderança Nacional da Saúde do MST – M10)

Para Souza e Sawaia (2016, p.317), o MST tem uma concepção ético-política de saúde que “extrapola a saúde biológica ou o acesso aos serviços oficiais de saúde, corroborada pelos sentidos de saúde que constituem o subtexto dos sentidos da terra, trabalho, estudo, ação política e organização comunitária”. Dessa forma, lutar pela saúde é também lutar pela transformação social, o que vai além do seu coletivo e do seu território. Essa concepção ético-política fica explícita também nas falas abaixo.

Assim, o movimento é de suma importância pra nós, porque assim eles proporcionam uma formação pra você, um conhecimento né, não deixa você isolado, parado, muitos a gente viu entrar em depressão, e o movimento chegar assim e jogar pra cima e tirar aquele momento né, o movimento teve essa importância na vida de nós agricultores, enquanto pessoas que estão num grupo organizado e tem aquele apoio. Diferente de algumas entidades, alguns segmentos religiosos né, e isso é, começa a pregar ne, as profecias da bíblia, o apocalipse ta acontecendo, vai acontecer, esse é o início, é não, o movimento não, é vamos reagir, vamos modificar as nossas formas de luta né, e ai alguns dizem o movimento acabou, e não, a gente parou de ocupar terra porque a gente tinha que cuidar da nossa direção e do nosso povo para que nós sair da pandemia mais fortalecido né, para novas ocupações, a gente se reinventou, a

gente foi buscar trabalhar de forma diferente, a solidariedade né, um trabalho de base com as periferias, com as pessoas mais carentes (Liderança Local de Saúde do Assentamento João Teixeira MST/PE - M1).

[...] lá todos nós temos a nosso pedaço de chão, que é um 30 por 30. A gente planta ali tudo o que a gente vai comer: abóbora, mandioca, tem a horta, tem o galinheiro, tem o porco, então a gente acabou conseguindo ajudar o povo lá fora. A gente conseguiu tranquilamente. Comemos, ajudamos e ainda sobrou. Por falar nós, eu acho que nós assim dentro de um quadro assim nós fomos privilegiados pela terra. Estava num lugar que nos favoreceu. O movimento deu esse suporte para nós. O movimento nos deu esse suporte. Tem família ali que se não tivesse dentro de acampamento tinha ido morar na rua (Liderança Local de Saúde do Assentamento João Teixeira MST/PE - M1).

Além disso, o cuidado enquanto uma prática plural deve garantir o respeito e inclusão de todas as PCFA. Nesse sentido, é importante considerar a pluralidades de modos de vida e organizações sociais ao pensar em políticas públicas, em informes de saúde, na comunicação em saúde. A pandemia mostrou a importância da comunicação em saúde para combater as notícias falsas e para informar a população, mas, ao mesmo tempo, demonstrou sua ineficácia ao não considerar que nossa população é plural e diversa. A pluralidade dos povos e a representatividade e a diversidade de pessoas são fatores que devem ser sempre parte integrante do cuidado em saúde a partir de uma concepção coletiva.

A concepção de cuidado em saúde produzido pelas coletividades durante a pandemia de covid-19 nos convida a pensar em outras práticas de cuidado que rompam com a perspectiva individualista do cuidado e apostem em práticas de cuidado mútuo e comunitário. Por isso, é preciso fortalecer esses espaços de organização popular e comunitária através do diálogo entre os saberes científicos e populares e na democratização dos saberes visando a autonomia no cuidado em saúde das PCFA, considerando e respeitando todas pluralidade e diversidade existente no nosso país.

### 10.3 OUTRAS FORMAS DE PROMOVER SAÚDE: POR UMA PROMOÇÃO DA SAÚDE EMANCIPATÓRIA

Para além do cuidado em saúde, as experiências compartilhadas na tese têm como horizonte a construção de uma saúde emancipatória. Para Porto (2019, p.57), a saúde em uma perspectiva emancipatória está relacionada a duas dimensões: a inclusão das lutas anticapitalistas e anticoloniais como centrais para reduzir as desigualdades entre e dentro dos países em um comércio global injusto; e a criação de novos diálogos mais horizontais e

colaborativos entre os conhecimentos científicos e conhecimentos não científicos, conforme é proposto na ecologia dos saberes. Nesse sentido, as experiências serão divididas nessas duas dimensões para compreender suas potencialidades na construção de uma saúde emancipatórias para as PCFA.

As ações descritas nessa tese abrangem a primeira dimensão citada por Porto (2019), atuando nas lutas anticapitalista, anticolonialista e antipatriarcal, através da formação política que ocorre dentro desses espaços associativos de produção de saúde. A formação política foi inerente as atividades de solidariedade, de promoção da saúde e de organização popular, sempre com horizonte estratégico de emancipação da classe trabalhadora, da população negra e indígena e das mulheres.

[...] a mudança, ela não é simples, ela não se dá da noite para o dia, como nós costumamos dizer, o Marielle, o MST não está numa bolha. Nós temos, nós temos um projeto, temos por exemplo, temos para onde apontar, na contramão do capitalismo, por exemplo, a gente pode dizer que nós apontamos para o socialismo, mas apontamos para a valorização do ser humano, a preservação da natureza e para a agroecologia, na contramão do agronegócio, por exemplo, no sistema de agrofloresta, na valorização do ser humano não como objeto, não como uma mercadoria, não como algo descartável. Mas tudo isso é uma luta diária, porque o capitalismo também é sedutor, o capitalismo também é tentador, ele também coloca na cabeça das pessoas a possibilidade de serem os Bill Gates da vida, por exemplo, ou ser um dos bilionários ai do planeta. E as pessoas são alimentadas, bombardeadas constantemente com essas informações, daí essa consciência de classe, de você saber que você está naquela condição, porque justamente para existir um Bill Gates, quantos pobres precisa ter? Um Bill Gates, por exemplo, quantos milhões de pobres são criados? Então essa ideia, essa contraideologia, a gente está na luta do dia a dia, mostrar para as pessoas: olha gente, nós só vamos ser vencedores se a gente tiver uma unidade de classe e uma consciência de classe. Nós temos que ser uma comunidade, cuidar um do outro. O bom é que a pandemia mostrou isso, a pandemia levantou uma bandeira que há muito tempo as pessoas ainda tavam meio, deixava meio lá guardada né, às vezes aparecia aqui ou ali. E na pandemia ela levantou com força que foi a solidariedade... Se não fosse a solidariedade, a fome tinha... (Liderança Local de Saúde do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9)

[...] mas eu vejo assim no MST assim, como uma oportunidade como eu venho de uma família humilde né. E sempre foram agricultores, ativista, e agente chegou a morar debaixo de pau, debaixo de ponte, quando os patrões dos meus pais colocaram para fora da fazenda, então a gente ia morar debaixo dos paus. Então eu vi no movimento essa oportunidade né, e eu sou muito grata hoje ao movimento, por conta disso, porque a gente vê muita gente que não tem essa oportunidade, e o movimento ele dá essa oportunidade de a gente ter o que é nosso hoje, ter uma casa, ter uma terra pra produzir, sem precisar tá se humilhando a ninguém, precisar depender de ninguém né... (Liderança Local de Saúde do Assentamento João Teixeira MST/PE - M1).

Como apontado nas falas acima, os povos do campo lutam pela democratização das terras, pela preservação ambiental e pela emancipação dos camponeses e camponesas. O MST luta pela transformação e emancipação social propondo alternativas de transformações na estrutura da sociedade brasileira como a Reforma Agrária Popular, o trabalho emancipado e o ser humano e a natureza como elementos centrais. As formações do movimento também abrangem como frente a superação do racismo, do machismo, da LGBTfobia, apostando em ações coletivas de cooperação e solidariedade de classe. Além disso, o MST tem realizado diversas ações de restauração de biomas apostando em técnicas agrícolas que preservam o meio ambiente como a agroecologia.

Nesse sentido, a emancipação do sistema capitalista, colonialista e patriarcal pressupõe também mudanças nas relações de trabalho. Na sociedade capitalista, a organização do trabalho está constituída pelo instituto social do assalariamento, ou seja, pelo fato de que os proprietários compram a força de trabalho do(a) trabalhador(a) no mercado mediante o pagamento de um salário<sup>21</sup> (Vieitez; Dal Ri, 2015). Para contrapor essa organização do trabalho, vem ganhando força a promoção de trabalhadores(as) associados como forma de emancipação dos(as) trabalhadores e trabalhadoras do campo.

O trabalho associado é uma construção da classe trabalhadora para se opor ao trabalho assalariado imposto na sociedade capitalista. Dessa forma, é uma “dissidência engendrada pela classe trabalhadora, um epifenômeno da luta de classes, um acontecimento que nunca deixou de ser excêntrico no sistema, portanto, uma espécie de anomalia social” (Vieitez; Dal Ri, 2015, p. 121). Os princípios determinantes do trabalho associado são:

a) a organização de trabalho associado não utiliza trabalho assalariado ou conexo, salvo emergencialmente e com um quantitativo desprezível; b) a força de trabalho é constituída pelos próprios trabalhadores associados. O associado é ao mesmo tempo sócio e trabalhador, não sendo admissíveis associados investidores ou não diretamente trabalhadores (Vieitez; Dal Ri, 2015, p. 122).

O trabalho associado emergiu embrionariamente na revolução russa de 1917, sob a designação de controle operário, como uma outra forma de construir relações de trabalho que não o assalariamento. No Brasil, o MST tem incentivado os(as) trabalhadores(as) da reforma agrária a se reunirem num trabalho coletivo para constituírem as Cooperativas de Produção Agropecuária (CPA). Algumas dessas CPA operam com os princípios do trabalho associado,

---

<sup>21</sup> O assalariamento é a forma predominante das relações de trabalho dentro da sociedade capitalista, entretanto ela convive com outras modalidades de organização do trabalho, como o caso do camponês que com a ajuda da família cultiva seu pequeno lote ou de trabalhadores associados que conduzem de modo autônomo seu próprio empreendimento (Vieitez; Dal Ri, 2015).

dessa forma, as cooperativas não empregam trabalhadores assalariados, mas dividem os excedentes econômicos entre os trabalhadores e as trabalhadoras associados(as), e elegem lideranças e regras democraticamente (Vieitez; Dal Ri, 2015).

Na perspectiva antipatriarcal, é importante considerar também o papel da mulher como força de trabalho no cuidado, na liderança e como parte produtiva das cooperativas de trabalho associativo. Em relação ao cuidado, é importante romper com o ideal patriarcal que está historicamente atrelado ao cuidado como prática feminina. As práticas de cuidado em saúde seguem sendo lideradas e organizadas por mulheres, como demonstra essa pesquisa no qual 10 das lideranças entrevistadas eram mulheres e apenas 3 homens, esse tema também é abordado na fala abaixo.

[...] isso foi através de nós, mulher... que nós estamos com esse grupo aí... que a gente luta por isso. Eu, ela, os da diretoria. Porque aqui pra tudo na vida é as mulher (Presidenta da Associação Quilombola de Caluete (PE) – Q1)

Apesar das mulheres estarem ocupando hoje espaços de liderança, os cuidados em saúde ainda seguem sendo designados e assumidos majoritariamente pelas mulheres. Nessa linha, é importante ultrapassar a histórica divisão social do trabalho baseada no gênero, no qual o gênero é o princípio organizador do trabalho, gerando uma distribuição desigual de tarefas entre homens e mulheres. A divisão social do trabalho baseada no gênero se manifesta em qualidades e habilidades naturalmente associado a mulheres e homens, sendo que o cuidado é uma das tarefas atribuídas socialmente às mulheres (Batthyány *et al.*, 2020).

No campo, ainda permeia uma representação social das famílias através da divisão sexual do trabalho, na qual a roça é vista como espaço dos homens e a casa, os cuidados domésticos e de cuidados em saúde, são vistos como responsabilidade das mulheres. Ainda que essa seja uma representação social, a invisibilidade do trabalho das mulheres rurais e uma maior vulnerabilidade econômica e social delas têm sido uma das grandes pautas na luta das mulheres do campo (Vasconcellos, 2015). O pensamento econômico vigente da sociedade capitalista insiste em restringir suas análises apenas ao âmbito mercantil e monetário, o que exclui do toda a variedade de trabalhos de cuidado e reprodução da vida, tradicionalmente feito por mulheres e necessários para a sustentabilidade da vida humana (Vasconcellos, 2015). Entretanto, a autora afirma que ao longo dos anos de luta,

[...] as mulheres rurais foram buscando diferentes vias para impulsionar a autonomia econômica das mulheres, como caminho na conquista de sua autonomia social e política e encontraram na construção da agroecologia e no trabalho associado potenciais espaços para essa busca (Vasconcellos, 2015, p. 342).

Como exemplos do trabalho associados e da luta feminista no campo, está o Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco do Babaçu (MIQCB) que é desenvolvido por trabalhadoras rurais quilombolas, que se mobilizaram na luta pelos babaçuais (acesso e preservação) e pela terra e que hoje se constituem em importante sujeito político na construção agroecológica na região. Outro movimento que tem impacto nacionalmente esse debate é o MMC e o setor de gênero do MST, com ações de destaque na disputa contra os transgênicos e pela promoção da agroecologia (Vasconcellos, 2015).

Nessa pesquisa conhecemos o grupo Maria Ventura, um grupo de mulheres que produzia e vendia fitoterápicos. O grupo estava iniciando a construção do seu laboratório para conseguir produzir os fitoterápicos a partir das plantas pertencentes ao agreste pernambucano, construindo uma relação de harmonia e preservação do ecossistema local, e ao mesmo tempo produzindo fitoterápicos para promover a saúde local e dos assentados. O grupo Maria Ventura também é um exemplo de organização coletiva, economia solidária e promoção da saúde.

[...] a gente tem um grupo de mulheres que trabalhava com os fitoterápicos, trabalhava não, trabalha com fitoterápicos, a gente parou, agora que vai reabrir a feirinha, vai vir o 8 de Março vai ter algumas atividades com a Secretaria da Mulher, a gente ta começando a fazer de novo né, voltar a se animar, tanto que tem umas ainda sem querer, porque desanimou. O que a gente tinha no caixa a gente distribuiu entre nós e aí agora tamo tentando ir pra frente né, tamo aí nessa... (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST/PR – M11)

[...] a nossa primeira participação enquanto mulheres do grupo Maria Ventura foi num Colóquio Internacional que teve na Universidade Federal de Pernambuco, aí a gente foi participou, daí começou a ser conhecido o nosso trabalho enquanto mulher né. Aí hoje a gente já tem a parceria com a Fiocruz, que daí as primeiras capacitações quem deu foi a menina que fazia especialização pela Fiocruz, daí ela veio nos ensinou, aí a gente se interessou e começou a trabalhar... (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST/PR – M11)

Nesse sentido, o trabalho associado ganha espaço entre as mulheres através da organização de redes de comercialização e finanças solidárias e espaços coletivos de produção de artesanato e processamento de alimentos seguindo os preceitos agroecológicos (Vasconcellos, 2015). Para a autora,

[...] o trabalho associado e a agroecologia representam espaços de formação das mulheres como sujeitos políticos, impulsionando-as a refletir sobre as normas culturalmente impostas pelo sistema patriarcal, questionando-as e redefinindo a partir daí seu papel e sua importância na sociedade rural contemporânea. O trabalho associado e a agroecologia representam também

uma ampliação na capacitação técnica, política e de gestão (VASCONCELLOS, 2015, p.358).

Na perspectiva anticolonial, as comunidades quilombolas também apostam em formações políticas e culturais que enfatizem sua história e suas tradições, buscando modificar o futuro das próximas gerações para que tenham orgulho de suas raízes e também acesso aos direitos sociais que foram negados aos seus antepassados. Esses espaços associativos também são espaços de união e comunhão e são produtores de saúde e emancipação através de estratégias contra-coloniais<sup>22</sup> como apontam as falas abaixo.

[...] que eles prossigam minha luta, meu trabalho que é um exemplo que eu passo pra eles. Sempre eu conto minha história. Eu digo em qualquer canto que chegar, se apresentar e contar sua origem. Não foi vergonha, que de primeiro tinha vergonha, mas agora não tenho mais. É isso, eu passo para minha família, pode se esquecer, mas que eu dou exemplo. Esse exemplo é a gente lutar pelos nossos direitos, não ter vergonha (Presidenta da Associação Quilombola de Caluete (PE) – Q1).

Mas depois de nós contar nossas, nossas história, o que nós vivemos, que nós passemos, a nossa luta, que as pessoas de fora, que entende que veio de falar para alguém, tem também um conhecimento do que nós somos. E hoje a gente sabe que a gente já foi escravizado. Tudo o que nós fazia era como um escravo, daí tá entendendo? Dai hoje nós entendemos. Daquele tempo, a gente era que nem uns bicho, se nos botassem a gente ia... ia arrancar.... arrancava toco, roçava mato, arava terra, fazia o que o povo mandasse. Os que se diziam fazendeiro... E nós, pra nós a gente tava ganhando nosso dinheiro, nós não está sendo escravizado. E é através da história nossa que é a nossa história [...] Daí aí eu fui descobrindo, nós fomos descobrindo... e nós pensando que tava ganhando nosso pão e era um direito nosso. Está vendo? Conto como que a gente era. é assim que a gente vive. E eu nunca vou deixar de contar a minha história. Minha história foi de muito sofrimento. E aqui ainda tem vida difícil? Tem. Nós precisam de muitas coisas? Precisamos, mas através das meninas da residência, nós vimos a evolução na associação que tivemos. A vacina, tivemos esse negócio ai, desse fomento... de fomento rural... (Presidenta da Associação Quilombola de Caluete (PE) – Q1).

[...] E é isso aí, é exatamente, conseguir uma universidade, Por que não sonhar? Eu acho que a vida do ser humano só tem sentido se eles sonhar, se o ser humano não sonha e eu sei lá, eu acho que a vida perde o sentido, se o ser humano não sonha. Então essa associação de Serra Verde, os moradores precisam sonhar. Eu sou é a carruagem para a realização.... (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – Q2)

---

<sup>22</sup> Bispo dos Santos (2019; 2023) apresenta o conceito de contra-colonização como todos os processos de resistência e de luta em defesa dos territórios dos povos contra colonizadores incluindo os símbolos, significações e modos de vida existentes nesse território. Para o autor, a colonização e os colonizadores estão relacionados a “[...] todos processos etnocêntricos de invasão, expropriação, etnocídio, subjugação e até de substituição de uma cultura pela outra, independente do território físico geográfico em que essa cultura se encontra” (Bispo dos Santos, 2019).

[...] Eu até me emociono a falar dessa parte de perdas, mas assim, o legado que a pandemia deixa e que apesar de a gente ser inviabilizado, de ser esquecido e de ser jogado pra escanteio, quando a gente se une e caminha com as nossas próprias pernas, as coisas acontecem, sabe? Eu consigo perceber agora muito mais nítido que quando a gente espera que o poder público ou sei lá onde, enfim, e quando a gente espera do outro não acontece. A gente tem que se mobilizar e fazer isso enquanto comunidade, sabe? Porque é complicado. Se a gente não tivesse feito tudo o que a gente fez, teria sido muito pior, muito pior mesmo... (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Como observado nas falas acima, os quilombos e suas associações oportunizam espaços de promoção da saúde emancipatória e de contra-colonização. Esses espaços são produzidos, por exemplo, quando se reúnem e contam suas histórias, porque ao contar suas histórias, fortalecem suas trajetórias quilombolas e mantêm suas tradições de comunicação oral (Bispo dos Santos, 2023). Dessa forma, as experiências partilhadas mostram a importância de construir ações, estratégias e políticas públicas contra-coloniais na área da saúde, seja em espaços de compartilhamento de histórias ou de assistência à saúde, buscando romper com o etnocídio e subjugação impostos pela colonização na estrutura social brasileira, produzindo um cuidado em saúde coletivo, antirracista e emancipatório.

Além disso, a utilização de formas associativas faz parte da história de luta quilombola. As associações assumiram modelos de organização diversos (com finalidades religiosas, esportivas, de defesa, beneficentes, culturais, de auxílio mútuo) e que tiveram como importante função social a resistência física e cultura da população afro-brasileira (Nascimento, 2019). Por isso, é importante que a saúde coletiva dialogue e potencialize esses espaços coletivos que fazem parte do território, da história e da organização das PCFA.

Em relação segunda dimensão citada por Porto (2019), a criação diálogos mais horizontais e colaborativos entre os conhecimentos científicos e não científicos também esteve presente nas estratégias partilhadas nessa tese. As estratégias foram construídas pelas PCFA e, nesse sentido, consideraram suas especificidades e singularidades, apresentando uma diversidade de vivências, organizações sociais, linguagem, modos de fazer e compreender a saúde e a sociedade, tendo seus conhecimentos e cuidados baseados na sabedoria popular.

Nesse sentido, a perspectiva emancipatória da saúde deve compreender inseparavelmente a cultura, a espiritualidade, a natureza como um direito fundamental que diz respeito à dignidade do ser humano e não humano, dos povos em todo o mundo, especialmente, no Sul Global onde muitas comunidades dependem da vitalidade dos ecossistemas (Porto, M.

F. de S., 2019). Ademais, as ações estavam conectadas com as dimensões anticapitalistas, antipatriarcais e anticoloniais respeitando e construindo pontes com os saberes das populações do campo, da floresta e das águas (Porto, M. F. de S., 2019).

Nesse sentido, em contraponto ao capitalismo e a exploração do meio ambiente, as experiências partilhadas nessa tese foram desenvolvidas em uma relação harmoniosa com a natureza, apostando na agroecologia e no reflorestamento. Essas são estratégias que procuram unir a saúde humana e não humana e a saúde ambiental, rompendo com a subjugação e com os impactos da lógica, estrutura e ações do agronegócio capitalista.

[...] Às vezes o meu netinho chega lá, vai pra horta lá, fica aqui, ele tem dois anos e dois meses, fica puxando o mato, na planta, deixa o menino, aí não tem problema aí não. Aí deixa bem a vontade. Jamais, como é que eu ia viver indo ali comprando veneno, botando no meu produto e levando pro meu neto lá. É... Levando para os clientes da gente que compra os produtos. Ah, eu não faço isso. Tem gente que não teve essa consciência ainda, né? (Liderança Local do Assentamento Che Guevara MST/PE – M7)

Porque a agrofloresta, ela vai reflorestar uma área onde a gente tem as nascentes, a área de APP para melhorar a qualidade de água, a quantidade, sabe. Então a gente está nessa pegada de agroecologia, reflorestamento e isso tem que ser forte, porque ainda que digamos que a gente saia daqui, ela vai ficar plantada. Elas são nativas, são uma coisa que ninguém vai mexer (Liderança Local de Saúde do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

Tais reflexões apontam a importância da agroecologia na promoção da saúde coletiva e emancipatória, reforçando seu papel na construção de uma relação de preservação e não exploração da natureza e dos seus biomas. Torna-se urgente acolher a agroecologia nas discussões de saúde coletiva, tendo em vista seu papel na segurança alimentar e nutricional, na saúde do(a) trabalhador(a) do campo, na preservação do meio ambiente e na superação do modelo capitalista de exploração da natureza.

Para Carneiro et al. (2015), o modelo de produção agrícola vigente está baseado na artificialização da agricultura, no plantio de monoculturas voltadas para o mercado externo e no uso intensivo de fertilizantes químicos sintéticos, sementes transgênicas, agrotóxicos. Esse modelo tem se transformado em um ramo da indústria, que vem subordinando a natureza aos interesses do mercado e do lucro, sendo um modelo de produção e tecnológico antissocial, antiambiental, antissegurança alimentar e nutricional (Carneiro *et al.*, 2015). Essa racionalidade econômica orienta para o domínio da economia sobre os modos de vida e a intervenção da tecnologia na própria vida, além disso:

[...] esse paradigma propõe a privatização da ciência e da tecnologia, com consequente privatização do saber; homogeneização e especialização da

produção agropecuária e florestal negando a biodiversidade; domínio de poucas empresas multinacionais na produção agropecuária e florestal; apropriação privada da biodiversidade e da água. (CARNEIRO et al., 2015, p.251).

Já a agroecologia apresenta outro paradigma através de uma concepção de mundo e de desenvolvimento rural baseada no convívio harmonioso com a natureza, que preserve toda a biodiversidade (Carneiro *et al.*, 2015). Ainda para os(as) autores(as),

[...] esse paradigma sugere o reconhecimento e a valorização dos saberes dos povos; a garantia da biodiversidade na produção rural mediante a combinação de cultivos e criações; a diversidade e variedade de sementes varietais e de mudas, facilitada pela autonomia na produção de sementes; a introdução de matriz produtiva que facilite a preservação, conservação e recomposição da biodiversidade (Carneiro *et al.*, 2015, p. 252)

Dessa forma, a agroecologia aposta no diálogo entre a ciência moderna e os saberes tradicionais, tendo não apenas a dimensão da produção como base, mas considerando em “outra cosmovisão as inter-relações terra-território-territorialidades em suas dimensões ecológicas, culturais, políticas, e éticas” (Carneiro *et al.*, 2015, p. 175). Entretanto, mesmo a produção não sendo a única base da agroecologia, uma das potências da agroecologia é a garantia da autonomia e segurança alimentar e nutricional para o pequeno produtor.

[...] uma safra que eu faço, eu tenho um coqueiro, eu tenho uma bananeira, eu tenho uma alface, em um só, né? Quer dizer que um pedacinho de terra pequeno você planta uma produção, né? Uma variedade grande, grande porque tu vai aqui, tu tem um coentro daqui a dois metros, tu tem um alface, tu tem uma couve, né? E aqui no meio eu tenho um pé de bananeira. Aí uma safra de 40 a 50 metros. Planta uma variedade. Tu sai daqui com molho de coentro, quando sai lá fora ta com uma cesta desse tamanho aqui na variedade, sem precisar muita terra. É muita terra. Aqui fica mais fácil. Com um pouquinho de terra que você faz, você tira uma variedade muito grande. Aí é boa... (Liderança Local do Assentamento Che Guevara MST/PE – M7)

A fala acima reflete as dimensões positivas dos sistemas de produção desenhados e manejados de acordo com os princípios da ciência da agroecologia. Entre essas dimensões positivas da agroecologia estão a alta produtividade, a estabilidade e resiliência. Conforme afirma Carneiro et al. (2015, p. 252), a agroecologia garante:

[...] a alta produtividade por área e a estabilidade e resiliência, ou seja, a capacidade de resistir a estresses ambientais, chuvas torrenciais e secas, comuns em nossa época de mudanças climáticas. Esses sistemas conservam a biodiversidade nativa e cultivada, usada livremente pelas comunidades; recuperam os solos, protegem e usam com responsabilidade as águas; geram trabalho digno no campo; democratizam a riqueza gerada pela agricultura e atuam na superação da pobreza rural, pois fortalecem a agricultura familiar camponesa; promovem circuitos curtos de comercialização de alimentos, com

muito mais diversidade do que nos impérios alimentares que empobrecem as dietas e fazem a comida viajar grandes distâncias dos campos até os consumidores.

Por isso, com a agroecologia é possível “produzir alimentos saudáveis, de alto valor biológico, por serem cultivados em agroecossistemas cheios de vida, e livres de agrotóxicos e transgênicos” (Carneiro *et al.*, 2015, p. 252). A produção de alimentos livre de agrotóxicos e transgênicos também precisa ser uma preocupação da saúde coletiva em uma perspectiva emancipatória, tendo em vista que esse é um grande problema de saúde pública que afeta os(as) trabalhadores(as) do campo, as PCFA e também as pessoas da cidade que recebem esses alimentos.

[...] Pois isso aí não dúvida né, não tem dúvida, a gente garante um produto sem veneno, produto limpo, sem agrotóxico e mais saúde para todos, pra todos a quem a gente doa esses produto, pra quem compra o nosso produto também lá na feira, é pra gente mesmo ter uma expectativa de vida melhor, né? Porque o veneno realmente mata. Eu tava me informando aí que veneno, que outros país aí no usa e importa pra cá e a gente fica usando aí se matando. A brincadeira não. É muito bom a gente saber que está botando na mesa de quem precisa, né? Um alimento realmente saudável (Liderança Local do Assentamento Che Guevara MST/PE – M7).

[...] Primeiro assim, o Brasil tá pelo 5º ano consecutivo como o maior consumidor de agrotóxico do mundo e agora, infelizmente essa semana passada, se aprovou o PL do veneno, onde se libera e já foi liberada 2000 variedades e fórmulas de veneno, e com esse PL do veneno aí escancara tudo, inclusive permite que produtos cancerígenos, permite que produtos que são proibidos na Europa, em toda América latina entrem de porteira aberta. Então acho que a produção agroecológica é o presente e o futuro da humanidade. Se nós não conseguirmos, se nós não fizermos essa, em especial, à produção com agrofloresta, tô muito convencido disso, se nós não virarmos a chave do grosso da humanidade, nós não vamos ter planeta aí daqui 50 anos para os nossos filhos. Então essa é uma... então a qualidade de vida e a segunda que eu introduzir com o veneno é a qualidade do alimento né porque comer um tomate sem veneno sabendo que não vai ter um câncer ou o teu... a tuas tripas não vão se repartir em duas... é algo muito importante para a vida. Então é imprescindível essa produção e não é só... não é só a comida são outras relações que são construídas porque a horta é cuidada coletivamente então outras dores são partilhadas e outras conquistas também. Então acho que acho que tudo tudo a ver mesmo, a agroecologia é o caminho (Liderança Estadual do MST/PE – M6)

Em relação ao consumo de agrotóxicos, o Brasil é o maior consumidor mundial, dado estimado pelo volume comercializado no país. A utilização dos agrotóxicos no Brasil tem trazido sérias consequências, tanto para o meio ambiente como para a saúde do(a) trabalhador(a), especialmente as famílias camponesas. Tal situação é agravada ainda pelas

precárias condições socioeconômicas e culturais da grande maioria dos trabalhadores rurais, que ampliam sua vulnerabilidade à toxicidade dos agrotóxicos (Carneiro *et al.*, 2015).

Dados informados pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, de março de 2012, indicaram que a ocorrência de óbitos por intoxicação por agrotóxicos entre 2000 e 2009 foi de 2.052 óbitos. Dessas ocorrências, 743 (36,2%) dos falecidos não dispunham de registro da ocupação e 679 (51,9%) eram decorrentes de acidentes de trabalho relacionados a agrotóxicos, porém apenas 38 (5,6%) dos casos foram registrados na Declaração de Óbito como acidente de trabalho (Santana *et al.*, 2012).

É importante considerar que a subnotificação é muito presente nesses dados, portanto, estima-se que para cada caso notificado, outros cinquenta não o foram (Carneiro *et al.*, 2015). Dessa forma, é muito difícil afirmar qual o impacto do uso de agrotóxicos, em especial na saúde da PCFA. Por isso, acredita-se que os dados disponíveis no SUS ainda apresentam elevado grau de imprecisão, com tendência a elevada subestimação da grave situação atual dos acidentes de trabalho na área rural e dos impactos do uso de agrotóxico na saúde da população e dos(as) trabalhadores(as) (Carneiro *et al.*, 2015).

Por isso, a luta contra os agrotóxicos e em defesa da agroecologia é parte da luta pela saúde de povos indígenas, quilombolas, comunidades periféricas urbanas, populações do campo, em defesa de águas e florestas. Para promover uma saúde na perspectiva coletiva e emancipatória é preciso viabilizar um processo de valorização e utilização de conhecimentos e recursos no processo de mudança das condições de dominação, exploração e adoecimento do modo particular de vida, produção e economia. Para isso, é preciso ser entrelaçado a teoria, a prática e a práxis de um modelo de produção e conhecimento que seja coerente com o modo de vida e economia camponesa, permitindo sua reestruturação e potencialização, buscando a emancipação do pensamento e vida camponesa, que deve estruturar, viabilizar e apoiar um processo de transição para o modelo agroecológico (Abreu; Alonzo, 2022).

Nessa perspectiva, a partir da partilha de experiências dos movimentos sociais e associações presentes nessa tese foram apresentadas diversas alternativas para construção de uma saúde emancipatória e um cuidado em saúde a partir de uma concepção coletiva que buscam à superação do capitalismo, do patriarcado, do colonialismo. Para finalizar é importante refletir sobre o conceito de *bem-viver*, como uma outra forma de produzir saúde e como horizonte na construção de uma saúde coletiva e emancipatória.

#### 10.4 OUTROS MUNDOS POSSÍVEIS: CAMINHOS PARA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE DO BEM-VIVER

As PCFA vivem em contato com a natureza e se relacionam com o meio ambiente de maneira diferente da população urbana e capitalista, que está pautada em uma visão antropocêntrica<sup>23</sup> e de exploração do meio ambiente. Nesse sentido, é importante que a saúde coletiva amplie sua visão, incluindo essas outras formas de se relacionar com mundo e com a natureza a partir das PCFA. Conforme Porto (2019, p.62),

[...] muitos povos tradicionais das áreas rurais e das florestas vivem na, com e da natureza, e possuem conhecimentos estratégicos e valores para superar a crise socioecológica. Reconhecendo e trabalhando em conjunto com essas comunidades em suas lutas emancipatórias e na construção de uma ecologia de saberes são condições estratégicas para a construção de uma promoção emancipatória da saúde que avança em princípios como o Buen Vivir.

Dessa forma, o Bem-viver pode ser um conceito que ajude a pensar em outros mundos e sociedades possíveis. O Bem viver tem suas origens nos povos indígenas da América latina. Esse conceito vem dos sistemas de conhecimentos dos povos Quéchuas através do *sumak kawsay*, dos Aimará através do *suma qamaña*, dos povos guaranis a partir do *nhandereko*, entre outros povos latino-americanos (Acosta, 2019; Solón, 2019a). O Bem Viver ainda é um conceito em construção, não se trata de uma receita ou uma concepção acadêmica, mas “é, essencialmente, um processo proveniente da matriz comunitária de povos que vivem em harmonia com a natureza” (Acosta, 2019).

Dessa forma, o Bem Viver está na busca do equilíbrio entre os seres humanos e a natureza, na descolonização, na diversidade, na multipolaridade (Solón, 2019a). Apresenta-se como uma oportunidade para construir coletivamente novas formas de organização social que reconhecem a pluriculturalidade humana e a diversidade dos ecossistemas (Acosta, 2019; Solón, 2019a). Dessa forma, o Bem Viver questiona o conceito eurocêntrico de bem-estar que tem uma visão de saúde e felicidade pautadas no consumo e no desenvolvimento desenfreados (Acosta, 2019). Conforme Acosta (2019, p.38), “ao endeusarmos a atividade econômica e, particularmente, o mercado, abandonamos muitos instrumentos não econômicos indispensáveis para melhorar as condições de vida das pessoas”.

---

<sup>23</sup> A visão antropocêntrica dominante na sociedade “considera o ser humano como superior, separado da natureza e acima dela” (Solón, 2019c, p. 15). Essa visão está presente desde as sociedades pré-capitalistas, mas se intensificou com a revolução industrial e os avanços da tecnologia, e vem permitindo que a natureza seja explorada e utilizada em benefício humano como se fosse um recurso infinito (Solón, 2019c).

Construir uma sociedade do Bem viver é uma tarefa de “(re)construção que passa por desarmar a meta universal do progresso em sua versão produtivista e do desenvolvimento enquanto direção única, sobretudo em sua visão mecanicista do crescimento econômico e seus múltiplos sinônimos” (Acosta, 2019, p. 69). Por isso, a promoção de saúde emancipatória deve ir além do conceito de bem-estar e das lógicas de felicidade baseadas no consumo e no desenvolvimento. E a saúde coletiva atuando em uma perspectiva emancipatórias precisa caminhar em direção à uma sociedade do Bem Viver, respeitando a cultura, a natureza, as ações coletivas e os modos de vida não capitalistas.

Para isso é importante descolonizar a saúde coletiva. Conforme Solón (2019, p.31), “descolonizar-se é desmantelar esses sistemas políticos, econômicos, sociais, culturais e mentais que imperam”. A sobrevivência dos PCFA e doa saberes tradicionais são fundamentais para descolonizar, pois têm como base de suas comunidades suas raízes, sua identidade, sua história e dignidade. Para Solón (2019, p.33):

[...] a descolonização implica rejeitar um *status quo* injusto e recuperar nossa capacidade de olhar em profundidade, libertando-se das amarras das categorias coloniais que limitam nossa imaginação. Significa responder às injustiças cometidas contra outros seres – humanos e não humanos -, derrubar falsas barreiras entre a humanidade e a natureza, dizer em voz alta aquilo que pensamos, superar o medo de ser diferente e restaurar o equilíbrio dinâmico e contraditório que foi rompido por um sistema e um modo de pensar dominantes.

Nesse sentido, é importante ampliar e complexificar as práticas de saúde, acolhendo outras formas e estratégias de produzir e compreender a saúde desenvolvidas para além do aparelho estatal, nas práticas associativas, no movimentos sociais e associações. O cuidado em saúde vem sendo construído cotidianamente de maneira coletiva nos territórios das PCFA e nas periferias dos grandes centros urbanos, produzindo estratégias potentes de cuidado e de saúde que visam a emancipação social e da natureza. Essas iniciativas e experiências não podem mais ser invisibilizadas, mas devem fazer parte dos saberes e conhecimentos da saúde coletiva.

Por isso, a saúde coletiva pode se (re)construir em uma perspectiva emancipatória, que compreenda esses outros saberes provenientes das práticas associativas, dos movimentos sociais e das comunidades e povos tradicionais. É preciso descolonizar a saúde e construir um diálogo entre as concepções biomédicas ocidentais e os conhecimentos tradicionais. Compreender que o cuidado em saúde nas PCFA deve partir de uma concepção coletiva e incluir também cuidado com o meio ambiente, com a produção de alimentos, com os trabalhadores e trabalhadoras explorados do campo, respeitando suas organizações sociais e

comunitárias. E a partir da construção de uma ecologia de saberes, criar condições necessárias para os novos mundos e saúdes possíveis.

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa tese teve como objetivo analisar as práticas associativas de saúde das populações do Campo, da Floresta e das Águas frente à pandemia de covid-19. Nesse sentido, foram mapeadas as iniciativas de proteção ao vírus da covid-19 realizadas pelas associações/movimentos sociais do Campo, da Floresta e das Águas; posteriormente foram analisadas as ações coletivas de saúde realizadas no contexto da pandemia. E por fim, foi construída uma reflexão a partir das epistemologias do sul sobre a potência das práticas associativas das PCFA na construção de ações de saúde emancipatórias.

Participaram da pesquisa o MST e três associações quilombolas de três regiões do Brasil, sendo elas Sul, Sudeste e Nordeste. Foram mapeadas as iniciativas de Vigilância popular em saúde, Educação Popular em Saúde, Agroecologia, Solidariedade, Práticas tradicionais e populares de cuidado em saúde e Saúde Mental. As iniciativas foram construídas pelas PCFA a partir do diálogo entre seus conhecimentos e suas práticas de saúde e os saberes científicos, sendo adaptadas a partir do cotidiano e organização popular de cada território.

As iniciativas estudadas foram importantes para a defesa da vida e na proteção contra a disseminação do vírus da covid-19 tanto para as PCFA como para a população dos grandes centros urbanos. As iniciativas de solidariedade foram centrais no combate à fome e à insegurança alimentar, sendo uma estratégia importante para a garantia da SAN da população das cidades e do campo, tendo como base a produção agroecológica, respeitando o meio ambiente e promovendo a saúde.

Entretanto, é importante ressaltar que essas iniciativas de organização popular partilhadas nessa tese foram além de ações de proteção contra o vírus e sobrevivência das pessoas, atuando na formação política e tendo como horizonte estratégico a emancipação humana e a preservação ambiental. As iniciativas atuaram em uma perspectiva emancipatória de saúde apostando na descolonização da saúde na medida que foram construídas a partir da organização social e dos saberes tradicionais das PCFA, incluindo iniciativas de cuidado coletivo, práticas tradicionais e populares de cuidado, respeito ao meio ambiente e produção de alimentos agroecológica.

O projeto dos Agentes Populares de Saúde merece destaque porque foi um importante instrumento para proteção social e de saúde das populações mais vulnerabilizadas em meio a pandemia de covid-19, para promoção da saúde emancipatória em seus territórios e para o desenvolvimento de Territórios Saudáveis e Sustentáveis (TSS). Esse projeto culminou no

programa de Formação de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde que vem sendo construído pelo governo federal com base nas experiências aqui partilhadas, fruto da organização dos movimentos sociais e da mobilização popular, e que visam mudanças nas concepções de fazer saúde, nas relações de produção e com meio ambiente, na participação popular em saúde e no cuidado como ação coletiva.

As ações de solidariedade organizadas pelo MST estavam focadas na produção agroecológica, unindo a sustentabilidade ambiental e a saúde tanto dos(as) agricultores(as) como da população beneficiada com as doações. Além disso, as iniciativas de solidariedade asseguraram também uma formação política para construir novas sociabilidades e organizações sociais que promovam a solidariedade, cooperação e luta por uma sociedade mais justa, equitativa e sustentável

As associações quilombolas atuaram a partir de estratégias coletivas de luta, visando promover e garantir a saúde quilombola, atuando com base nos saberes e na cultura ancestral. As associações atuaram através da organização popular e em conjunto com o Sistema Único de Saúde, assegurando a vacinação prioritária aos quilombolas e promovendo espaços de comunicação, educação e vigilância popular em saúde. O período da pandemia explicitou o racismo institucional e estrutural que persiste em nossa sociedade em relação aos quilombos e como a organização popular ainda é elemento fundamental para garantia dos direitos da população quilombola que segue sendo excluída e invisibilizada pelo Estado e pelo sistema de saúde brasileiro.

A partir das experiências de práticas associativas das PCFA partilhadas nessa tese, observa-se a necessidade de ampliar e complexificar as discussões da saúde coletiva para que acolham e dialoguem com outras práticas e compreensões de saúde em direção a uma sociedade do bem-viver. Para isso, é importante reconhecer o cuidado em saúde a partir de sua concepção coletiva em busca da promoção da saúde emancipatória.

Nesse sentido, o cuidado em saúde na concepção coletiva aposta na inclusão de toda a comunidade em práticas de cuidado mútuo e comunitário; na superação das esferas técnico-científico e profissionalizantes como saber hegemônico; no diálogo entre os saberes científicos e populares; na democratização dos saberes para o autonomia no cuidado em saúde; na organização popular e comunitária como parte integrante do cuidado em saúde; e em uma perspectiva plural e ampliada de saúde que inclua as diferentes formas de produzir saúde e também de se relacionar com a natureza, considerando a saúde dos ecossistemas e animais como crucial para sobrevivência humana.

Já para produzir uma saúde emancipatória é preciso atuar a partir de uma concepção anticapitalista, anticolonialista e antipatriarcal, em direção a construção de uma sociedade plural, que inclua a diversidade de povos e comunidades tradicionais brasileiras e a preservação dos ecossistemas. Para a promoção da saúde emancipatória, as práticas associativas em conjunto com a formação política apareceram como estratégias potentes. Assim como a agroecologia e a luta contra os agrotóxicos que são parte da luta pela saúde dos PCFA e são essenciais para preservação do meio ambiente, da saúde do(as) trabalhador(as) do campo e para SAN no Brasil. O trabalho associado aparece como uma construção da classe trabalhadora para se opor ao trabalho assalariado e que através de cooperativas podem se tornar espaços que promovem a conquista da autonomia social e política.

Nesse sentido, as ações de saúde emancipatórias devem caminhar em direção ao Bem Viver, respeitando a cultura, a natureza, as ações coletivas e os modos de vida não capitalistas. É importante ampliar as visões, os saberes e práticas historicamente hegemônicos na saúde coletiva, para acolher os saberes e práticas ancestrais e milenares que foram invisibilizados pelo capitalismo, colonialismo e patriarcado. É preciso que a saúde coletiva assuma que existe muito mais a ser produzido e se una na construção de um outro mundo que de fato promova uma saúde plural, anticapitalista, anticolonialista, antipatriarcal e emancipatória.

A potência das práticas associativas das PCFA na construção de ações de saúde emancipatórias está na construção de alternativas para esse outro mundo e essa outra forma de construir saúde. É urgente o diálogo entre a saúde coletiva e as associações e movimentos sociais das PCFA que historicamente estão nos territórios lutando e construindo conhecimento para emancipação popular, para preservação ambiental e para novas racionalidades e cosmovisões que caminhem em direção a uma sociedade do bem-viver.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, P. H. B. de; ALONZO, H. G. A. Bases teóricas para promoção da saúde e resistência camponesa: um novo horizonte metodológico. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 46, p. 345–362, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kwbjkhKHHzCJ6SKfWSPLnvgc/?lang=pt>. Acesso em: 24 fev. 2024.
- ABRUCIO, F. L. *et al.* Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 54, n. 4, p. 663–677, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122020000400663&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000400663&tlng=pt). Acesso em: 13 jun. 2023.
- ACOSTA, A. **O Bem Viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos**. [S. l.]: Editora Elefante, 2019.
- ACOSTA, A.; BRAND, U. **Pós-extrativismo e decrescimento: Saídas do labirinto capitalista**. [S. l.]: Editora Elefante, 2019.
- AGUILÓ BONET, A. J.; ALMEIDA, L. Teoría de la democracia de Boaventura de Sousa Santos: Radicalización y descolonización democrática. **Utopía y praxis latinoamericana: revista internacional de filosofía iberoamericana y teoría social**, [s. l.], n. 94, p. 256–271, 2021. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8040418>. Acesso em: 18 mar. 2024.
- ALBUQUERQUE, P. C. de *et al.* **Agentes populares de saúde do campo: contribuindo como o enfrentamento da pandemia de COVID-19 nas comunidades do campo**. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, 2023.
- ALBUQUERQUE, P. C. de; MÉLLO, L. M. B. de D. e; BARROS, M. R. de S. Comunicação e educação popular em saúde: reflexões a partir da experiência da campanha mãos solidárias em Recife e região metropolitana. *In*: CULTURA, CONHECIMENTO E MEDIAÇÃO DE SABERES EM SAÚDE: DIÁLOGOS DA INFORMAÇÃO E DA EDUCAÇÃO POPULAR/ REGINA MARIA MARTELETO; HELENA MARIA SCHERLOWSKI LEAL DAVID (ORG.). Rio de Janeiro: IBICT, 2021. (Coleção PPGCI 50 anos). p. 270.
- ALBUQUERQUE, M. V. de; RIBEIRO, L. H. L. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, p. e00208720, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YnJk6W34PYN9G5jp39kzCdy/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2024.
- ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen Produção Editorial LTDA, 2019. (Feminismos Plurais/ coordenação de Djamilia Ribeiro.).
- ALMEIDA-FILHO, N. Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. *In*: PRINCIPAIS ELEMENTOS/ORGANIZADORES ALETHELE DE OLIVEIRA SANTOS, LUCIANA TOLÊDO LOPES. Brasília: Conselho Nacional de

Secretários de Saúde, 2021. (Coleção Covid-19). v. 1, p. 214–225.

ALTIERI, M. A.; NICHOLLS, C. I. Agroecology and the reconstruction of a post-COVID-19 agriculture. **The Journal of Peasant Studies**, [s. l.], v. 47, n. 5, p. 881–898, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03066150.2020.1782891>. Acesso em: 24 out. 2023.

ALVES, H. J. *et al.* Saúde da Família, territórios quilombolas e a defesa da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 21, p. e02209219, 2023. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462023000100512&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462023000100512&tlng=pt). Acesso em: 10 fev. 2024.

ARJONA, F. B. S. O ESPAÇO DA/NA VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE: CONSTRUÇÃO TEÓRICA INICIAL. [s. l.], v. 6, n. 2, p. 1–15, 2017.

AZAM, G. Descrescimento. *In*: ALTERNATIVAS SISTÊMICAS: BEM-VIVER, DESCRESCEMENTO, COMUNS, ECOFEMINISMO, DIREITOS DA MÃE TERRA, E DESGLOBALIZAÇÃO./ORG.: PABLO SOLÓN. São Paulo: Elefante, 2019. p. 224.

BARBOSA, R. L.; PORTUGAL, S. O Associativismo faz bem à saúde? O caso das doenças raras. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, p. 417–430, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n2/417-430/>. Acesso em: 19 mar. 2024.

BARROS, L. D. V.; TEIXEIRA, C. F. O MST E A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19. [s. l.], 2021. Disponível em: <https://proceedings.science/cbppgs-2021/trabalhos/o-mst-e-a-luta-pelo-direito-a-saude-no-contexto-de-pandemia-da-covid-19?lang=pt-br>. Acesso em: 14 nov. 2023.

BATISTA, M. F. S.; ALBUQUERQUE, P. C. A produção da saúde e a população do campo: uma experiência no assentamento de reforma agrária em Pernambuco – Brasil. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. ág. 173-194, 2014. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1518>. Acesso em: 19 mar. 2024.

BATTHYÁNY, K. *et al.* **Miradas latinoamericanas a los cuidados**. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2020.

BBC. **CPI da Covid: executivo da Pfizer confirma que governo Bolsonaro ignorou ofertas de 70 milhões de doses de vacinas**. [s. l.], 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57104347>. Acesso em: 27 out. 2021.

BERTONCELLO, A.; BADALOTTI, R. M.; KLEBA, M. E. Saúde e Mulheres Camponesas em Movimento: o protagonismo do MMC na defesa da saúde pública. **Saúde & Transformação Social**, [s. l.], v. 9, n. 1/2/3, p. 165–175, 2018.

BEZERRA, I.; SOUSA, R. da P.; BARROS, F. B. A pandemia da covid-19 e seus efeitos à saúde e ao ambiente: a agroecologia como caminho. **Revista Brasileira de Agroecologia**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 3–3, 2020. Disponível em: <https://revistas.aba-agroecologia.org.br/rbagroecologia/article/view/23416>. Acesso em: 14 nov. 2023.

BISPO DOS SANTOS, A. **A terra dá, a terra quer**. São Paulo: Ubu Editora, 2023.

BISPO DOS SANTOS, A. **Colonização, quilombos: modos e significados**. 02. ed. Brasília: AYÔ, 2019.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MARTINS, P. C. Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], 2012.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SAMPAIO, J. J. C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 403–409, 2008. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892008000600005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000600005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 19 mar. 2024.

BONET AGUILÓ, A. J. Globalización neoliberal, ciudadanía y democracia. Reflexiones críticas desde la teoría política de Boaventura de Sousa Santos. **Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas**, [s. l.], n. 20, 2008.

BORGES, W. D. *et al.* Enfrentamento da COVID-19 por quilombolas de uma ilha marítima baiana: boas práticas com competência cultural. In: BARBOSA, D. A. **Boas práticas e desafios na atenção à saúde com grupos vivendo em situação de vulnerabilidade: população indígena**. [S. l.]: Editora Aben, 2023. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2023/03/C14-William-Dias-Borges.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2024.

BRANCHES, D. Assassinatos de indígenas e invasões de terras no Brasil aumentaram na pandemia, conclui estudo. GLOBO, 29 out. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/10/29/assassinatos-de-indigenas-e-invasoes-de-terras-no-brasil-aumentaram-na-pandemia-conclui-estudo.ghtml>. Acesso em: 3 nov. 2021.

BRANDÃO, T. B. C. **Restaurantes Populares: ferramenta de política pública sob a perspectiva da segurança alimentar e nutricional**. Rio de Janeiro: (Tese) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

BRASIL, M. da S. **Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs)**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família).

BRASIL. **Lei 8.080 de 1990**. 1990a.

BRASIL. **LEI Nº 4.504: dispõe sobre o Estatuto da Terra, e dá outras providências**. 30 nov. 1964. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l4504.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4504.htm).

BRASIL. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**. 1990b.

BRASIL. **LEI Nº 11.346, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm).

BRASIL. **Lei nº 11.947**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. 16 jun. 2009. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/111947.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/111947.htm).

BRASIL, M. da S. **Ministério da Saúde - Vacinômetro COVID-19**. [S. l.], 2024. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI\\_DEMAS\\_Vacina\\_C19/SEIDIGI\\_DEMAS\\_Vacina\\_C19.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19.html). Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL, M. da Saúde. S. de A. à Saúde. D. de A. Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica).

BRASIL, M. da S. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS**. 3. ed.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. (Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social.).

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **PORTARIA GM/MS Nº 1.133, DE 16 DE AGOSTO DE 2023**. 21 ago. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 2.460**. Cria o Grupo da Terra. 12 dez. 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2460\\_12\\_12\\_2005\\_revog.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2460_12_12_2005_revog.html).

BRASIL. **Resolução nº 466/2012**. 2012.

BRASIL, C. N. de S. **RESOLUÇÃO Nº 588, DE 12 DE JULHO DE 2018**. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). **RESOLUÇÃO Nº 588**: 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>.

BRASIL, M. da S. Saúde vai repassar até R\$ 27 milhões para cadastro de quilombolas. *In*: 2022b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/15476>. Acesso em: 9 fev. 2024.

BRASIL, C. N. de S. de S. **Vigilância em Saúde - Parte 1**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011). Disponível em: [file:///Users/brunalimaselau/Downloads/livro\\_5%20\(1\).pdf](file:///Users/brunalimaselau/Downloads/livro_5%20(1).pdf).

BREILH, J. SARS-CoV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder. *In*: POSNORMALES/ORG. ESTEBAN RODRÍGUEZ ALZUETA ET AL. Ciudad de la Plata: ASPO, 2020. p. 31–90.

BRITO, T. C. dos S. **O processo de saúde-doença-cuidado e o debate racial na comunidade quilombola Serra Verde, Caruaru - PE**. 2023. 125 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2023.

- CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, [s. l.], p. 30–47, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2023.
- CAMPANHA MÃOS SOLIDÁRIAS. **Cozinha Popular Solidária**. [S. l.], 2023a. Disponível em: <https://www.campanhamaossolidarias.org/cozinhas>. Acesso em: 11 dez. 2021.
- CAMPANHA MÃOS SOLIDÁRIAS. **Marmita Solidária**. [S. l.], 2023b. Disponível em: <https://www.campanhamaossolidarias.org/marmita-solidaria>. Acesso em: 11 dez. 2023.
- CAMPANHA MÃOS SOLIDÁRIAS. **Quem somos**. [S. l.], 2023c. Disponível em: <https://www.campanhamaossolidarias.org/quem-somos>. Acesso em: 11 dez. 2023.
- CAMPANHA MÃOS SOLIDÁRIAS. **Rede de Banco Populares de Alimentos**. [S. l.], 2023d. Disponível em: <https://www.campanhamaossolidarias.org/banco-solid%C3%A1rio>. Acesso em: 11 dez. 2023.
- CANUTO, A.; LUZ, C. R. da S.; SANTOS, P. C. M. dos. **Confitos no Campo Brasil 2019**. Goiânia: CPT Nacional, 2020. Disponível em: <https://www.cptnacional.org.br/component/jdownloads/?task=download.send&id=14195&catid=41&m=0&Itemid=1419>.
- CAPONI, S. *et al.* O uso político da cloroquina: COVID-19, negacionismo e neoliberalismo / The political use of chloroquine: COVID-19, denialism and neoliberalism. **Revista Brasileira de Sociologia - RBS**, [s. l.], v. 9, n. 21, p. 78–102, 2021. Disponível em: <https://rbs.sbsociologia.com.br/index.php/rbs/article/view/rbs.774>. Acesso em: 14 nov. 2023.
- CARDOSO, R. F. *et al.* COVID-19: Um desafio epidemiológico. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 7, p. e32110716313–e32110716313, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16313>. Acesso em: 26 set. 2023.
- CARNEIRO, F. F. *et al.* **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde**. São Paulo: Expressão Popular, 2015.
- CARNEIRO, F. F. *et al.* O processo histórico e a criação do Obteia. *In*: CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS: PRÁTICAS E SABERES EM SAÚDE/ORG. CARNEIRO, FERNANDO FERREIRA; PESSOA, VANIRA MATOS; TEIXEIRA, ANA CLÁUDIA DE ARAÚJO. [S. l.]: Editora UnB, 2017a.
- CARNEIRO, F. F. *et al.* Reflexões teóricas e metodológicas na produção de uma ciência emancipatória à luz da ecologia de saberes. *In*: CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS: PRÁTICAS E SABERES EM SAÚDE/ORG. CARNEIRO, FERNANDO FERREIRA; PESSOA, VANIRA MATOS; TEIXEIRA, ANA CLÁUDIA DE ARAÚJO. Brasília: Editora UnB, 2017b.
- CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. **Trabalho, Educação e Saúde**,

[s. l.], v. 18, n. 3, p. e00298130, 2020. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000300307&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300307&tlng=pt). Acesso em: 26 set. 2023.

CHAVES, V. M. **VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NOS TERRITÓRIOS POTIGUARAS NA PARAÍBA**. Brasília: Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharel em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília., 2021.

CHAVIS, B. Forward. *In*: IN: BULLARD, R. (ED.). **CONFRONTING ENVIRONMENTAL RACISM: VOICES FROM THE GRASSROOTS**. Cambridge: South End Press, 1993. p. 3–7.

COELHO, I. B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 171–183, 2010. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100023&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100023&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 19 mar. 2024.

CONAQ, C. N. de A. das C. N. R. Q. –. **Observatório da Covid-19 nos Quilombos**. [S. l.], 2021a. Disponível em: <https://quilombosemcovid19.org/>. Acesso em: 18 set. 2021.

CONAQ, C. N. de A. das C. N. R. Q. –. **Quem Somos**. [S. l.], 2021b. Site oficial. Disponível em: <http://conaq.org.br/nossa-historia/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

CONAQ, C. N. de A. das C. N. R. Q. –. **Vacinômetro Quilombola – 3ª Edição**. [S. l.], 2021c. Disponível em: <http://conaq.org.br/vacinometro-quilombola-3a-edicao/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

CORRÊA FILHO, H. R.; RIBEIRO, A. A. Vacinas contra a Covid-19: a doença e as vacinas como armas na opressão colonial. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 45, n. 128, p. 5–18, 2021. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042021000100005&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042021000100005&tlng=pt). Acesso em: 16 nov. 2023.

COSTA, K. T. O. **Arturos, Filhos do Rosário: nas práticas sociais, uma história que se revela na Festa de Nossa Senhora do Rosário**. 2013. 131 f. Dissertação (Mestrado em Lazer) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; LOBATO, L. D. V. C. Fome, desemprego, corrupção e mortes evitáveis: faces da necropolítica. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 45, n. 130, p. 555–558, 2021. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042021000300555&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042021000300555&tlng=pt). Acesso em: 16 nov. 2023.

CRISTO, H. S. de *et al.* Implicações da desinformação e da infodemia no contexto da pandemia da Covid-19. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. e59810212998–e59810212998, 2021. Disponível em:  
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12998>. Acesso em: 16 nov. 2023.

CUNHA, M. **Brasil liderou emissão de gases durante pandemia e mantém desmatamento**

alto. [S. l.], 2021. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2021/10/01/brasil-liderou-emissao-de-gases-durante-pandemia-e-mantem-desmatamento-alto>. Acesso em: 3 nov. 2021.

DAVID, H. M. S. L.; NESPOLI, G.; LEMÕES, M. A. M. Incertezas em tempos de pandemia: uma reflexão sobre a Educação Popular em Saúde. [s. l.], n. Edição Especial, p. 259–267, 2020.

DE ANDRADES, T. O.; GANIMI, R. N. Revolução verde e a apropriação capitalista. [s. l.], v. 21, 1, p. 43–56, 2007.

DE BARCELOS, T. do N. *et al.* Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 45, p. e65, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2021.v45/e65/pt/>. Acesso em: 14 nov. 2023.

DEL RÉ, M. F.; FLORES DOS SANTOS, V.; DA SILVA KOCH, E. R. Comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul, pandemia e necropolíticas. **Estudos Sociedade e Agricultura**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. e2230107, 2022. Disponível em: [https://revistaesa.com/ojs/index.php/esa/article/view/esa30-1\\_07](https://revistaesa.com/ojs/index.php/esa/article/view/esa30-1_07). Acesso em: 5 fev. 2024.

DEMOCRACIA É SAÚDE. Direção: Sergio Arouca. [S. l.]: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Fiocruz, 2013. video (42min33seg). Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=-\\_HmqWCTEeQ](https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ).

DREW, T. W. The emergence and evolution of swine viral diseases: to what extent have husbandry systems and global trade contributed to their distribution and diversity?. **Revue Scientifique et Technique - Office International des Épizooties**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 95–106, 2011. Disponível em: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20113232384>. Acesso em: 16 nov. 2023.

DURIGUETTO, M. L. **Sociedade civil e democracia**. São Paulo: Cortez, 2007.

SCOREL, S. Reconhecer e superar os limites da participação institucionalizada. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, p. 2059–2062, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gdLhF7fNhkhgZVvMlvC4ZVGK/?lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2024.

SCOREL, S.; AROUCA, L. E. Democracia e participação: para além das dicotomias. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 40, p. 39–48, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2016.v40nspe/39-48/pt/>. Acesso em: 19 mar. 2024.

EVERARD, M. *et al.* The role of ecosystems in mitigation and management of Covid-19 and other zoonoses. **Environmental Science & Policy**, [s. l.], v. 111, p. 7–17, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462901120306122>. Acesso em: 11 mar. 2024.

FERNANDES, R. S. *et al.* Potencialidades da Educação Popular em tempos de pandemia da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde,**

**Educação**, [s. l.], v. 26, p. e210142, 2022. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832022000100206&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832022000100206&tlng=pt). Acesso em: 19 out. 2023.

FERREIRA, M. A. A LUTA QUILOMBOLA PELO DIREITO DE (R)EXISTIR:. [s. l.], 2022.

FERRER, R. Pandemia por COVID-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. **Medicina Intensiva**, [s. l.], v. 44, n. 6, p. 323–324, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151426/>. Acesso em: 11 mar. 2024.

FERRETTI, F. *et al.* Participação da comunidade na gestão e controle social da política de saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. ág. 51-67, 2016. Disponível em: <https://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1777>. Acesso em: 19 mar. 2024.

FIALHO, C. F.; MONFORT, G. C. Poké’exa úti: Territorialidades de resistência Terena e auto-organização contra a pandemia e a degradação ambiental. **AMBIENTES: Revista de Geografia e Ecologia Política**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 330–330, 2020. Disponível em: <https://saber.unioeste.br/index.php/ambientes/article/view/26590>. Acesso em: 11 mar. 2024.

FIGUEIREDO, G. C.; PINTO, J. M. D. R. Acampamento e assentamento: participação, experiência e vivência em dois momentos da luta pela terra. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 562–571, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822014000300005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000300005&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 25 set. 2023.

FIOCRUZ, F. O. C. **Pesquisa revela dados sobre “fake news” relacionadas à Covid-19**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-fakenews-relacionadas-covid-19>. Acesso em: 3 nov. 2021.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 743–752, 2009a. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 19 mar. 2024.

FLEURY, S. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 33, n. 81, 2009b.

FLEURY, S.; MENEZES, P. Pandemia nas favelas: entre carências e potências. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, p. 267–280, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xSgrb6jrj3tLnGszjZ4QcWt/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

FLOSS, M. *et al.* A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, p. e00108920, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n7/e00108920/>. Acesso em: 11 mar. 2024.

FONTOURA, Y.; NAVES, F. Movimento agroecológico no Brasil: a construção da resistência à luz da abordagem neogramsciana. **Organizações & Sociedade**, [s. l.], v. 23, n.

77, p. 329–347, 2016. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-92302016000200329&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302016000200329&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 24 out. 2023.

FOSCACHES, N.; KLEIN, T. **Dos frigoríficos às plantações de cana: como o agronegócio expôs indígenas à covid-19**. [S. l.], 2020. Disponível em:  
<https://reporterbrasil.org.br/2020/06/dos-frigorificos-as-plantacoes-de-cana:-como-o-agronegocio-expos-indigenas-a-covid-19/>. Acesso em: 3 nov. 2021.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FREITAS, C. M. de. **Um equilíbrio delicado: crise ambiental e a saúde do planeta**. Rio de Janeiro: Garamond, 2011.

FREITAS, J. D. de; PORTO, M. F. Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 9, p. 179–200, 2011. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/tes/a/Jby3VNfHh75C3jVfQd7WNzK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2023.

FRIEDRICH, K. n *et al.* **Agronegócio e pandemia no Brasil: uma sindemia está agravando a pandemia de COVID-19?** [S. l.]: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), 2021.

FURTADO, L. **Armazém do Campo: 5 anos da maior rede de produtos da Reforma Agrária Popular do Brasil**. [S. l.], 2021. Disponível em:  
<https://mst.org.br/2021/08/10/armazem-do-campo-5-anos-da-maior-rede-de-produtos-da-reforma-agraria-popular-do-brasil/>. Acesso em: 21 nov. 2023.

G1, G. **Após provocar aglomeração durante passeio em Brasília, Bolsonaro volta a se posicionar contra o isolamento social**. [S. l.], 2020. Disponível em:  
<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/29/apos-provocar-aglomeracao-durante-passeio-em-brasilia-bolsonaro-volta-a-se-posicionar-contra-o-isolamento-social.ghtml>. Acesso em: 23 out. 2021.

GADOTTI, M.; TORRES, C. A. Poder e desejo: a educação popular como modelo teórico e como prática social. *In: EDUCAÇÃO POPULAR: UTOPIA LATINO-AMERICANA.*

MOACIR GADOTTI, CARLOS A. TORRES (ORGANIZADORES). 2. ed. Brasília: Ibama, 2003. p. 7–12.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, p. 63–76, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n112/63-76/>. Acesso em: 16 nov. 2023.

GIAMATTEY, M. E. P. *et al.* Rituais fúnebres na pandemia de COVID-19 e luto: possíveis reverberações. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 26, p. e20210208, 2021. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/zGDv9BZ6Lc44fxJFBBz8ktC/>. Acesso em: 16 fev. 2024.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L. *et al.* Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, p. 895–901, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44n126/895-901/>. Acesso em: 16 nov. 2023.

GLOBO. **TCU desmente Bolsonaro e nega ter feito relatório que questione número de mortes por covid**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/06/07/tcu-nega-ter-produzido-relatorio-questionando-numero-de-mortes-por-covid-19-em-2020.ghtml>. Acesso em: 22 out. 2021.

GOES, E. F.; RAMOS, D. D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. e00278110, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000300301&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300301&tlng=pt). Acesso em: 11 mar. 2024.

GOHN, M. da G. **Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Loyola, 2007.

GOHN, M. da G. Vozes que gritam e vozes silenciadas na América Latina. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 15, p. 491–509, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/civitas/a/kQvXcpPKGQtVKKg3BWKTGZr/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2024.

GOMES, F. S. **Mocambos e Quilombos**. 1ª eded. São Paulo: Claro Enigma, 2015.

GOMES, P. H. “Não sou coveiro, tá?”, diz Bolsonaro ao responder sobre mortos por coronavírus. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/20/nao-sou-coveiro-ta-diz-bolsonaro-ao-responder-sobre-mortos-por-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 24 out. 2021.

GOMES, F. K.; MATHIAS, A. S.; CARVALHO, M. L. P. P. de. O impacto na saúde mental durante o isolamento social da pandemia do SARS-CoV-2. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 12, p. e377111234634–e377111234634, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34634>. Acesso em: 9 nov. 2023.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 7–18, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000100002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100002&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 19 out. 2023.

GORTÁZAR, N. G. **Mortes em operações policiais aumentam no Brasil, apesar da quarentena**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-06-02/mortes-em-operacoes-policiais-aumentam-no-brasil-apesar-da-quarentena.html>. Acesso em: 3 nov. 2021.

GRILLO, M.; FERREIRA, P. **Mortes pela polícia crescem 26% no país durante pandemia de Covid-19**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/mortes-pela->

policia-crescem-26-no-pais-durante-pandemia-de-covid-19-1-24503733. Acesso em: 3 nov. 2021.

GUIMARÃES, S. *et al.* Fazer antropologia em tempos pandêmicos: narrativas de povos e comunidades tradicionais e de periferias urbanas sobre a pandemia Covid-19. **Revista Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 1–9, 2021.

HARPER, D. Reimagining visual methods: Galileo to Neuromancer. *In*: IN: DENZIN, NORMAN K.; LINCOLN, YVONNA S. (EDS.). **HANDBOOK OF QUALITATIVE RESEARCH**. 2. ed. Londres: Sage Publications Inc, 2000. p. 717–732.

HECK, F. M. *et al.* Os territórios da degradação do trabalho na região sul e o arranjo organizado a partir da COVID-19: A centralidade dos frigoríficos na difusão espacial da doença. **Metodologias e Aprendizado**, [s. l.], v. 3, p. 54–68, 2020. Disponível em: <https://publicacoes.ifc.edu.br/index.php/metapre/article/view/1332>. Acesso em: 15 jan. 2024.

HENRIQUES, C. M. P.; VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 34, n. 99, p. 25–44, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142020000200025&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200025&tlng=pt). Acesso em: 11 mar. 2024.

IBGE, I. B. de G. e E.-. **Censo Agropecuário 2017: resultados definitivos**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: [https://ftp.ibge.gov.br/Censo\\_Agropecuario/Censo\\_Agropecuario\\_2006/Segunda\\_Apuracao/censoagro2006\\_2apuracao.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Censo_Agropecuario/Censo_Agropecuario_2006/Segunda_Apuracao/censoagro2006_2apuracao.pdf). Acesso em: 13 set. 2021.

JORNAL NACIONAL. **Número de famílias despejadas de casa cresce 340% na pandemia**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/08/24/numero-de-familias-despejadas-de-casa-cresce-340percent-na-pandemia.ghtml>. Acesso em: 3 nov. 2021.

JUNIOR, Z. C. T. *et al.* O Papel do Associativismo Político Na Promoção de Saúde. **Saúde & Transformação Social**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 1–8, 2015.

JUNIOR, N. F.; RUBIO, K. Revisitando a “raça” e o racismo no esporte brasileiro: implicações para a Psicologia Social. *In*: **PSICOLOGIA SOCIAL DO ESPORTE/ORG**.

KATIA RUBIO E JULIANA A. DE OLIVEIRA CAMILO. São Paulo: Editora Laços Ltda, 2019.

KATZ, H. Gramsci, hegemonia, e as redes da sociedade civil global. **Redes: Revista hispana para el análisis de redes sociales**, [s. l.], n. 12, p. 1, 2007. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2390145>. Acesso em: 18 mar. 2024.

KOSLINSKI, M. C.; BARTHOLO, T. L. A pandemia e as desigualdades de oportunidades de aprendizagem na educação infantil. **Estudos em Avaliação Educacional**, [s. l.], v. 32, p. e08314, 2021. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/index.php/eae/article/view/8314>. Acesso em: 21 nov. 2023.

KOVALESKI, D. F. *et al.* Associativism and quality of life among undergraduate students in dentistry. **Revista CEFAC**, [s. l.], v. 19, p. 493–502, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/Qxc5h9sdRGtG5nNmfc5T9Cz/?lang=en>. Acesso em: 19 mar. 2024.

LAGO, T. D. **FILMAR O QUE NÃO SE VÊ: O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM DOCUMENTÁRIO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE NA POPULAÇÃO DO CAMPO**. 2021. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na População do Campo) - Universidade de Pernambuco, GARANHUNS, 2021.

LATGÉ, P. K.; ARAÚJO, D. N.; JÚNIOR, A. G. da S. Comunicação, educação e vigilância popular em saúde em tempos de COVID-19 – a experiência das comunidades de Niterói, RJ. **APS EM REVISTA**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 122–127, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/110>. Acesso em: 26 set. 2023.

LAURENTINO, J. S. L. *et al.* Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e suas contribuições para a Segurança Alimentar e Nutricional durante a pandemia de covid-19 no Brasil. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 31, p. e210967pt, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xVwjTnqzn33Zg3887t93YyQ/>. Acesso em: 24 out. 2023.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LIMA, M. C. *et al.* Manifesto de Natal - Por uma política afirmativa no recrutamento, formação, provimento, retenção e suporte para as médicas de família em contexto rural e remoto. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 11, n. 38, p. 1–5, 2016. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1247>. Acesso em: 21 mar. 2024.

LIMA, N. T.; FRANCO NETTO, G. “Democracia é saúde”: direitos, compromissos e atualização do projeto da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, p. e00122818, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GZzbLzxvBgPcCNDWn4Pwvhr/?lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2024.

LIMA-SILVA, F. *et al.* O nível de rua na pandemia: a percepção de profissionais da linha de frente da assistência social sobre a implementação de políticas. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 54, n. 5, p. 1458–1471, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122020000501458&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000501458&tlng=pt). Acesso em: 21 nov. 2023.

LÜCHMANN, L. H. H. Abordagens teóricas sobre o associativismo e seus efeitos democráticos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 29, p. 159–178, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/dKQNRmfDBnkZ6F59xpW6wYF/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 5 mar. 2024.

LÜCHMANN, L. H. H. **Associativismo e democracia: um estudo em Florianópolis**. Florianópolis: Editora UFSC, 2016.

LUGONES, M. Colonialidad y Género1 Coloniality and Gender Colonialidade e gênero. **TABULA RASA**, [s. l.], 2008.

LUI, L. *et al.* Disparidades e heterogeneidades das medidas adotadas pelos municípios brasileiros no enfrentamento à pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 19, p. e00319151, 2021. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462021000100504&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100504&tlng=pt). Acesso em: 18 out. 2023.

MACHADO, J. M. H. *et al.* Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 28, n. 02, p. 243–249, 2018. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/245>. Acesso em: 6 dez. 2023.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARINHO, J. A. M.; SILVA, D. S. da; RODRIGUES, C. F. da S. Movimento Xingu Vivo para sempre em face da COVID-19 na área atingida pela Hidroelétrica Belo Monte (PA): articulações, solidariedade e luta política no interior amazônico. **Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 1–7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistamseu/article/view/248590>. Acesso em: 5 mar. 2024.

MARINO, A. *et al.* **Prioridade na vacinação negligencia a geografia da Covid-19 em São Paulo 2021**. [S. l.], 2021. Disponível em: <http://www.labcidade.fau.usp.br/prioridade-na-vacinacao-negligencia-a-geografia-da-covid-19-em-sao-paulo/>. Acesso em: 27 out. 2021.

MARQUES, J. Com a vida após a covid. *In*: MARQUES, JURACY. DIAS-LIMA, ARTUR. (ORGS.). **ECOLOGIA HUMANA & PANDEMIAS: CONSEQUÊNCIAS DA COVID-19 PARA O NOSSO FUTURO**. Bahia: SABEH, 2020. p. 16–27.

MARTINS, A. F. G. **A questão agrária brasileira: da colônia ao governo Bolsonaro**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2022.

MARTINS CHAVES, V.; RODRIGUES DA SILVA, T.; LUDERITZ HOEFEL, M. D. G. Vigilância popular em saúde: uma experiência durante a pandemia de COVID-19 nos territórios potiguara na Paraíba: Popular health surveillance: an experience during the COVID-19 pandemic in potiguara territories in Paraíba. **Saúde em Redes**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 4071, 2023. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/4071>. Acesso em: 26 set. 2023.

MATOS, A. R.; SERAPIONI, M. O desafio da participação cidadã nos sistemas de saúde do

Sul da Europa: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, p. e00066716, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n1/e00066716/>. Acesso em: 19 mar. 2024.

MATTOS, P. L. C. L. de. A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Rev. adm. pública**, [s. l.], v. 39, n. 4, p. 823–847, 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-431763>. Acesso em: 5 mar. 2024.

MBEMBE, A. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. São Paulo: N-1 edições, 2018. Disponível em: Acesso em: 20 nov. 2023.

MÉLLO, L. M. B. de D. e *et al.* **Agentes populares de saúde: ajudando minha comunidade no enfrentamento da pandemia de covid-19**. 1. ed. Recife: FIOCRUZ-PE, 2020.

MÉLLO, L. M. B. de D. *et al.* **Formação de agentes populares: o povo cuidando do povo, em defesa dos seus direitos**. 1. ed. [S. l.]: FIOCRUZ-PE, 2021. (Cartilha 2).

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, [s. l.], v. 22, n. 46, p. 9–32, 2020. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25260](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260). Acesso em: 21 fev. 2024.

MENESES, M. N. *et al.* Práticas de vigilância popular em saúde no Brasil: revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 9, p. 2553–2564, 2023. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232023000902553&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000902553&tlng=pt). Acesso em: 17 out. 2023.

MENESES, B. F. de *et al.* Situação vacinal contra a Covid-19 na população quilombola dos estados nordestinos brasileiros. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 16, p. e170111638229–e170111638229, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/38229>. Acesso em: 7 fev. 2024.

MERHY, E. E. *et al.* Pandemia, Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Coletiva: composições e aberturas para mundos outros. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 26, p. e210491, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KMp7tmkyd5zFzY4SHMY6LsD/?lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2024.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. de souza; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MONDARDO, M. Povos indígenas e comunidades tradicionais em tempos de pandemia da

Covid-19 no Brasil:: estratégias de luta e r-existência. **Finisterra**, [s. l.], v. 55, n. 115, p. 81–88, 2020. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/finisterra/article/view/20364>. Acesso em: 26 set. 2023.

MORAIS, T. N. de; ROCHA, N. M. F. D. As concepções de cuidado em saúde de mulheres de uma comunidade quilombola da região metropolitana de Fortaleza (CE): uma investigação a partir dos afetos. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 31, p. e200761pt, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5gBC3VJqYcpn63HKrJXXZKN/?lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2024.

MOREL, A. P. M. Lekil kuxlejal: Bem Viver na saúde autônoma do movimento zapatista. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [s. l.], v. 13, n. 4, 2019. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1856>. Acesso em: 19 mar. 2024.

MOREL, A. P. M. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 19, p. e00315147, 2021. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462021000100404&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100404&tlng=pt). Acesso em: 19 out. 2023.

MORISSAWA, M. **A história da luta pela terra e o MST**. São Paulo: Expressão Popular, 2001.

MOURA, C. **QUILOMBOS: resistência ao escravismo**. 5. ed. Teresina: EdUESPI, 2021.

MST, M. dos T. sem T. Nossa Produção. *In*: MST. 2023a. Disponível em: <https://mst.org.br/nossa-producao/>. Acesso em: 20 nov. 2023.

MST, M. dos T. sem T. Quem Somos. *In*: MST - SITE OFICIAL. 2023b. Disponível em: <https://mst.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 20 nov. 2023.

NASCIMENTO, A. do. **O quilombismo: documentos de uma militância panafricanista**. 3 ed.ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2019.

NASCIMENTO, V. B. D. **VULNERABILIDADE E ESTRATÉGIAS DE AUTO-ORGANIZAÇÃO DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO PARÁ DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19**. 2023. Tese (Doutorado em Ciências Ambientais) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ, SANTARÉM, 2023.

NOGUEIRA, R. P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NUNES, J. A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 5, p. e00063120, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000500501&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000500501&tlng=pt). Acesso em: 11 mar. 2024.

NUNES, J. A.; LOUVISON, M. Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 29, p. e200563, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8XdsBw8dwhVQfr7B4ccBvVH/>. Acesso

em: 21 fev. 2024.

OCTAVIANO, C. Muito além da tecnologia: os impactos da Revolução Verde. **ComCiência**, [s. l.], n. 120, p. 0–0, 2010. Disponível em: [http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1519-76542010000600006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-76542010000600006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 mar. 2024.

OGLOBO. **Entenda por que a compra de doses da Covaxin entrou na mira da CPI da Covid**. [S. l.], 2021a. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/06/23/entenda-por-que-a-compra-da-covaxin-entrou-na-mira-da-cpi-da-covid.ghhtmlc>. Acesso em: 27 out. 2021.

OGLOBO. **Vice-presidente da CPI da Covid diz que governo ignorou 53 e-mails da Pfizer sobre vacina**. [S. l.], 2021b. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/vice-presidente-da-cpi-da-covid-diz-que-governo-ignorou-53-mails-da-pfizer-sobre-vacina-25047373>. Acesso em: 27 out. 2021.

OLIVEIRA, M. J. G. de S. A globalização da pobreza: impactos das políticas sociais do Estado neoliberal nas democracias dos países latino-americanos. **Revista da Faculdade de Direito**, [s. l.], v. 99, p. 461–474, 2004.

OLIVEIRA, E. N. *et al.* “Aquele adeus, não pude dar”: luto e sofrimento em tempos de COVID-19. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 11, n. 2.ESP, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4203>. Acesso em: 9 nov. 2023.

OLIVEIRA, A. M. C.; IANNI, A. M. Z.; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, n. 8, p. 2329–2338, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800017&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800017&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 19 mar. 2024.

OLIVEIRA, E.; MARTINS, C.; SILVA, M. “Coronacrise”\*: Reflexões Sobre Alguns Efeitos Necropolíticos de/em uma Pandemia e os desafios para as Ciências Humanas e Sociais em Saúde 1. **Computerized Tomography**, [s. l.], v. 1, p. 19–44, 2021.

PACHECO, J. **Conflitos no campo aumentam 44% em 2020 e ameaçam 15 mil pessoas no Amapá**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2021/06/01/conflitos-no-campo-aumentam-44percent-em-2020-e-ameacam-15-mil-pessoas-no-amapa.ghhtml>. Acesso em: 3 nov. 2021.

PACHECO, T.; FAUSTINO, C. A iniludível e desumana prevalência do racismo ambiental nos conflitos do mapa. *In*: INJUSTIÇA AMBIENTAL E SAÚDE NO BRASIL: O MAPA DE CONFLITOS/ORG. MARCELO FIRPO PORTO, TANIA PACHECO E JEAN PIERRE LEROY. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 73–114.

PACHECO, T.; PORTO, M. F.; ROCHA, D. Metodologia e resultados do mapa: Uma síntese dos casos de injustiça ambiental e saúde no Brasil. *In*: INJUSTIÇA AMBIENTAL E SAÚDE NO BRASIL: O MAPA DE CONFLITOS/ORG. MARCELO FIRPO PORTO, TANIA PACHECO E JEAN PIERRE LEROY. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 35–72.

PACIFICO, D. A.; CADORE, A. V. D. S.; HOEPERS, A. A ORIGEM DA COVID-19: O QUE SUGEREM AS NOVAS PESQUISAS?. **Revista Brasileira de Agroecologia**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 9–9, 2020. Disponível em: <https://revista.aba-agroecologia.org.br/rbagroecologia/article/view/23281>. Acesso em: 5 mar. 2024.

PADUA, R. F. de. PRECARIZAÇÃO DA VIDA E REDES DE SOLIDARIEDADE. *In*: COVID-19 E A CRISE URBANA [RECURSO ELETRÔNICO] / COORDENADORA: ANA FANI ALESSANDRI CARLOS. São Paulo: FFLCH/USP, 2020.

PALUDO, C. Educação popular como resistência e emancipação humana. **Cadernos CEDES**, [s. l.], v. 35, n. 96, p. 219–238, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-32622015000200219&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622015000200219&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 19 out. 2023.

PATROCINO, L. B.; PENA, É. D. VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO BRASIL : NEOLIBERALISMO, INDIVIDUALIZAÇÃO E DESIGUALDADES. **REVISTA DIREITOS, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL**, [s. l.], v. 7, n. 13, p. 241–259, 2021. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/article/view/12789>. Acesso em: 5 mar. 2024.

PEREIRA, A. K. B. Democratizar a democracia: Boaventura de Sousa Santos e a ampliação da participação política. **Anais do XV ENCONTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS DO NORTE NORDESTE E PRÉ-ALAS BRASIL**, [s. l.], 2012.

PEREIRA, A. K.; OLIVEIRA, M. S.; SAMPAIO, T. da S. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 54, p. 678–696, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/mgNQHB6dZjJNSTXWYDLLVkj/>. Acesso em: 5 mar. 2024.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, p. 302–314, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/302-314/>. Acesso em: 5 mar. 2024.

PINA, R. **Como frigoríficos propagaram o coronavírus em pequenas cidades do país**. [S. l.], 2020. Reportagem. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/2304/1/Pina%20-%202020%20-%20Como%20frigor%C3%ADficos%20propagaram%20o%20coronav%C3%ADrus%20em%20pequ.pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

PNAD. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores. 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

POF. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

PORTO, M. F. de S. Crise das utopias e as quatro justiças: ecologias, epistemologias e emancipação social para reinventar a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, p. 4449–4458, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZGYFP7YLQq8LHc9mBkg7kJL/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2023.

PORTO, M. F. Emancipatory promotion of health: contributions from Brazil in the context of the Global South. **Health Promotion International**, [s. l.], v. 34, n. Supplement\_1, p. i56–i64, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/day086>. Acesso em: 24 fev. 2024.

PORTO, M. F. No meio da crise civilizatória tem uma pandemia: desvelando vulnerabilidades e potencialidades emancipatórias. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 2–10, 2020. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1625>. Acesso em: 11 mar. 2024.

PORTO, M. F. D. S. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 10, p. 3149–3159, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017021003149&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021003149&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 16 out. 2023.

PORTO, M. F. de S.; ROCHA, D. F. da; FINAMORE, R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, p. 4071–4080, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n10/4071-4080/>. Acesso em: 5 mar. 2024.

PRAZERES, L. **Bolsonaro pede a apoiadores que entrem em hospitais para filmar leitos**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/coronavirus/bolsonaro-pede-apoiadores-que-entrem-em-hospitais-para-filmar-leitos-24475348>. Acesso em: 22 out. 2021.

QUEIROZ, M. de; SOUSA, F. G. A. de; PAULA, G. Q. de. Educação e Pandemia: impactos na aprendizagem de alunos em alfabetização. **Ensino em Perspectivas**, [s. l.], v. 2, n. 4, p. 1–9, 2021. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/ensinoemperspectivas/article/view/6057>. Acesso em: 21 nov. 2023.

QUIJANO, A. **Colonialidad del poder, eurocentrismo y américa latina. en: cuestiones y horizontes : de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder**. Buenos Aires: CLACSO, 2014.

QUIJANO, A. Colonialidade do Poder e Classificação Social. *In: EPISTEMOLOGIAS DO SUL/ ORG. BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS, MARIA PAULA MENESES*. Coimbra: Almedina, 2009.

REDE PENSSAN, R. B. de P. em S. e S. A. **VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. Rio de Janeiro: Rede Penssan, 2021. Disponível em: <http://olheparaafome.com.br/>.

REGIS FARO, A. *et al.* Cuando las comunidades hacen sus barreras frente a la pandemia: estrategias de defensa de la vida y de los territorios de las comunidades caiçaras de Trindade y Praia do Sono, Paraty-RJ, Brasil. [s. l.], 2020. Disponível em:

<https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/19259>. Acesso em: 21 mar. 2024.

RENTE, M. A. de M.; MERHY, E. E. LUTO E NÃO-VIOLÊNCIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: PRECARIEDADE, SAÚDE MENTAL E MODOS OUTROS DE VIVER.

**Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 32, p. e020007, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/bL9QtLxWKVL8VysmnnWNNMk/?lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2024.

RIBEIRO-SILVA, R. D. C. *et al.* Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 9, p. 3421–3430, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000903421&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903421&tlng=pt). Acesso em: 25 out. 2023.

RIOS, S. O.; COSTA, J. M. A.; MENDES, V. L. P. S. A fotografia como técnica e objeto de estudo na pesquisa qualitativa. **Discursos Fotográficos**, [s. l.], v. 12, n. 20, p. 98–120, 2016. Disponível em:

<https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/discursosfotograficos/article/view/22542>. Acesso em: 5 mar. 2024.

ROSADO, I. V. M.; FREITAS, G. A. de. As contradições do direito à saúde no capitalismo:: apontamentos da realidade brasileira. **SER Social**, [s. l.], v. 22, n. 47, p. 368–388, 2020.

Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25428](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25428). Acesso em: 21 fev. 2024.

SADER, E. Para outras democracias. *In*: IN: SANTOS, BOAVENTURA DE SOUSA (ORG). **DEMOCRATIZAR A DEMOCRACIA: OS CAMINHOS DA DEMOCRACIA PARTICIPATIVA**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTANA, V. S. *et al.* **Acidente de trabalho devido à intoxicação por agrotóxicos em trabalhadores da agropecuária 2000-2011**. 4. ed. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Centro Colaborador de Vigilância de Acidentes de Trabalho, 2012.

SANTOS, B. de S. **A cruel pedagogia do vírus**. São Paulo: Boitempo, 2020.

SANTOS, H. L. P. C. D. *et al.* A voz da comunidade no enfrentamento da Covid-19: proposições para redução das iniquidades em saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 45, n. 130, p. 763–777, 2021. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042021000300763&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042021000300763&tlng=pt). Acesso em: 10 nov. 2023.

SANTOS, B. de S. Desigualdad, exclusión y globalización: hacia la construcción multicultural de la igualdad y la diferencia. *In*: IN: B. SANTOS. **LA CAÍDA DEL ANGELUS NOVO. ENSAYOS PARA UNA NUEVA TEORÍA SOCIAL Y UNA NUEVA PRÁCTICA POLÍTICA**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, 2003. p. 125–165.

SANTOS, B. de S. **Fim do Império Cognitivo: a afirmação das Epistemologias do Sul**. 1. ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2019.

SANTOS, E. R. Necropolítica, coronavírus e o caso das comunidades quilombolas brasileiras. [s. l.], 2020. Disponível em: <https://zenodo.org/record/3957210>. Acesso em: 5 mar. 2024.

SANTOS, B. de S. **O futuro começa agora: da pandemia à utopia**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

SANTOS, B. de S. Os processos da globalização. *In*: GLOBALIZAÇÃO: FATALIDADE OU UTOPIA? [S. l.]: Afrontamento, 2001. v. 2, p. 31–106.

SANTOS, B. de S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *In*: EPISTEMOLOGIAS DO SUL/ ORG. BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS, MARIA PAULA MENESES. Coimbra: Almedina, 2009a.

SANTOS, B. de S. **Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009b.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único**. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, B. de S. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2007.

SANTOS, B. de S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. *In*: IN: SANTOS, BOAVENTURA DE SOUSA (ORG). DEMOCRATIZAR A DEMOCRACIA: OS CAMINHOS DA DEMOCRACIA PARTICIPATIVA. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. introdução. *In*: EPISTEMOLOGIAS DO SUL / ORG. BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS, MARIA PAULA MENESES. Coimbra: Edições ALMEDINA. SA, 2009.

SCHUBERT, C.; GEDRAT, D. C. Racionalidade comunicativa como meio de promover relações humanizadas no campo da saúde: um olhar segundo Habermas. **ALETHEIA**, [s. l.], v. 49, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3758>. Acesso em: 14 fev. 2024.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana**. 2012. Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SEGATA, J.; MUCCILLO, L.; BECK, L. A COVID-19 E O CAPITALISMO NA CARNE. **Tessituras: Revista de Antropologia e Arqueologia**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 354–373, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/tessituras/article/view/19730>. Acesso em: 5 mar. 2024.

SEMERARO, G. Da sociedade de massa à sociedade civil: a concepção da subjetividade em Gramsci. **Educação & Sociedade**, [s. l.], v. 20, p. 65–83, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/Q4DLfmXKNVDzJKm9GrKGrnj/?lang=pt>. Acesso em: 18 mar.

2024.

SENA, M. C. de *et al.* OS EFEITOS DA PANDEMIA NA EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL. **LexCult: revista eletrônica de direito e humanidades**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 107–119, 2021. Disponível em: <http://revistaauditorium.jfrj.jus.br/index.php/LexCult/article/view/511>. Acesso em: 21 nov. 2023.

SENADO FEDERAL. **Brasil poderia ter sido primeiro do mundo a vacinar, afirma Dimas Covas à CPI**. [S. l.], 2021a. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/05/27/brasil-poderia-ter-sido-primeiro-do-mundo-a-vacinar-afirma-dimas-covas-a-cpi>. Acesso em: 27 out. 2021.

SENADO FEDERAL. **CPI da Pandemia**. [S. l.], 2021b. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/ao-vivo/cpi-da-pandemia>. Acesso em: 27 out. 2021.

SENADO FEDERAL. CPI da Pandemia: principais pontos do relatório. *In*: 2021c. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/20/cpi-da-pandemia-principais-pontos-do-relatorio>. Acesso em: 27 out. 2021.

SENADO FEDERAL. **Pesquisas apontam que 400 mil mortes poderiam ser evitadas; governistas questionam**. [S. l.], 2021d. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/06/24/pesquisas-apontam-que-400-mil-mortes-poderiam-ser-evitadas-governistas-questionam>. Acesso em: 27 out. 2021.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 5, p. 187–192, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8MGqFCjhjvXKQsq37t6q7PK/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 5 mar. 2024.

SEVALHO, G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, p. 611–632, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/bJFLwDGgs5g8XfCf4z4zXxz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2023.

SIEBRA, S. de A.; PINTO, J. da S.; ALBUQUERQUE, P. C. de. A formação de agentes populares: solidariedade ativa no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **Asklepion: Informação em Saúde**, [s. l.], v. 2, p. 6–17, 2022. Disponível em: <https://asklepionrevista.info/asklepion/article/view/64>. Acesso em: 24 out. 2023.

SILVA, J. de F. S. da. **Acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços no sistema único de saúde**. 211 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília -, 2017.

SILVA, L. F. R. da *et al.* Aspectos relevantes sobre o racismo e a injúria racial no esporte: caminhos de desconstrução. **Revista de Estudos Afro-americanos**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 60–69, 2016.

SILVA, R. R. ASSISTÊNCIA SOCIAL NO NEOLIBERALISMO: uma análise no contexto da pandemia da COVID-19. **Revista de Políticas Públicas**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 26, 2021. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/17273>. Acesso em: 21 nov. 2023.

SILVA, C. O. da. EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19: MAPEAMENTO DAS AÇÕES DE MOVIMENTOS POPULARES. **Revista Enfil**, [s. l.], n. 14, p. 94–110, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/enfil/article/view/51508>. Acesso em: 14 fev. 2024.

SILVA, F. C. da *et al.* Social isolation and the speed of covid-19 cases: measures to prevent transmission. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 42, p. e20200238, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/7HqgzsgVYgHHgrP9fPqdyhm/?lang=en>. Acesso em: 26 set. 2023.

SILVA, L. R. C. D. *et al.* Vigilância Popular da Saúde, Ambiente e Trabalho (VPSAT): uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 9, p. 2565–2582, 2023. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232023000902565&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000902565&tlng=pt). Acesso em: 16 out. 2023.

SILVA, F. P. da; BALTAR, P.; LOURENÇO, B. Colonialidade do Saber, Dependência Epistêmica e os Limites do Conceito de Democracia na América Latina. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, [s. l.], v. 12, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/15980>. Acesso em: 12 mar. 2024.

SILVA FILHO, O. J. da; GOMES JÚNIOR, N. N. O amanhã vai à mesa: abastecimento alimentar e COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, p. e00095220, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n5/e00095220/>. Acesso em: 5 mar. 2024.

SILVA, K. L.; MOEBUS, R. L. N.; FERREIRA, V. L. Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado. *In*: AVALIAÇÃO COMPARTILHADA DO CUIDADO EM SAÚDE: SURPREENDENDO O INSTITUÍDO NAS REDES/ORGANIZAÇÃO EMERSON ELIAS MERHY ... [ET. AL.]. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. (Políticas E Cuidados Em Saúde).

SOARES, R. A. S. *et al.* A invisibilidade da população do campo, da floresta e das águas no Brasil: desafio para os sistemas de informações em saúde. *In*: IN: CARNEIRO, F.F., PESSOA, V.M., AND TEIXEIRA, A.C.A. EDS. CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS: PRÁTICAS E SABERES EM SAÚDE. Brasília: Editora UnB, 2017. p. 108–126.

SOARES, K. H. D. *et al.* Medidas de prevenção e controle da covid-19: revisão integrativa | Revista Eletrônica Acervo Saúde. [s. l.], v. 13, n. 2, p. 11, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6071>. Acesso em: 26 set. 2023.

SOARES, M. R. P. *et al.* QUILOMBOS E PANDEMIAS: A LUTA QUILOMBOLA PELA VIDA É HISTÓRICA E CARECE DE NOSSA SOLIDARIEDADE. [s. l.], v. 1, n. 1, p. 63–69, 2021.

SOARES, J. C. R. D. S.; DEPRÁ, A. S. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 311–329, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000100017&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100017&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 19 mar. 2024.

SOLÓN, P. **Alternativas sistêmicas: Bem Viver, decrescimento, comuns, ecofeminismo, direitos da Mãe Terra e desglobalização**. São Paulo: Editora Elefante, 2019a.

SOLÓN, P. Bem Viver. *In*: IN: SOLÓN, PABLO. ALTERNATIVAS SISTÊMICAS: BEM VIVER, DECRESCIMENTO, COMUNS, ECOFEMINISMO, DIREITOS DA MÃE TERRA E DESGLOBALIZAÇÃO. São Paulo: Editora Elefante, 2019b.

SOLÓN, P. Desglobalização. *In*: IN: ALTERNATIVAS SISTÊMICAS: BEM-VIVER, DECRESCIMENTO, COMUNS, ECOFEMINISMO, DIREITOS DA MÃE TERRA, E DESGLOBALIZAÇÃO./ORG.: PABLO SOLÓN. São Paulo: Editora Elefante, 2019c.

SOUZA, B. O. **AQUILOMBAR-SE: Panorama Histórico, Identitário e Político do Movimento Quilombola Brasileiro**. 2008. Dissertação (Mestre em Antropologia Social) - Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SOUZA, V. A. D. **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE EM SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO: FORMAÇÃO PARA O SUS EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS**. 2020. 138 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

SOUZA, N. S. **Torna-se Negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

SOUZA, D. de O.; MENDONÇA, H. P. F. de. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de Marx e Lukács. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 21, p. 543–552, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/pxzHqFpbkQ3ZYYhD4YBsDR/>. Acesso em: 21 fev. 2024.

SOUZA, A. S. A. de; SAWAIA, B. B. A Saúde como Potência de Ação: uma análise do coletivo e de Comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). **Revista Psicologia Política**, [s. l.], v. 16, n. 37, p. 305–320, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7436723>. Acesso em: 23 fev. 2024.

STEVANIM, L. F. Quilombos ameaçados: racismo e abandono do estado afetam comunidades quilombolas na luta contra covid-19. **RADIS: Comunicação e Saúde**, [s. l.], n. 214, p. 23–25, 2020a.

STEVANIM, L. F. Territórios protegidos: comunidades caiçaras se organizam para vencer a Covid-19 e preservar suas tradições. **RADIS: Comunicação e Saúde**, [s. l.], n. 214, p. 26–29, 2020b.

STF, S. T. F. **Fachin dá 15 dias para que União amplie proteção contra Covid-19 a quilombolas fora das comunidades.** [S. l.], 2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=468449&ori=1#:~:text=O%20ministro%20Edson%20Fachin%2C%20do,de%20enfrentamento%20da%20pandemia%20da>. Acesso em: 8 fev. 2024.

TERRA DE DIREITOS, A. de comunicação. **Ministro Fachin determina vacinação imediata de quilombolas residentes ou não nos territórios tradicionais.** [S. l.], 2021. Disponível em: <https://terradedireitos.org.br/noticias/noticias/ministro-fachin-determina-vacinacao-imediata-de-quilombolas-residentes-ou-nao-nos-territorios-tradicionais/23649>. Acesso em: 8 fev. 2024.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 10, p. 61–76, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/3jv43rc8SJK88GpPrZR3q6t/>. Acesso em: 25 mar. 2024.

TOMAR, M. S. **A Entrevista semiestruturada.** 2007. Dissertação (Mestrado em Supervisão Pedagógica) - Universidade Aberta, [s. l.], 2007.

UOL. **Bolsonaro exhibe caixa de cloroquina para emas no Palácio da Alvorada.** [S. l.], 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/07/23/bolsonaro-exibe-caixa-de-cloroquina-para-emas-no-palacio-da-alvorada.htm>. Acesso em: 24 out. 2021.

VALENÇA, M. M. **ECOLOGIA DE SABERES E JUSTIÇA COGNITIVA: O movimento dos trabalhadores rurais sem terra (MST) e a universidade pública brasileira: um caso de tradução?** 2014. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014.

VALLA, V. V. Educação popular e conhecimento: a monitoração civil dos serviços de saúde e educação nas metrópoles brasileiras. In: STOTZ, E. N.; VALLA, V. V. (ORG.). **PARTICIPAÇÃO POPULAR, EDUCAÇÃO E SAÚDE: TEORIA E PRÁTICA.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 103–112.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 15, n. suppl 2, p. S7–S14, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000600002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600002&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 23 out. 2023.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. **Participação popular e saúde.** Petrópolis - RJ: Gráfica Serrana LTDA, 1989. (Coleção Saúde e Educação).

VARGAS, R. S.; OLIVEIRA, J. R. de; FRANCO, F. S. A DISSOCIAÇÃO DO SER HUMANO COM A NATUREZA E O ADVENTO DA PANDEMIA DA COVID-19: A PRÁTICA DA AGRICULTURA BIODINÂMICA NA CONTRAMÃO DO AUMENTO DE ZONÓSES. **Revista Brasileira de Agroecologia**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 14–14, 2020. Disponível em: <https://revista.aba-agroecologia.org.br/rbagroecologia/article/view/23311>. Acesso em: 5 mar. 2024.

VASCONCELLOS, B. M. de. Mulheres rurais, trabalho associado e agroecologia. *In: QUESTÃO AGRÁRIA, COOPERAÇÃO E AGROECOLOGIA./ORG.HENRIQUE NOVAES, ÂNGELO DIOGO MAZIN E LAÍS SANTOS. 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2015. p. 408.*

VERDÉLIO, A. **Bolsonaro sanciona com 11 vetos lei que altera auxílio emergencial.** [S. l.], 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2020-05/bolsonaro-sanciona-com-11-vetos-lei-que-altera-auxilio-emergencial?fbclid=IwAR33JIZ0ICzZbtFXZY3mwoEYqwEBcmZJJV2QmdXbxcX2OV0z2YbRPMXZj7o>. Acesso em: 21 nov. 2023.

VIDAL, T. J. **Assistência ou Advocacy: O papel do associativismo na garantia de direitos da pessoa com câncer no Brasil e em Portugal.** 2021. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

VIEGAS, M. I. de A. Os sabores do sagrado nos saberes da Comunidade Quilombola dos Arturos. **Revista Geografias**, [s. l.], p. 23–34, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/geografias/article/view/15335>. Acesso em: 15 fev. 2024.

VIEIRA, M. D. F.; SILVA, C. M. S. D. A Educação no contexto da pandemia de COVID-19: uma revisão sistemática de literatura. **Revista Brasileira de Informática na Educação**, [s. l.], v. 28, p. 1013–1031, 2020. Disponível em: <https://br-ie.org/pub/index.php/rbie/article/view/v28p1013>. Acesso em: 21 nov. 2023.

VIEITEZ, C. G.; DAL RI, N. M. Elementos da história do trabalho associado. *In: QUESTÃO AGRÁRIA, COOPERAÇÃO E AGROECOLOGIA/ORG. HENRIQUE NOVAES, ÂNGELO DIOGO MAZIN E LAÍS SANTOS. 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2015. p. 408.*

WALLACE, R. G. **Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciências.** São Paulo: Editora Elefante, 2020.

WALLACE, R. G. *et al.* The dawn of Structural One Health: a new science tracking disease emergence along circuits of capital. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 129, p. 68–77, 2015.

WASSMANSDORF, M. L. Feminismos de/pós coloniais sob rasura: as perspectivas de gênero e patriarcado de María Lugones, Rita Segato e Julieta Paredes / De/post colonial feminisms under erasure: the perspectives of genre and patriarchy of María Lugones, Rita Segato and Julieta Paredes. **Captura Críptica: direito, política, atualidade**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 157–173, 2016. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/capturacriptica/article/view/3474>. Acesso em: 5 mar. 2024.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YOKOGAWA, J. C. **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIDA ASSOCIATIVA: ESTUDO SOBRE UMA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE PALHOÇA - SC.** 2017. 150 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

ZANELLA, J. R. C. Zoonoses emergentes e reemergentes e sua importância para saúde e produção animal. **Pesquisa Agropecuária Brasileira**, [s. l.], v. 51, p. 510–519, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pab/a/LjPRt7VpRQdW3cWTY3KZ4Pj/>. Acesso em: 11 mar. 2024.

### **APÊNDICE A- Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada**

1. Você(s) poderia(m) contar um pouco sobre a história e os objetivos da associação?
2. Você(s) poderia(m) contar como foi a chegada da pandemia da comunidade?
3. Você poderia contar como foi a atuação dos serviços de saúde frente à pandemia? A associação conseguiu dialogar com os serviços de saúde?
4. Você(s) tivera(m) acesso a algum auxílio do Estado (financeiro ou outro) durante a pandemia?
5. Como foi atuação da associação durante a pandemia? Quais ações e projetos foram desenvolvidos?
6. Quais foram as ações que você(s) considera(m) que auxiliaram na garantia de saúde da população no enfrentamento da pandemia de covid-19?
7. Qual foi a importância da atuação da associação durante a pandemia?
8. Quais os desafios para atuação da associação durante a pandemia?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - Entrevista

### Informações sobre a pesquisa:

Você está sendo convidado (a) a participar como **voluntário(a)** da pesquisa intitulada, **Lutas e resistências no contexto da covid-19: contribuições do associativismo das populações do campo, da floresta e das águas na garantia de saúde**. A qual está sendo desenvolvida na tese de doutorado da aluna Bruna Lima Selau sob a orientação do Prof. Dr. Douglas Francisco Kovaleski, do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Santa Catarina.

O objetivo desta pesquisa é analisar os benefícios das práticas associativas na saúde das populações do Campo, da Floresta e das Águas frente à pandemia de COVID-19. Caso você deseje participar desta pesquisa, você será solicitado(a) a responder a uma entrevista semiestruturada que consiste em perguntas amplas sobre a atuação da associação no enfrentamento da covid-19 e propõe-se a criar um diálogo entre o entrevistado e o entrevistador. Por isso te convido para participar da entrevista e peço sua permissão para gravá-las (áudio) e transcrevê-las. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e o seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e com o fim deste prazo, será descartado. O tempo estimado de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora e trinta minutos. **Caso não deseje participar, não haverá nenhum prejuízo para você.**

Quanto aos riscos e desconfortos, sua participação pode gerar desconforto pelo tempo exigido e incômodo e constrangimento em relação a exposição de suas opiniões. Caso você venha a sentir algo nesse sentido, comunique à equipe da pesquisa para que sejam tomadas as devidas providências até que sua queixa seja resolvida. O eventual constrangimento dos participantes quando do convite para participar da pesquisa será minimizado pelos esclarecimentos fornecidos previamente pela equipe de pesquisa, conforme TCLE, tendo **a liberdade de recusar a participar da pesquisa em qualquer fase sem qualquer prejuízo.**

Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa será gerar como produto informações acerca da atuação das associações e dos movimentos sociais na saúde das populações do campo, da floresta e das águas, fortalecendo suas lutas e refletindo sobre sua importância em uma sociedade democrática.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão cuidadosamente divulgadas em publicações e eventos de caráter científico e acadêmicos, visando assegurar a confidencialidade e a privacidade e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

**Nada lhe será pago ou cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária.** Fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

### Contatos dos pesquisadores:

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a). poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pelo estudo: Prof. Dr. Douglas Francisco Kovaleski, que pode ser localizado no Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, sala 103 (das 14hrs às 17hrs) ou através do e-mail: douglas.kovaleski@gmail.com ou contato telefônico: (48) 9699-0496. Ou com a pesquisadora assistente Bruna Lima Selau no endereço Estrada Cristóvão Machado de Campos, 5460,

Vargem Grande, Florianópolis ou pelo telefone: (51) 996318576 ou ainda via e-mail pelo: blselau@gmail.com.

Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique e assine as páginas ao final deste documento que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador. Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

Em caso de dúvidas sobre a ética desta pesquisa ou denúncias de abuso, procure o CEP, que fica no Prédio Reitoria II R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400 Contato: (48) 3721-6094 [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br)

O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

### **Consentimento pós-informação**

Declaro, ainda, ter recebido uma cópia desse Termo tendo assim a possibilidade de lê-lo quantas vezes for necessário.

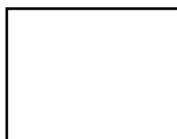
Eu, \_\_\_\_\_ portador da identidade (RG) \_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “**Lutas e resistências no contexto da covid-19: contribuições do associativismo das populações do campo, da floresta e das águas na garantia de saúde.**” e concordo em participar da realização desta pesquisa.

Florianópolis, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador:

Espaço para impressão digital  
(a depender da população participante)



## APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a utilização da minha imagem, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “**Lutas e resistências no contexto da covid-19: contribuições do associativismo das populações do campo, da floresta e das águas na garantia de saúde.**”. A qual está sendo desenvolvida na tese de doutorado da aluna Bruna Lima Selau sob a orientação do Prof. Dr. Douglas Francisco Kovaleski, do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Santa Catarina.

Minha imagem será utilizada apenas na escrita e nos artigos provenientes da tese e na apresentação da mesma, em atividades educacionais, em publicações e divulgações acadêmicas e em apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

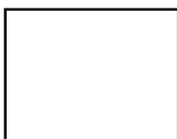
Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma foi entregue a mim e outra ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_

RG.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Espaço para impressão digital  
(a depender da população participante)

## APÊNDICE D -TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Em referência a pesquisa intitulada **“Lutas e resistências no contexto da covid-19: contribuições do associativismo das populações do campo, da floresta e das águas na garantia de saúde.”**, eu, Bruna Lima Selau, e meu orientador, Prof. Dr. Douglas Francisco Kovaleski, comprometemo-nos em prover procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade bem como a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades e associações, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros. Garantimos ainda que o acesso aos dados da pesquisa será utilizado apenas para o projeto ao qual está vinculado, durante e após o término do estudo, usando apenas para divulgação os dados inerentes ao desenvolvimento da pesquisa e previamente autorizados pelos participantes através da assinatura do TCLE e do Termo de Autorização de Uso de Imagem.

Florianópolis, Santa Catarina, 16 de novembro de 2021.

Assinatura de todos os membros da pesquisa:

---

Bruna Lima Selau

---

Douglas Francisco Kovaleski

## APÊNDICE E - ARTIGO 1

### **Pandemia, emancipação e saúde: organização popular na luta pela garantia de saúde das populações do campo, floresta e água**

**Resumo:** As populações do campo, da floresta e das águas apresentam uma diversidade de organizações sociais e associativas, cada uma com suas linguagens, modos de vida e seus saberes. No contexto da covid-19, foram construídas por essas organizações diversas ações de saúde visando proteger suas comunidades e povos do vírus. **Objetivo:** Mapear as iniciativas de proteção ao vírus da covid-19 realizadas pelas associações/movimentos sociais do Campo, da Floresta e das Águas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caráter qualitativo com a realização de 15 entrevistas. Participaram da pesquisa o Movimento Sem Terra (MST) e três associações quilombolas contemplando três regiões do Brasil, sendo elas Sul, Sudeste e Nordeste. **Resultados:** Foram mapeadas ações de vigilância popular em saúde, educação popular em saúde, segurança alimentar e nutricional, agroecologia, solidariedade, práticas tradicionais e populares de cuidado em saúde e práticas para saúde mental. **Conclusão:** as iniciativas mapeadas foram importantes para a defesa da vida e na proteção contra a disseminação do vírus da covid-19 tanto para as PCFA como para a população dos grandes centros urbanos. Além disso, as iniciativas foram construídas em uma perspectiva emancipatória de saúde, apostando na formação política e tendo como horizonte estratégico a emancipação humana e a preservação ambiental.

**Palavras-chave:** Associativismo; Populações do campo, da floresta e das águas; covid-19.

**Summary:** Rural, forest, and water populations exhibit a diversity of social and associative organizations, each with its own languages, ways of life, and knowledge. In the context of COVID-19, these organizations have developed various health actions aimed at protecting their communities and peoples from the virus. **Objective:** This work aims to map initiatives for protecting against the COVID-19 virus carried out by associations/social movements of the Countryside, Forest, and Waters. **Methodology:** It is a qualitative study involving 15 interviews. The Landless Workers' Movement (MST) and three quilombola associations from three regions of Brazil, namely South, Southeast, and Northeast, participated in the research. **Results:** Actions mapped include popular health surveillance, popular health education, food and nutritional security, agroecology, solidarity, traditional and popular health care practices, and mental health practices. **Conclusion:** The mapped initiatives were important for defending life and protecting against the spread of the COVID-19 virus for both CFWA and the population of large urban centers. Additionally, the initiatives were built on an emancipatory health perspective, focusing on political education and having as a strategic horizon human emancipation and environmental preservation.

**Keywords:** Associativism; Rural, Forest, and Water Populations; COVID-19.

**Resumen:** Las poblaciones rurales, forestales y acuáticas presentan una diversidad de organizaciones sociales y asociativas, cada una con sus propios idiomas, formas de vida y conocimientos. En el contexto de la COVID-19, estas organizaciones han desarrollado diversas acciones de salud destinadas a proteger a sus comunidades y pueblos del virus. **Objetivo:** Este

trabajo tiene como objetivo mapear las iniciativas para protegerse del virus COVID-19 realizadas por asociaciones/movimientos sociales del Campo, la Floresta y las Aguas. **Metodología:** Se trata de un estudio cualitativo que involucra 15 entrevistas. Participaron en la investigación el Movimiento de Trabajadores Rurales Sin Tierra (MST) y tres asociaciones quilombolas de tres regiones de Brasil, a saber, Sur, Sudeste y Noreste. **Resultados:** Se mapearon acciones de vigilancia popular en salud, educación popular en salud, seguridad alimentaria y nutricional, agroecología, solidaridad, prácticas tradicionales y populares de cuidado en salud y prácticas de salud mental. **Conclusión:** Las iniciativas mapeadas fueron importantes para defender la vida y proteger contra la propagación del virus COVID-19 tanto para las CFA como para la población de los grandes centros urbanos. Además, las iniciativas se construyeron desde una perspectiva de salud emancipatoria, centrándose en la educación política y teniendo como horizonte estratégico la emancipación humana y la preservación ambiental.

**Palabras clave:** Asociativismo; Poblaciones del campo, del bosque y del agua; covid-19.

## Introdução

A covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), surgiu em Wuhan, na China, no final de 2019, e já no início de 2020 avançou para outros países da Europa, Ásia, Oriente Médio. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Relevância Internacional (ESPII) no dia 30 de janeiro e em 11 de março foi declarada a pandemia do coronavírus pela OMS. Apesar de ser um problema de saúde, a covid-19 se configurou como uma crise de saúde causada e aprofundada pela crise civilizatória mais ampla que envolve as múltiplas dimensões social, econômica, democrática, ambiental e sanitária (Porto, 2020; Santos, 2021).

No Brasil, os povos mais afetados pela covid-19 foram a população negra e indígena devido às condições de vulnerabilidade histórica, biológica e socioespacial. Ademais, em meio ao contexto sanitário da pandemia, os povos originários, as comunidades tradicionais e os(as) camponeses(as) ainda têm enfrentado invasões aos seus territórios pelo garimpo, pela mineração e pelo agronegócio (Fialho; Monfort, 2020).

Dessa forma, esses grupos vulnerabilizados tornam-se mais suscetíveis aos impactos da pandemia. Nesse sentido, as populações do campo, da floresta e das águas (PCFA) são consideradas populações em maior risco e/ou vulnerabilidade devido a dificuldades de acesso aos serviços de saúde em todos os seus níveis, aos altos índices de pobreza e analfabetismo e dificuldades de acesso à educação, transporte público, comunicação e saneamento (Floss *et al.*, 2020; Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018). Conforme a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2013):

As populações do campo e da floresta são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Estão ainda as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras (Brasil, 2013, p. 8).

Em relação a pandemia de covid-19, as iniquidades em saúde existentes nas PCFA ficaram ainda mais visíveis. Entre as dificuldades enfrentadas por essas populações durante a pandemia estão: o perfil sanitário-epidemiológico desfavorável das PCFA que aumenta o risco de morte por covid-19; dificuldade de fixação de profissionais de saúde, principalmente médicos, o que foi agravado pelos afastamentos por covid-19; o isolamento geográfico de algumas comunidades também gerou uma maior escassez de recursos humanos, de centros de tratamento intensivo em áreas rurais e remotas, e dificuldades de remoção precoce de pacientes graves; além das peculiaridades dessas populações como núcleo familiar ampliado, forma das habitações e vida comunitária que facilitam a disseminação da covid-19 (Floss *et al.*, 2020).

Contudo, a participação popular tem auxiliado na garantia de proteção à saúde dessas populações, tanto na articulação com as instituições de saúde como na luta pela garantia dos direitos desses povos. Muitas organizações da sociedade civil pertencentes às PCFA ou articuladas com essas populações, atuaram em ações de solidariedade, arrecadações e doações de alimentos e cestas básicas, distribuição de materiais de higiene, organização de cooperativas, barreiras sanitárias populares, observatórios, vigilância popular em saúde e educação popular em saúde (Carneiro; Pessoa, 2020; Fialho; Monfort, 2020; Marinho; Silva; Rodrigues, 2020; Mondardo, 2020; Stevanim, 2020).

Neste contexto, observa-se as potencialidades do associativismo como uma alternativa ao avanço neoliberal tendo em vista seu papel importante na construção de novos caminhos e outros mundos que questionem as relações de poder capitalista, colonial e patriarcal (Carneiro *et al.*, 2017; Junior *et al.*, 2015; Lüchmann, 2014; Santos, 2020). O associativismo geralmente é composto por parcelas da sociedade que têm um difícil acesso aos direitos e possuem suas vozes invisibilizadas, mas que, coletivamente, ganham força para questionar as normas e a lógica hegemônica; elaborar novas alternativas e soluções coletivamente; garantir direitos e construir relações com trocas solidárias e horizontais; recuperando dessa maneira as práticas democráticas (Gohn, 2015; Junior *et al.*, 2015; Lüchmann, 2014).

As PCFA apresentam uma diversidade de organizações sociais e associativas, cada uma com suas linguagens, modos de vida e seus saberes, mas que também possuem uma grande articulação entre si, na busca pelo fortalecimento de suas lutas. No contexto da covid-19, foram construídas diversas ações de saúde emancipatórias por essas organizações. Por isso, esse trabalho tem como objetivo analisar as práticas associativas de saúde das populações do Campo, da Floresta e das Águas frente à pandemia de covid-19.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo fruto de uma tese de doutorado. A pesquisa foi realizada presencialmente e teve parada em todos os locais, onde foi possível conhecer de perto as comunidades, assentamentos e acampamentos. Para selecionar os locais, inicialmente foi realizado um mapeamento das organizações da sociedade civil que realizaram ações de enfrentamento à covid-19 vinculadas às PCFA. A partir do mapeamento foram selecionadas as organizações-chave da sociedade civil com representatividade nacional e que fazem parte das PCFA. Foram contatadas lideranças dessas organizações para compreender suas atuações a nível nacional e solicitar indicações de associações locais que atuaram e realizaram ações frente à pandemia de covid-19. Foram selecionados o Movimento Sem Terra (MST) e três associações quilombolas (Quadro 1).

A coleta de dados itinerante durou ao total seis meses (dezembro de 2021 até maio de 2022) e em média a estadia em cada local variou de dois a cinco dias. Foram realizadas entrevistas e observação participante como técnica para coleta de dados. Os sujeitos participantes da pesquisa são apresentados no quadro 1 onde está descrito a nomenclatura que será utilizada para cada entrevistada(o), os locais de atuação, posição que ocupa na associação/movimento social e a associação/movimento que pertence a(o) entrevistada(o).

Quadro 1 - Descrição dos(as) entrevistados(as) por associação

	<b>Local</b>	<b>Posição das(os) entrevistados na associação</b>	<b>Associação/Movimento Social</b>
<b>M1</b>	Serra Talhada (PE)	Liderança Local de Saúde	Assentamento João Teixeira - MST
<b>M2</b>	Serra Talhada (PE)	Liderança Local de Saúde	Assentamento Virgulino Ferreira - MST
<b>M3</b>	Pernambuco	Liderança Estadual de Saúde	MST
<b>M4</b>	Recife (PE)	Liderança Estadual de Saúde	MST

<b>M5</b>	Recife (PE)	Professora e Pesquisadora	FIOCRUZ
<b>M6</b>	Recife (PE)	Liderança Estadual	MST
<b>M7</b>	Moreno (PE)	Liderança Local	Assentamento Che Guevara - MST
<b>M8</b>	Recife (PE)	Liderança Local	Brigada Solidária Ibura - MST
<b>M9</b>	Valinhos (SP)	Lideranças Locais (entrevista em grupo)	Acampamento Marielle Vive - MST
<b>M10</b>	São Paulo (SP)	Liderança Nacional da Saúde	MST
<b>M11</b>	Florestópolis (PR)	Liderança Local de Saúde	Acampamento Zilda Arns - MST
<b>Q1</b>	Garanhuns (PE)	Presidenta da Associação	Associação Quilombola de Caluete
<b>Q2</b>	Caruaru (PE)	Liderança Comunitária de Saúde	Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde
<b>Q3</b>	Contagem (MG)	Liderança Comunitária de Saúde	Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos
<b>R1</b>	Caruaru (PE)	Residente (RMSFC)	Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE)

Fonte: elaborado pelos autores

Como observado no quadro acima, foram visitadas associações de três regiões do Brasil, sendo elas Sul, Sudeste e Nordeste. Foram realizadas 15 entrevistas, sendo 13 individuais, 1 com duas pessoas - em Serra Verde (PE) com uma residente e uma líder comunitária) - e 1 em grupo que ocorreu no Acampamento Marielle Vive (SP) com as diversas lideranças locais que estavam presentes. As entrevistas ocorrem de acordo com a disponibilidade e organização local, por isso, algumas entrevistas tiveram mais de uma pessoa.

A análise de dados foi realizada a partir da análise temática, utilizando informações adquiridas nos múltiplos casos analisados, resultante das entrevistas semiestruturadas e diário de campo. A análise temática envolve três etapas: pré-análise que é a exploração do material por meio de leitura flutuante, interpretação, formulação e reformulação de hipóteses; a criação de categorias; e tratamento dos resultados obtidos, análises e inferências de acordo com o referencial teórico (Minayo, 2010). As categorias foram definidas a partir do mapeamento e descrição das iniciativas e ação de saúde durante o período da covid-19.

, esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética com parecer 5.235.649 (CAAE: 54349221.6.0000.012), a participação foi voluntária e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

## Resultados e discussão

As ações foram agrupadas em: ações de vigilância popular em saúde, ações de educação popular em saúde, ações de segurança alimentar e nutricional, ações de agroecologia, ações de solidariedade, práticas tradicionais e populares de cuidado em saúde e práticas para saúde mental. No quadro abaixo está compilado as iniciativas levantadas e onde foram realizadas.

Quadro 2 - Iniciativas para garantia de saúde realizadas pelas associações/movimento social participantes da pesquisa

	Vigilância popular em saúde	Educação Popular em Saúde	Segurança alimentar e nutricional	Agroecologia	Solidariedade	Práticas tradicionais e populares	Saúde Mental
<b>M1</b>	X	X	X		X	X	
<b>M2</b>	X	X	X		X		
<b>M3</b>	X	X	X		X	X	
<b>M4</b>	X	X	X	X	X		
<b>M5</b>	X	X	X	X	X		X
<b>M6</b>	X	X	X	X	X		X
<b>M7</b>	X	X	X	X	X		X
<b>M8</b>	X	X	X		X	X	X
<b>M9</b>	X	X	X	X	X	X	X
<b>M10</b>	X	X	X	X	X	X	X
<b>M11</b>	X	X	X	X	X	X	X
<b>Q1</b>	X	X	X				X
<b>Q2/R1</b>	X	X	X				
<b>Q3</b>	X	X	X		X	X	X

Fonte: elaborado pelos autores

Pode-se observar que as ações vigilância popular em saúde e de educação popular em saúde ocorreram em todos os locais visitados, demonstrando a importância dessas ações para a prevenção e cuidado em saúde durante a pandemia de covid-19. Já as ações com menor frequência foram de a agroecologia e as práticas tradicionais e populares de cuidado em saúde, demonstrando não ter sido aplicada em todos os contextos.

## Iniciativas de Vigilância Popular da Saúde

A Vigilância Popular em Saúde ainda não é um conceito teórico bem definido, mas nasce “como uma necessidade social que emerge da crítica aos modelos formais de Vigilância em Saúde” (Arjona, 2017, p. 4). A vigilância popular em saúde parte do protagonismo dos movimentos sociais e das organizações da sociedade civil nas iniciativas de vigilância em saúde. Esse conceito vem se estruturando na literatura a partir de iniciativas da sociedade civil, em especial, das PCFA na luta contra vulnerabilidades socioambientais enfrentadas diariamente, como mineração ou utilização de agrotóxicos, que atingem diretamente a saúde dessa população. De acordo com Alves (2013, p.186):

Vigilância Popular da Saúde consiste em olhar e intervir junto ao Estado vulnerabilizador, promovendo ações relacionais dialógicas que provoquem momentos cuja intenção é ter um potencial libertador da opressão ideológica da civilização do capital.

Nesse sentido, a vigilância popular em saúde compreende uma vigilância de base comunitária, democrática e participativa com potencial emancipatório para o enfrentamento das iniquidades em saúde. Essa perspectiva busca descolonizar a saúde e as práticas de vigilância em saúde através de diálogos horizontais entre a ciências e os movimentos sociais, entre o SUS e as comunidades. É a partir dos contextos de lutas sociais com os radicalmente excluídos do Sul Global que a emergência de saberes e práticas emancipatórias surgem.

Conforme os dados dessa pesquisa, uma das principais formas de atuação dos movimentos sociais e associações foi através de iniciativas de vigilância popular em saúde (Quadro 3). Esses resultados corroboram com diversos outros estudos que demonstram que essas foram estratégias muito utilizadas por diversas organizações da sociedade civil vinculadas às PCFA (Carneiro; Pessoa, 2020; Chaves, 2021; Latgé; Araújo; Júnior, 2020; Martins Chaves; Rodrigues Da Silva; Luderitz Hoefel, 2023; Meneses *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023)

Quadro 3 - Ações de Vigilância Popular em Saúde

	Barreiras sanitárias	Uso de máscara, higienização e distanciamento	Isolamento Social	Boletim Epidemiológico	Doação/Confecção de máscaras, álcool e outros	Ações de controle da vacinação
<b>M1</b>		X	X	X		X
<b>M2</b>		X	X		X	X
<b>M3</b>	X	X	X	X		

<b>M4</b>		X	X		X	X
<b>M5</b>	X	X	X	X	X	
<b>M6</b>		X	X		X	
<b>M7</b>		X	X			X
<b>M8</b>		X	X			X
<b>M9</b>	X	X	X	X	X	X
<b>M10</b>	X	X	X	X	X	
<b>M11</b>	X	X	X			X
<b>Q1</b>		X	X		X	X
<b>Q2/R1</b>		X	X			X
<b>Q3</b>	X	X	X	X	X	X

Fonte: elaborado pelos autores

É possível observar que as iniciativas de uso de máscara, higienização e distanciamento e o isolamento social foram as mais realizadas. Já as barreiras sanitárias, boletim epidemiológico, doação/confecção de máscaras, álcool e outros e ações de controle da vacinação ocorreram apenas em alguns territórios, dependendo da organização e disponibilidade local.

As barreiras sanitárias contaram com ações de: fechamento dos assentamentos, acampamentos, impedindo que pessoas que não residissem nos locais entrassem; organização de grupos que coordenavam a entrada e saída nos assentamentos e acampamentos realizando ação de educação em saúde e cobrando a utilização de máscara, higienização das mãos e distanciamento; e utilização de cartazes e faixas com informações e alertas sobre a covid-19.

[...] quando nós fechamos, quando viu que o negócio pegou mesmo, a gente fechou o acampamento. Para ir na cidade era só extrema urgência, pra ir no mercado comprar alguma coisa ou pra ir pro hospital (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST-PR – M11).

O controle do uso de máscara, higienização e distanciamento foi uma das medidas mais adotadas de vigilância popular em saúde. Essas iniciativas ocorreram em conjunto com ações de educação popular em saúde, tendo em vista que primeiramente era necessário que chegasse esse conhecimento e essas orientações nas comunidades, formando a própria comunidade para ser um agente de controle e de educação. Dessa forma, a própria população cuidava para que as outras pessoas da comunidade respeitassem as medidas de proteção ao vírus, utilizando máscara, não realizando aglomerações e festas, e assim foi ocorrendo um cuidado coletivo

dentro dos territórios com objetivo de preservar a vida. Em outros locais, também tinham comitês ou pessoas responsáveis por realizar esse controle e cobrança da população.

[...] Aqui, assim, a gente sempre procura **motivar esse cuidado mútuo, cuidando do outro**. Como por exemplo, a pandemia nós, a gente criou uma rede de proteção mesmo. Eu lembro até que todos nós, se saísse sem máscara no acampamento, a gente era lembrada que precisava usar máscara. Então esse cuidado a gente, essa desatenção, não passou. E se a pessoa saísse mesmo também fora do acampamento, nós colocamos água, sabão e álcool gel, tudo na portaria para o pessoal entrava no acampamento, ela passava na portaria, ela tinha como higienizar as mãos, só entrava de máscara, não podia entrar sem máscara (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

O isolamento social foi uma medida adotada em todo Brasil para os casos ativos de covid-19 com intuito de não contaminar outras pessoas e também para as pessoas não contaminadas como uma medida para evitar a contaminação, sendo essa uma medida de prevenção (Lui *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021; Soares *et al.*, 2021). Nesse sentido, o isolamento social foi utilizado como medida de prevenção ao vírus pelas associações quilombolas e pelo MST, tanto em casos ativos que eram notificados para iniciar o isolamento, como também de maneira a prevenir o contágio, evitando aglomerações dentro dos territórios.

[...] foi muito importante, porque senão nós tinha perdido muita gente. Se nós não tivesse vestido a camisa do fique em casa, se cuida, usa máscara, usa álcool gel, teve problema fica de quarentena. Se nós não tivesse dado atenção para isso aí, nós tinha perdido muita gente. Porque foi muita gente que pegou. E se nós não tivesse entrado com os cuidado ali, de cuidar mesmo. Tinha morrido bastante gente. E cuidamos um do outro. Isso foi o mais interessante e o mais importante. Nós nos cuidamos... (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST-PR – M11).

O boletim epidemiológico foi uma iniciativa muito utilizada pelos movimentos sociais, tendo em vista que o governo não tinha dados específicos sobre a realidade das PCFA. Nesse sentido, associações como a APIB e a CONAQ lançaram boletins epidemiológicos com número dos óbitos por covid-19 em suas comunidades. Dessa forma, muitas associações iniciaram um controle dos seus territórios lançando boletins para suas comunidades com informações sobre os números de casos ativos e óbitos. O MST também organizou boletins dentro do movimento controlando assim como estava a situação do contágio dentro dos seus territórios.

[...] a gente enviava no Instagram todas as vezes que alguém positivo ou que falecia alguém, a gente postava o boletim da comunidade, quando as pessoas que residiam aqui dentro (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3).

A doação e confecção de máscaras não foi uma medida de vigilância em saúde em si, mas foi uma medida que proporcionou a realização da vigilância popular em saúde em muitos locais. A doação, arrecadação e confecção das máscaras e álcool gel possibilitou que muitos locais conseguissem garantir as condições necessárias para que a população pudesse realizar as ações de proteção e prevenção ao vírus da covid-19, demonstrando a importância da organização social, buscando costureiras das comunidades para confeccionar as máscaras, como também da solidariedade como valor essencial para garantir a sobrevivência da população mais vulnerada e esquecida pelo estado.

Daí foi feito, a gente fez, mandou fazer máscaras de tecido, com ajuda dos voluntários, no caso a minha mãe é costureira, ela fez, a gente conseguiu tecido, ela costurou as máscaras, a gente distribuiu no assentamento. Veio também álcool para distribuição para as pessoas, os assentados, foi feita essa distribuição, além da conscientização de como se higienizar (Liderança Local de Saúde do Assentamento Virgulino Ferreira MST/PE - M2).

[...] então a gente começou uma rede de costureira logo no início, antes da Organização Mundial de Saúde e do Brasil adotar a história da máscara, a gente já encarou isso como um protocolo porque é isso conhecimento né. A gente tinha acesso a esse conhecimento por várias vertentes, mas a gente tinha que adotar uma, então a gente olhar essa aqui ó. Isso aqui faz mais sentido... (Liderança Estadual da Saúde MST/PE - M4).

As ações de controle da vacinação contaram com levantamento das pessoas vacinadas na comunidade, regras nos assentamentos e acampamento para entrada de visitas, regras para realização de eventos nas comunidades, além de ações de educação trazendo informações sobre a vacinação e desmentindo as notícias falsas que circularam no Brasil. Ademais, as associações quilombolas e alguns assentamentos/acampamentos do MST fizeram articulação com o SUS para que a APS realizasse a vacinação nos territórios.

Na vacinação mesmo agora, foi interessante, porque nós nos organizamos, corremos atrás. Porque assim, tem gente que não tem como ir, aí a gente pensou, é muito mais fácil você marcar um dia. Vocês agendam, vocês se organizam, e vocês descem com as vacinas e vacina nosso povo. E deu certo. Eles estão indo vacinar lá dentro. Fizemos todas as campanhas. Quando lançam, que nem agora eu já vi a vacinação dos acima de 40 e então já falamos: "óh nós temos uma turminha aqui que precisa da vacina." Então eles já se organizam, eles agendam com a gente, a gente agenda com a comunidade. Eles vão e fazem (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST-PR – M11).

A gente lá na saúde fizemos os levantamentos por NB (núcleo de base), juntamente com os coordenadores e representantes de setor de saúde de cada NB. Nós fizemos um levantamento, de quantas pessoas que tinham tomado a primeira dose, quantos faltavam tomar e fizemos algumas restrições. Chamamos, explicamos, detalhamos à importância e fizemos um

levantamento. Então, hoje nós temos o registro de todo o acampado. Quem tomou da primeira a terceira dose. E um dos critérios para que voltasse a ter a visitação de familiares no acampamento, seria a apresentação do comprovante da vacinação contra a covid de quem está vindo e também quanto a quem mora aqui (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9).

É importante ressaltar que essas ações não visavam o “controle” das pessoas, mas apostaram na educação popular de saúde para conscientização da população sobre a importância desse cuidado para saúde de todos, tornado esse um acordo social dentro do território. O controle e a cobrança ocorriam dentro das comunidades, assentamento e acampamento, como forma de preservar a vida de uma população vulnerada pela sociedade e sempre na busca dessa conscientização pelo coletivo.

Essa é uma perspectiva importante tendo em vista que a proposta nasceu da própria organização popular que visava o controle da disseminação do vírus da covid-19 através conscientização do povo, da necessidade do cuidado em saúde e da organização social para sobreviver à pandemia. Nesse sentido, nas iniciativas de vigilância popular em saúde o foco estava na educação e na transformação da realidade local e não na culpabilização pessoal ou na doença.

É importante ressaltar que em alguns locais visitados essas ações ocorreram em conjunto com profissionais de saúde tanto profissionais que pertencem às comunidades, como voluntários ou profissionais da APS. As ações foram fruto da organização da sociedade civil e tinham como princípio a articulação com SUS e a cobrança do estado para a garantia do direito à saúde, reafirmando a responsabilidade do estado na garantia desse direito. De acordo com Carneiro e Pessoa (2020, p.5):

A vigilância popular da saúde não visa substituir o papel do Estado, mas ser a expressão da necessidade de uma maior participação da comunidade na vigilância, como está destacado na Política Nacional de Vigilância da Saúde (Brasil, 2018). Todavia, na atual conjuntura, em função de contextos políticos que estão invisibilizando o impacto da Covid-19 em grupos vulneráveis específicos, como indígenas, quilombolas, pescadores(as) ou moradores(as) de favelas, essa vigilância também pode emergir como um processo participativo de alerta e de chamado para a ação relacionado à garantia do direito à saúde e à defesa da vida.

Nesse contexto, as ações de vigilância popular em saúde foram importantes na defesa da vida e na proteção das comunidades da covid-19, principalmente, nesse período de emergência sanitária. As iniciativas de vigilância popular em saúde utilizaram métodos amplamente difundidos na ciência - como barreiras comunitárias, medidas de higienização e distanciamento social, boletins dos casos da covid-19 - mas colocaram em prática a partir da

organização popular utilizando dos saberes e práticas do seu cotidiano para que essas ações fizessem sentido para sua população, seu modo de vida e sua sobrevivência.

As ações de vigilância popular em saúde na pandemia de covid-19 foram o início de uma organização popular voltada para a saúde, mas que futuramente, no pós-pandemia, está já organizada para seguir lutando coletivamente pelo direito à saúde, podendo ser implementada para lutar contra a utilização dos agrotóxicos, mineração e outros problemas de saúde existentes nos seus territórios. É nesse sentido que as ações realizadas na pandemia pelas associações quilombolas e pelo MST não são apenas ações de vigilância em saúde, mas são ações populares e emancipatórias construídas pelo povo e para o povo.

### **Iniciativas de Educação Popular em Saúde**

A Educação Popular em Saúde (EPS) busca educar para a saúde de forma a incentivar a população a compreender as causas e a determinação social das doenças e a se organizar para superá-las, induzindo à reflexão coletiva a respeito das condições e modos de vida que podem afetar a produção da saúde e a qualidade de vida (David; Nespoli; Lemões, 2020; Gomes; Merhy, 2011).

As práticas de EPS estão fundamentadas nos valores e princípios do pensamento de educadores como Paulo Freire, Carlos Brandão, Victor Vincent Valla, entre outros. Dessa forma, a educação popular se baseia no diálogo entre os saberes científicos e populares de maneira horizontal, a partir do reconhecimento de grupos e pessoas como sujeitos detentores de um saber importante, válido e essencial para construção de uma sociedade democrática e para promover a saúde da população (David; Nespoli; Lemões, 2020).

Nesse sentido, as ações de EPS mapeadas nessa pesquisa partiram da organização popular no combate ao coronavírus, reorganizando suas lutas para a garantia de saúde do seu povo e da população. Essas iniciativas foram construídas a partir do diálogo entre profissionais de saúde do SUS e da própria comunidade, pesquisadores(as) de universidade e fundações de pesquisa, e pela própria população local.

As iniciativas de EPS tiveram como base o conhecimento científico, mas também utilizaram do conhecimento da própria organização popular para colocar em prática as medidas de prevenção ao vírus pactuadas pela ciência. Isso porque as medidas de prevenção ao vírus amplamente incentivadas pela comunidade científica não faziam sentido ou não eram possíveis

de serem realizadas em todos os locais, por falta de infraestrutura ou de garantia de direitos sociais básicos para sobrevivência.

As medidas de prevenção e combate ao vírus, ao desconsiderar as condições sociais e ambientais, acabaram culpabilizando as classes populares por não conseguirem colocar em prática determinados hábitos. De acordo com Morel (2021, p.8), “[...] por considerar o combate ao vírus uma questão de hábito individual, essa estratégia termina por afastar aqueles que não têm condições de praticar todos os cuidados”.

Nesse contexto, as iniciativas de EPS mapeadas buscaram levar informações sobre o vírus e as medidas sanitárias necessárias para prevenção do contágio e problematizar com a população sobre as necessidades das comunidades/territórios para que as medidas sanitárias fossem colocadas em prática pela população. Dessa forma, as ações de EPS buscaram a participação popular e a adaptação dos protocolos e medidas de prevenção de acordo com a realidade de cada local.

[...] aí quando a gente se coloca a ter que pensar os métodos de cuidado, principalmente através das orientações para o nosso povo, para nosso povo conseguir saber se cuidar, né? Nesse processo todo da pandemia, e como era tudo muito confuso para todo mundo, porque não tinha os protocolos, ia se criando de acordo com o que ia surgindo, né? Então a gente ia adaptando para a nossa realidade e ia construindo os métodos de acordo com que fosse ajudar a nossa população, o nosso os assentados e assentada, né? E a saúde teve esse papel de buscar esses protocolos, que foi lançado principalmente pelo Ministério da Saúde, pela vigilância, enfim. E aí a gente ia, de certa forma, adaptando a nossa realidade e trabalhando com o nosso povo. (Liderança Nacional de Saúde MST – M10).

As iniciativas de EPS também utilizaram da organização social e política para colocar em prática as medidas de prevenção ao vírus. Por exemplo, o MST utilizou da sua organicidade para que as informações sobre como se proteger do vírus chegassem em todos os acampamentos e assentamentos, e, a partir dessas informações, cada localidade pudesse se organizar de acordo com sua realidade.

[...] a nossa organicidade interna ajudou muito. Porque a gente tem hoje a nossa base, que é o nosso patrimônio, que está lá, mas a gente tem uma direção coletiva que coordena o assentamento, os acampamentos e coordena a brigada que coordena a regional que coordena no Estado e no Nacional. Então a gente conseguia ter esse elo de comunicação da gente poder pegar as informações das nacionais e fazer chegar no nosso acampamento, assentamento (Liderança Nacional de Saúde MST – M10).

Outra questão importante foi com relação às informações falsas e ao negacionismo difundido no período de pandemia (Morel, 2021). As ações de EPS foram essenciais para que

essas informações não fossem difundidas nos territórios, tendo em vista que, para a população vulnerada que precisava trabalhar e se expor ao vírus, as informações negacionistas eram uma forma de esperança, depositadas em um suposto remédio milagroso ou negando o perigo da doença. Sem uma luta coletiva era impossível mudar a realidade, por isso, se apoiar em notícias falsas em um momento de crise podia ser um alento para a população que não tem direito a se proteger do vírus. Nesse sentido, a perspectiva coletiva da EPS foi essencial para evitar o negacionismo nos territórios visitados.

[...] e daí você fala dentro do acampamento, e o cara vai e fala na televisão pode tudo isso, não precisa usar álcool gel, não precisa fazer distanciamento social, pode se aglomerar, isso é muito.... foi difícil. A gente teve que lutar contra tudo isso... a gente teve todo esse trabalho para mostrar a importância da vida, que o mais importante era a vida, e por isso seguir as orientações (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns MST-PR – M11).

[...] eu acho que foi importante porque eu acho que primeiro salvou muitas vidas, não tenho a menor dúvida que a educação em saúde frente a tantas fake News, se tivesse sido prioritária nesse governo né, a gente teria salvado muitas vidas né, desse negacionismo. Então a gente foi uma barreira de contenção a esse negacionismo (Liderança Estadual de Saúde MST/PE – M4).

Para além da pandemia, as iniciativas de EPS visavam a organização popular e continuidade da luta pós-pandemia pelos direitos sociais intrínsecos ao direito a saúde. A EPS foi importante para que o povo vulnerabilizado e esquecido pelas políticas públicas conseguisse sobreviver, mas para além disso, iniciou um processo de organização social e de reconhecimento da necessidade de luta coletiva.

[...] na educação popular a gente só chega no território a partir daquilo que a comunidade entende que é prioridade que é necessidade. Então você vai fazer um processo de educação popular em qualquer lugar você precisa entender o que é que as pessoas têm de necessidade de lutar... (Liderança Estadual de Saúde MST/PE – M4).

Então cada território [...] cada território tá começando a discutir suas demandas né, Camaragibe é a luta pela moradia né, estão sofrendo ordem de despejo. Então o MST se coloca do lado para construir a luta contra o despejo (Liderança Estadual de Saúde MST/PE – M4).

Segundo Freire (2016, p.14), “[...] a visão educacional não pode deixar de ser ao mesmo tempo uma crítica da opressão real em que vivem os homens e uma expressão de sua luta por libertar-se”. Assim, a conscientização dessas opressões abriu caminho para expressão das insatisfações da população e através da coletividade e da organização popular vem auxiliando a população nas lutas pelos direitos sociais e de saúde.

As iniciativas mapeadas de EPS conseguiram levar para a população informações sobre as medidas sanitárias de prevenção ao vírus ancoradas nos conhecimentos científicos, mas também utilizando os saberes da própria comunidade e dos movimentos sociais para que as medidas pudessem ser colocadas em prática. Dessa forma, essas ações aproximaram os saberes científicos e os saberes populares para tornar possíveis a adoção das medidas sanitárias e para salvar a vida dos corpos descartáveis pela necropolítica de estado.

### **Segurança Alimentar e Nutricional, agroecologia e solidariedade**

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) tem como marco legal a Constituição Federal de 1988 e está assegurado no Brasil pela Lei nº 11.346 de 2026 que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Conforme a lei, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) consiste:

[...] na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Brasil, 2006).

De acordo com os dados do IBGE, o número de pessoas em situação de Insegurança Alimentar (IA) cresceu nos últimos anos, com cerca de 10,3 milhões de pessoas em níveis graves de IA (Laurentino *et al.*, 2022). O DHAA está distante de ser um direito garantido e a pandemia de covid-19 tornou esse desafio ainda maior (Ribeiro-Silva *et al.*, 2020). Diante do desmantelamento das políticas e dos direitos sociais, os movimentos sociais do campo têm sido fundamentais na luta pela SAN sendo fortes colaboradores no combate à fome das populações rurais e urbanas, e, na pandemia, foram protagonistas na organização de iniciativas que buscavam garantir a SAN para populações vulnerabilizadas e mais afetadas pela crise sanitária (Laurentino *et al.*, 2022).

Nessa pesquisa, as ações de solidariedade mapeadas foram implementadas pelo MST, sendo em grande parte para garantir a SAN tanto da população rural como urbana. Entre as iniciativas estava a doação de alimentos (cestas básicas e alimentos produzidos pelos produtores rurais do movimento) e a criação de cozinhas populares nas periferias dos centros urbanos.

A doação de alimentos foi organizada de acordo com a realidade e possibilidade de cada local. Em Recife, por exemplo, foram organizadas banco de alimentos em diversos bairros e quem organizava a doação era a própria comunidade. Nesse sentido, as próprias comunidades

se organizavam para doar esses alimentos e cestas básicas de acordo com as vulnerabilidades e necessidades de cada família pertencente a essa comunidade.

[...] e principalmente as atividades que a gente tinha enquanto movimento era a produção e a gente, esse processo nosso de manter a produção no nosso assentamento. Isso vem mais intensificado porque isso ajudou principalmente nas nossas tarefas de solidariedade, que era tirar dos nossos produtos dali, do assentamento e do acampamento e ajudar as populações e principalmente, situação de rua nas grandes capitais, nas cidades... (Liderança Estadual de Saúde MST/PE – M3).

[...] então a gente começa a construir os bancos populares de alimentos que é uma tecnologia social que a gente entendeu que está se configurando como isso né, onde as pessoas abrem um quintal da casa para essa doação chegar e aquele cadastro de família que o agente popular de saúde vinha fazendo para a questão da covid, que também levantava vulnerabilidades né, acaba sendo um instrumento importante para definir se a comida vai para lá para cá enfim (Liderança Estadual MST/PE - M6)

Laurentino et al (2022) em sua pesquisa sobre as contribuições do MST para SAN durante a pandemia encontraram que as iniciativas de doação de alimentos foram uma das principais frentes do MST nesse período, corroborando com os achados dessa pesquisa. Conforme o autor, as doações de alimentos objetivavam contemplar populações e instituições vulnerabilizadas, moradores de regiões metropolitanas e comunidades periféricas, pessoas em situação de rua, comunidades indígenas, entre outros. Ademais, as ações ocorriam de acordo com a cultura e o hábito alimentar de cada região do país, e muitas vezes, juntamente, com as marmitas e cestas/kits de alimentos eram distribuídos detergentes, sabonetes, álcool em gel e água potável (Laurentino *et al.*, 2022).

Outra frente de atuação foram as cozinhas populares solidárias que contavam com a doação de refeições para população em situação de IA dos centros urbanos. Essas cozinhas populares solidárias buscavam distribuir refeições para população de rua, mas também foram implementadas em comunidades periféricas que tinham casos mais graves de IA.

[...] então a gente chama essas organizações, as Universidades, as igrejas, enfim o movimento progressista que tem alguma ligação com MST, mas a gente conseguiu também furar essa bolha. Eu acho que aquele momento inicial era um momento de muita abertura da sociedade para solidariedade. Então a gente foi para o Armazém para produzir marmita. A marmita para a população de situação de rua, transformando num restaurante popular solidário. E a gente chegou a produzir 700 marmitas dia, acho que chegou até um pouco mais (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4)

As cozinhas solidárias populares têm o funcionamento e os objetivos similares ao Programa de Restaurantes Populares. Os restaurantes populares podem ser considerados como

uma política pública de Estado, voltada ao combate da fome e da insegurança alimentar. O Programa Restaurante Popular deve ser gerido pelo setor público e visa favorecer a ampliação de oferta de refeições prontas saudáveis, reduzindo assim, o número de pessoas em situação de insegurança alimentar. Os restaurantes populares estão inseridos no SISAN e buscam construir uma rede de equipamentos que promova o acesso permanente a alimentos de qualidade às populações em risco de insegurança alimentar e nutricional (Brandão, 2017).

Nesse sentido, os restaurantes populares e as cozinhas solidárias populares visam disponibilizar espaços que contribuam para a promoção da SAN a uma população em insegurança alimentar, através da disponibilização de refeições com qualidade nutricional e que promova hábitos alimentares adequados, respeitando a cultura alimentar local. Diante da insuficiência da implementação dos Restaurantes Populares por parte do estado, as organizações da sociedade civil e os movimentos sociais vem criando iniciativas como essas para garantir o direito à alimentação e a SAN.

As cozinhas solidárias que foram citadas na pesquisa ofereciam almoço e janta, podendo ser ofertado diariamente ou até três vezes por semana dependendo da organização e possibilidade de cada local. As cozinhas solidárias populares forneceram refeições regularmente para população, dessa forma, a população já sabia que poderia contar com esse apoio nas principais refeições.

[...] lá é em Campinas né, a cozinha solidária [...] mas tem famílias que estão bem abandonadas lá e procuram ajuda na assistência social, no CRAS e não tem resposta. Você vê, tinha umas mães que a gente estava conversando e eu até perguntei como é que estava o cadastro delas no CadÚnico do bolsa família.. E elas agradecendo a gente por a gente estar ajudando na questão da alimentação, elas levam sempre marmitta não só para o almoço, mas levam marmitta também pra jantar. Porque são famílias que você vai ouvindo as histórias deles, e eles falam que não têm realmente o que comer dentro de casa, que estão morando numa casa, mas não tem nada para estar comendo (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive MST/SP - M9)

Dessa forma, as cozinhas solidárias e os bancos de alimentos buscavam garantir o acesso regular e permanente dessas famílias a refeições e alimentos. As iniciativas de solidariedade do MST também como tem como proposta produzir alimentos com qualidade, sem utilizar agrotóxicos, respeitando a diversidade cultural de cada localidade e de maneira sustentável.

Por isso, o MST defende e favorece a produção de seus alimentos sem trazer prejuízos ao meio ambiente, tendo como política que os alimentos doados para as campanhas sejam produzidos, em grande maioria, por meios agroecológicos de cultivo (Laurentino *et al.*, 2022).

O cultivo agroecológico é um meio sustentável e, por não utilizar agrotóxicos, promove a saúde da população que come e os(as) agricultores(as) que plantam esses alimentos.

[...] o que a gente abraçou também nesse período foi a agroecologia que para gente já é uma bandeira de vida. E quando a gente fala de agroecologia, a gente está falando de saúde né (Liderança Nacional da Saúde – M10).

A implementação da agroecologia vem crescendo nas organizações do campo, da floresta e das águas. A agroecologia emergiu enquanto movimento social na década de 1980 no Brasil propondo uma prática agrícola alternativa e nas últimas décadas vem se constituindo enquanto ciência (Fontoura; Naves, 2016). O cultivo agroecológico é sustentável, respeita o meio ambiente e promove a saúde, assim como prevê os princípios de SAN. Dessa maneira, as ações realizadas pelo MST promovem a disponibilidade dos alimentos saudáveis por cultivar produtos de qualidade, próximos aos locais que se desenvolveram suas ações (cadeias curtas de produção), ampliando, também, o acesso das populações beneficiadas a esses alimentos (Laurentino *et al.*, 2022).

Além das atividades citadas, as iniciativas de solidariedade também contaram com doação de sangue, doação de máscaras e álcool gel, hortas populares agroecológicas nos bairros, entre outras. A solidariedade foi um valor central na organização do MST durante a pandemia, o movimento percebeu que para garantir a saúde da população era importante a solidariedade entre as pessoas e organizações da sociedade civil além das ações de cuidado, vigilância popular em saúde e educação em saúde.

[...] saber que eu tô sendo solidária com a cidade, materializado uma política de plantar e reservar um pedaço do pouco que eu tenho para o outro, isso também eleva, digamos assim, a autoestima do movimento e assim resgata valores né, de princípios de solidariedade, como um princípio de Constituição de um mundo novo, a gente precisa o tempo inteiro tá alimentando isso como princípio (Professora e pesquisadora da FIOCRUZ/PE - M5).

A solidariedade, para além da pandemia, é um princípio medular das organizações populares. A solidariedade faz parte da história e da construção de futuro do MST. De acordo com Padua (2020, p.90), a solidariedade é uma prática política permanente das organizações populares, que “concretiza as ações no presente e, ao mesmo tempo, aponta para o novo mundo que queremos construir”. Nesse sentido, a solidariedade é um eixo fundamental da transformação social (Padua, 2020)

As iniciativas de solidariedade foram centrais na organização do MST com intuito de garantir a sobrevivência da classe trabalhadora do campo e da cidade, em geral, atuando no

combate à fome e à insegurança alimentar. Assim como o MST, outras Organizações da Sociedade Civil, movimentos sociais e instituições filantrópicas se mobilizaram na luta para tentar atenuar a situação de crise alimentar e calamidade pública vivenciada no país (Laurentino *et al.*, 2022). Nesse sentido, as ações de MST foram uma estratégia importante para a garantia da SAN da população mais vulnerabilizada das cidades e do campo, tendo como base a produção agroecológica, respeitando o meio ambiente e promovendo a saúde através da doação de alimentos/refeições de qualidade e sem colocar em risco a vida dos(as) agricultores(as).

### **Práticas tradicionais e populares de cuidado em saúde**

As práticas tradicionais e populares de cuidado em saúde foram muito utilizadas e desenvolvidas pelas PCFA no contexto da pandemia. Essas práticas são tradicionais porque fazem parte do cuidado histórico aprendido e repassado nas comunidades tradicionais e no campo, geração após geração, fazem parte da ancestralidade, da resistência e da luta desses povos por sobrevivência. As práticas também são populares porque são parte do povo, feito pelo e para o povo, são práticas de cuidado em saúde que foram subalternizadas e desqualificadas pela ciência colonial-capitalista e patriarcal, práticas outras de saberes construídas ano após ano pelo povo que sobrevive pelas mãos de suas(seus) bruxas(os), curandeiras(os), parteiras e cuidadoras(es).

Os saberes presentes nas práticas tradicionais e populares de cuidado apesar de desqualificados pela ciência, foram utilizados como “informações”, que após testado pelos métodos científicos, foram legitimados como saberes científicos. De acordo com Santos (2021), o saber acumulado pela ciência não é sinônimo de saber produzido exclusivamente pela ciência.

A pandemia não foi um momento diferente em relação a utilização dessas práticas, as práticas tradicionais e populares de saúde já faziam parte das comunidades, assentamentos e acampamentos visitados. Esse saber foi apenas direcionado para o cuidado em saúde durante a pandemia de covid-19, no tratamento das pessoas acometidas pelo vírus, na prevenção (plantas que melhoram a imunidade) de gripes e resfriados, como também no cuidado de saúde mental.

Na pandemia, a fitoterapia foi uma das técnicas tradicionais e populares de cuidado mais utilizadas pelas PCFA visitadas, através de infusões, lambedores, escalda pés, tinturas, entre outras. As comunidades/assentamentos/acampamentos, em geral, já tinham suas hortas medicinais e farmácias vivas construídas e essas técnicas já eram amplamente utilizadas, por isso, esses povos utilizaram desses saberes e práticas já existentes para o cuidado em saúde na pandemia.

[...] ainda tem uma resistência né, mas assim, a gente consegue hoje dentro do assentamento por exemplo, no período do covid mesmo, a gente conseguia indicar os chás que aumentava a imunidade de cada um, e o pessoal começou

a utilizar chás, os lambedores que a gente faz pra tosse, muito nesse período de pandemia, usaram né, mas ainda tem alguns que preferem o da farmácia né, do que o do mato, mas assim a gente consegue usar né, tudo que a gente produz a gente usa primeiro pra poder vender, e pra também poder dizer né, como funciona cada um. A gente faz a tintura do mulungu que serve para depressão, pra estresse, pra insônia, muito bom pra isso (Liderança Local de Saúde do Assentamento João Teixeira MST/PE - M1).

A fitoterapia é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (Brasil, 2015, p. 22). As plantas medicinais são utilizadas no cuidado desde os primórdios da medicina como uma forma de buscar a cura de doenças e ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal, se constituíram como base para tratamento de diferentes doenças (Brasil, 2015).

As plantas foram parte do cuidado dentro das comunidades visitadas, para curar, para prevenir e para acalmar. O cuidado integral faz parte da terapêutica tradicional e popular, ter saúde não é apenas não estar doente, é ter saúde, ter uma alimentação saudável, ter uma boa noite de sono, é conseguir trabalhar diariamente na roça. A atuação não ocorre apenas na doença, mas em outras esferas da vida que foram também afetadas pela pandemia, como a saúde mental.

A saúde mental foi um dos temas mais comentados no trabalho de campo por diversas pessoas. O distanciamento social, isolamento, medo da morte, impossibilidade de “estar juntos(as) na luta”, todos esses fatores são alguns dos exemplos citados nas comunidades visitadas. As práticas de autocuidado, o uso de plantas medicinais, o cuidado coletivo, foram as formas encontradas para passar por esse momento juntos(as), mesmo estando muitas vezes separados(as).

A potência do cuidado tradicional e popular está no conhecimento da biodiversidade e suas possibilidades, na ancestralidade, no coletivo, na integralidade. Esses foram pontos fundamentais para as PCFA que além da medicina tradicional, seguiram utilizando dos seus saberes tradicionais para fazer e promover a saúde das suas comunidades. As vulnerabilidades de acesso à saúde, muitas vezes negada na distância do centro de saúde, na falta de pontos de apoio, tornou-se necessidade de manter vivo seus saberes ancestrais, que passados geração após geração, seguem sendo utilizados para cuidar um dos outros, e assim também foi na pandemia.

## **Saúde Mental**

Os impactos da pandemia na de saúde mental foram amplamente discutidos devido a necessidade de isolamento social e o medo da morte que perpassaram o cotidiano da população

nesse momento de crise sanitária. Para além disso, o luto pelas perdas, interrupção dos rituais fúnebres e impossibilidades de estar ao lado das pessoas acometidas pela covid-19 quando hospitalizadas foram também situações que impactaram na saúde mental individual e coletiva.

No campo e nas comunidades visitadas não foi diferente. De acordo com as(os) entrevistadas(os) o modo de vida no campo e a organização dos movimentos sociais e associações passam por pressupostos e valores comunitários, solidários e de construção conjunta. De acordo com as conversas e vivências que tive nesses territórios, muitas pessoas afirmaram “somos como grandes famílias” que convivem, que compartilham e que decidem democraticamente as regras dentro do território.

Acho que a maior ação que nós fizemos de cuidado foi quando nós abrimos mão de tudo isso que a gente tá fazendo aqui e nos isolamos em casa. Porque o movimento, nós somos muito isso aqui, aglomeração, manifestação e a gente gosta muito de tá junto. E esse cuidado foi para nós e para os nossos companheiros... (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns (MST-PR) – M11)

A gente teve muito, muito problema aqui com aglomeração, porque como é todo mundo família e não é tipo, sei lá, eu tô morando num bairro qualquer e eu não conheço meu vizinho, mas não, aqui é o seu vizinho, seu parente. Então você vai na casa dele, não é só para pedir uma xícara de açúcar, você vai lá para papear, para fofocar, etc. (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3)

Nesse contexto de organização social e comunitária, o isolamento foi impactante na medida que toda organização local foi afetada e teve que ser reinventada. A inserção de tecnologias no campo para comunicação foi uma das alternativas escolhidas pelo MST para mitigar os efeitos desse momento em que aglomerações e reuniões não eram possíveis.

Todo mundo foi pra casa, foi criadas condições pra todo mundo ter internet em casa nessas esferas nacionais, ter computador, ter condições, uma boa cadeira (Liderança Nacional de Saúde MST - M10)

A utilização das tecnologias foi uma forma de continuar trabalhando em conjunto, mantendo contato com as pessoas próximas e proporcionando espaços para encontros da militância do MST. Entretanto a tecnologia não consegue substituir o contato pessoal, o afeto do abraço, a cumplicidade do estar juntos. Essas foram questões importantes que afetaram a saúde mental não apenas da população do campo, mas também da cidade.

Outro fator relatado pelas(os) entrevistadas(os) foi o luto e o medo de familiares que vivem na cidade morrer. É importante considerar que há uma saída dos(as) jovens do campo para cidade, dessa forma, muitas famílias que vivem no campo estão afastadas de filhos(as) e

outros familiares. Essa foi uma preocupação para muitas famílias que ficaram afastadas e com medo por seus filhos(as) estarem mais expostos aos vírus nas cidades.

[...] então foi um choque pra gente. Foi medo, porque a gente tem família fora e não gostava quando sabia que tinham alguém com covid, a gente ficava com medo. Porque teve muita morte, morreu muita gente. Então no começo foi assustador (Liderança Estadual da Saúde do Acampamento Zilda Arns (MST-PR) – M11).

O luto também trouxe impactos na saúde mental das pessoas que perderam entes e amigos na pandemia, tendo em vista que além das dores que são intrínsecas à perda de uma pessoa, esse período foi marcado pela ausência de rituais fúnebres o que pode afetar diretamente no processo de viver o luto. É importante destacar que os rituais fúnebres variam de acordo com a cultura e religião e a importância desse momento também está marcada por esses pactos sociais de cada comunidade/território/religião.

A população em geral viveu os impactos da covid-19 na saúde mental devido às consequências da pandemia de isolamento social, de morte, de luto. A ansiedade, depressão e estresse também afetaram as PCFA, tendo em vista a necessidade de modificação no seu modo de vida comunitário, na sua organização social e nos seus processos de luta. Entretanto, ao mesmo tempo, foi a organização comunitária, a união, o pertencimento que também foram potência para essas comunidades viverem e superarem esses processos adoecedores, através da fitoterapia, de grupos psicoterápicos, de rodas de conversa online, de encontros dentro das comunidades. As associações e movimentos sociais foram importantes para organizar sua militância e sua população em defesa não apenas da vida, mas da saúde mental, do bem-viver, da qualidade de vida.

## **Conclusão**

As iniciativas estudadas foram importantes para a defesa da vida e na proteção contra a disseminação do vírus da covid-19 tanto para as PCFA como para a população dos grandes centros urbanos. As iniciativas de solidariedade foram centrais no combate à fome e à insegurança alimentar, sendo uma estratégia importante para a garantia da SAN da população das cidades e do campo, tendo como base a produção agroecológica, respeitando o meio ambiente e promovendo a saúde.

Entretanto, é importante ressaltar que essas iniciativas de organização popular partilhadas nessa tese foram além de ações de proteção contra o vírus e sobrevivência das pessoas, atuando na formação política e tendo como horizonte estratégico a emancipação

humana e a preservação ambiental. As iniciativas atuaram em uma perspectiva emancipatória de saúde apostando na descolonização da saúde na medida que foram construídas a partir da organização social e dos saberes tradicionais das PCFA, incluindo iniciativas de cuidado coletivo, práticas tradicionais e populares de cuidado, respeito ao meio ambiente e produção de alimentos agroecológica.

A partir das experiências de práticas associativas das PCFA partilhadas nessa tese, observa-se a necessidade de ampliar e complexificar as discussões da saúde coletiva para que acolham e dialoguem com outras práticas e compreensões de saúde em direção a uma sociedade do bem-viver. Para isso, é importante reconhecer o cuidado em saúde a partir de sua concepção coletiva em busca da promoção da saúde emancipatória.

## Referências

- ARJONA, Felipe Bagatoli Silveira. O ESPAÇO DA/NA VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE: CONSTRUÇÃO TEÓRICA INICIAL. [s. l.], v. 6, n. 2, p. 1–15, 2017.
- BRANDÃO, Thaysa Barbosa Cavalcante. **Restaurantes Populares: ferramenta de política pública sob a perspectiva da segurança alimentar e nutricional**. Rio de Janeiro: (Tese) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017.
- BRASIL. **LEI Nº 11.346, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm).
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica).
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- CARNEIRO, Fernando Ferreira *et al.* O processo histórico e a criação do Obteia. *In*: CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS: PRÁTICAS E SABERES EM SAÚDE/ORG. CARNEIRO, FERNANDO FERREIRA; PESSOA, VANIRA MATOS; TEIXEIRA, ANA CLÁUDIA DE ARAÚJO. [S. l.]: Editora UnB, 2017.
- CARNEIRO, Fernando Ferreira; PESSOA, Vanira Matos. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. e00298130, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000300307&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300307&tlng=pt). Acesso em: 26 set. 2023.

CHAVES, VITÓRIA MARTINS. **VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NOS TERRITÓRIOS POTIGUARAS NA PARAÍBA**. Brasília: Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharel em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília., 2021.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; NESPOLI, Grasielle; LEMÕES, Marcos Aurélio Matos. Incertezas em tempos de pandemia: uma reflexão sobre a Educação Popular em Saúde. [s. l.], n. Edição Especial, p. 259–267, 2020.

FIALHO, Cerizi Francelino; MONFORT, Gislaine Carolina. Poké'ixa ùti: Territorialidades de resistência Terena e auto-organização contra a pandemia e a degradação ambiental. **AMBIENTES: Revista de Geografia e Ecologia Política**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 330–330, 2020. Disponível em: <https://saber.unioeste.br/index.php/ambientes/article/view/26590>. Acesso em: 11 mar. 2024.

FLOSS, Mayara *et al.* A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, p. e00108920, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n7/e00108920/>. Acesso em: 11 mar. 2024.

FONTOURA, Yuna; NAVES, Flávia. Movimento agroecológico no Brasil: a construção da resistência à luz da abordagem neogramsciana. **Organizações & Sociedade**, [s. l.], v. 23, n. 77, p. 329–347, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-92302016000200329&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302016000200329&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 24 out. 2023.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

GOHN, Maria da Glória. Vozes que gritam e vozes silenciadas na América Latina. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 15, p. 491–509, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/civitas/a/kQvXcpPKGQtVKKg3BWKTGZr/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2024.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 7–18, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000100002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100002&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 19 out. 2023.

JUNIOR, Zeno Carlos Tesser *et al.* O Papel do Associativismo Político Na Promoção de Saúde. **Saúde & Transformação Social**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 1–8, 2015.

LATGÉ, Paula Kwamme; ARAÚJO, Daniela Nunes; JÚNIOR, Aluísio Gomes da Silva. Comunicação, educação e vigilância popular em saúde em tempos de COVID-19 – a experiência das comunidades de Niterói, RJ. **APS EM REVISTA**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 122–127, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/110>. Acesso em: 26 set. 2023.

LAURENTINO, Jackson Silva Lima *et al.* Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e

suas contribuições para a Segurança Alimentar e Nutricional durante a pandemia de covid-19 no Brasil. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 31, p. e210967pt, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xVwjTnqzn33Zg3887t93YyQ/>. Acesso em: 24 out. 2023.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. Abordagens teóricas sobre o associativismo e seus efeitos democráticos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 29, p. 159–178, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/dKQNRMfDBnkZ6F59xpW6wYF/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 5 mar. 2024.

LUI, Lizandro *et al.* Disparidades e heterogeneidades das medidas adotadas pelos municípios brasileiros no enfrentamento à pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 19, p. e00319151, 2021. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462021000100504&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100504&tlng=pt). Acesso em: 18 out. 2023.

MARINHO, José Antônio Magalhães; SILVA, Daniela Soares da; RODRIGUES, Caio Felipe da Silva. Movimento Xingu Vivo para sempre em face da COVID-19 na área atingida pela Hidroelétrica Belo Monte (PA): articulações, solidariedade e luta política no interior amazônico. **Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 1–7, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistamseu/article/view/248590>. Acesso em: 5 mar. 2024.

MARTINS CHAVES, Vitória; RODRIGUES DA SILVA, Tanielson; LUDERITZ HOEFEL, Maria Da Graça. Vigilância popular em saúde: uma experiência durante a pandemia de COVID-19 nos territórios potiguara na Paraíba: Popular health surveillance: an experience during the COVID-19 pandemic in potiguara territories in Paraíba. **Saúde em Redes**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 4071, 2023. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/4071>. Acesso em: 26 set. 2023.

MENESES, Michele Neves *et al.* Práticas de vigilância popular em saúde no Brasil: revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 9, p. 2553–2564, 2023. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232023000902553&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000902553&tlng=pt). Acesso em: 17 out. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2010.

MONDARDO, Marcos. Povos indígenas e comunidades tradicionais em tempos de pandemia da Covid-19 no Brasil:: estratégias de luta e r-existência. **Finisterra**, [s. l.], v. 55, n. 115, p. 81–88, 2020. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/finisterra/article/view/20364>. Acesso em: 26 set. 2023.

MOREL, Ana Paula Massadar. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 19, p. e00315147, 2021. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462021000100404&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100404&tlng=pt). Acesso em: 19 out. 2023.

PADUA, Rafael Faleiros de. PRECARIZAÇÃO DA VIDA E REDES DE SOLIDARIEDADE. *In*: COVID-19 E A CRISE URBANA [RECURSO ELETRÔNICO] / COORDENADORA: ANA FANI ALESSANDRI CARLOS. São Paulo: FFLCH/USP, 2020.

PESSOA, Vanira Matos; ALMEIDA, Magda Moura; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, p. 302–314, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/302-314/>. Acesso em: 5 mar. 2024.

PORTO, Marcelo Firpo. No meio da crise civilizatória tem uma pandemia: desvelando vulnerabilidades e potencialidades emancipatórias. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 2–10, 2020. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1625>. Acesso em: 11 mar. 2024.

RIBEIRO-SILVA, Rita De Cássia *et al.* Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 9, p. 3421–3430, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000903421&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903421&tlng=pt). Acesso em: 25 out. 2023.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A cruel pedagogia do vírus**. São Paulo: Boitempo, 2020.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **O futuro começa agora: da pandemia à utopia**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

SILVA, Fábio Castagna da *et al.* Social isolation and the speed of covid-19 cases: measures to prevent transmission. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 42, p. e20200238, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/7HqgzsgVYgHHgrP9fPqdyhm/?lang=en>. Acesso em: 26 set. 2023.

SILVA, Luiz Rons Caúla Da *et al.* Vigilância Popular da Saúde, Ambiente e Trabalho (VPSAT): uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 9, p. 2565–2582, 2023. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232023000902565&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000902565&tlng=pt). Acesso em: 16 out. 2023.

SOARES, Karla Hellen Dias *et al.* Medidas de prevenção e controle da covid-19: revisão integrativa | Revista Eletrônica Acervo Saúde. [s. l.], v. 13, n. 2, p. 11, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6071>. Acesso em: 26 set. 2023.

STEVANIM, Luiz Felipe. Territórios protegidos: comunidades caiçaras se organizam para vencer a Covid-19 e preservar suas tradições. **RADIS: Comunicação e Saúde**, [s. l.], n. 214, p. 26–29, 2020.

## APÊNDICE F - ARTIGO 2

### **Organização popular no contexto da covid-19: contribuições do associativismo na garantia de saúde das populações do campo, da floresta e das águas**

**Resumo:** Durando a pandemia de covid-19, associações e movimentos sociais pertencentes as populações do campo, da floresta e das águas (PCFA) construíram diversas ações buscando garantir a sobrevivência de suas comunidades e povos diante da ameaça do vírus. **Objetivo:** Refletir sobre o papel do associativismo na garantia de saúde da PCFA durante o período da pandemia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caráter qualitativo no qual participaram o Movimento Sem Terra (MST) e três associações quilombolas contemplando três regiões do Brasil, sendo elas Sul, Sudeste e Nordeste. Foram realizadas 15 entrevistas com integrantes dessas associações e do MST. **Resultados:** As ações organizadas nos territórios pelas associações e movimentos sociais foram pautadas em princípios solidários, na gestão da vida comunitária e na defesa da vida, tornando a responsabilidade sobre a saúde e os direitos sociais comunitária. A organização popular na pandemia proporcionou um maior comprometimento dentro das associações, assentamentos e acampamentos na luta por saúde e por direitos, proporcionando uma mobilização comunitária e uma formação política, que tornou os coletivos mais fortes para construir sua luta. **Conclusão:** Pode-se observar que o associativismo por meio da organização popular fomentou a solidariedade, formação política e o cuidado coletivo, atuando em uma perspectiva emancipatória de saúde, pautadas em valores democráticos, na sustentabilidade e na justiça social, sanitária, ambiental e cognitiva.

**Palavras-chave:** Associativismo; Populações do campo, da floresta e das águas; covid-19.

**Summary:** During the COVID-19 pandemic, associations and social movements belonging to rural, forest, and water populations (RFPW) developed various actions aimed at ensuring the survival of their communities and peoples in the face of the virus threat. **Objective:** To reflect on the role of associativism in guaranteeing the health of RFPW during the pandemic period. **Methodology:** This is a qualitative study in which the Landless Workers' Movement (MST) and three quilombola associations covering three regions of Brazil, namely South, Southeast, and Northeast, participated. Fifteen interviews were conducted with members of these associations and MST. **Results:** The actions organized in the territories by associations and social movements were based on solidarity principles, community life management, and life defense, assuming responsibility for health and social rights on a community level. Popular organization during the pandemic fostered greater commitment within associations, settlements, and camps in the fight for health and rights, leading to community mobilization and political education that strengthened collectives to build their struggle. **Conclusion:** It can be observed that associativism through popular organization promoted solidarity, political education, and collective care, operating from an emancipatory perspective of health, based on democratic values, sustainability, and social, health, environmental, and cognitive justice.

**Keywords:** Associativism; Rural, Forest, and Water Populations; COVID-19

**Resumen:** Durante la pandemia de COVID-19, asociaciones y movimientos sociales pertenecientes a las poblaciones del campo, del bosque y del agua (PCBA) desarrollaron diversas acciones buscando garantizar la supervivencia de sus comunidades y pueblos frente a la amenaza del virus. **Objetivo:** Reflexionar sobre el papel del asociativismo en la garantía de

salud de las PCBA durante el período de la pandemia. **Metodología:** Se trata de un estudio cualitativo en el cual participaron el Movimiento de los Trabajadores Rurales Sin Tierra (MST) y tres asociaciones quilombolas que abarcan tres regiones de Brasil, a saber, Sur, Sudeste y Nordeste. Se realizaron 15 entrevistas con miembros de estas asociaciones y del MST. **Resultados:** Las acciones organizadas en los territorios por las asociaciones y movimientos sociales se basaron en principios solidarios, en la gestión de la vida comunitaria y en la defensa de la vida, asumiendo la responsabilidad sobre la salud y los derechos sociales de manera comunitaria. La organización popular durante la pandemia fomentó un mayor compromiso dentro de las asociaciones, asentamientos y campamentos en la lucha por la salud y por los derechos, generando una movilización comunitaria y una formación política que fortaleció los colectivos para construir su lucha. **Conclusión:** Se puede observar que el asociativismo a través de la organización popular promovió la solidaridad, la formación política y el cuidado colectivo, actuando desde una perspectiva emancipatoria de salud, basada en valores democráticos, en la sostenibilidad y en la justicia social, sanitaria, ambiental y cognitiva.

**Palabras clave:** Asociativismo; Poblaciones del campo, del bosque y del agua; COVID-19.

## INTRODUÇÃO

Diante da multiplicidade das práticas associativas é muito difícil uma definição precisa de associação. Diversos teóricos tiveram interpretações variadas acerca do associativismo, como a teoria do capital social de Putnam, que engloba as associações “face a face” e as associações secundárias (clubes de futebol, escoteiros, associações comunitárias), os teóricos da democracia associativa como Cohen e Rogers, que privilegiam as grandes associações dos amplos setores sociais (como sindicatos e federações) e a teoria da sociedade civil habermasiana, que vincula as associações com o mundo da vida, o que desqualifica organizações inseridas nos campos político e econômico, a exemplo dos partidos e sindicatos (Lüchmann, 2014, 2016).

Embora existam diferenças e especificidades entre as vertentes teóricas da democracia, tanto as perspectivas da democracia participativa, deliberativa como associativa<sup>24</sup> questionam os limites da democracia liberal. Dentro das premissas da democracia liberal as associações são vistas como um componente das escolhas e da liberdade individual, garantindo o direito de

---

<sup>24</sup> Entre os modelos de democracia, a “Democracia participativa”, a “democracia associativa” e a “democracia deliberativa” têm se destacado por seus aportes teórico-analíticos valiosos no sentido do questionamento às premissas liberais da democracia e apresentando possíveis frente à pluralidade e a complexidade social (Lüchmann, 2014). Na democracia participativa o foco central é o resgate das ideias de autogoverno e de soberania popular por meio da participação dos cidadãos e cidadãs nos processos de discussão e de decisão política (Lüchmann, 2016, p. 27). Na democracia associativa, as associações têm papel chave nos processos de aprofundamento e de ampliação da democracia (Lüchmann, 2016, p. 27). A democracia deliberativa, de modo geral, entende que a democracia repousa no ideal de justificação do exercício do poder político por meio da discussão pública entre indivíduos livres e de em condições iguais de participação (Lüchmann, 2016, p. 43).

formar grupos e organizações para a satisfação dos interesses pessoais e para a liberdade de mercado, excluindo sua atuação ou influência na esfera política. Na democracia liberal,

[...] qualquer exigência de uma atuação política mais substantiva por parte das associações significaria colocar em risco a própria democracia, seja por pressionar o Estado estendendo as suas funções e atividades, seja por intervir negativamente nas liberdades individuais (Lüchmann, 2016, p. 63).

Dessa forma, as três vertentes teóricas de democracia (participativa, deliberativa e associativa) buscam ampliar os sujeitos e os espaços da participação e da deliberação reconhecendo, por variados argumentos, o papel democrático das associações (Lüchmann, 2014). Os principais argumentos de cada teoria são: as associações são instrumentos que qualificam a participação direta dos cidadãos sendo a verdadeira essência da democracia (democracia participativa); as associações são soluções – possíveis e democráticas – para lidar com a administração da complexidade social (democracia associativa); e as associações e os movimentos sociais têm papel central na esfera pública e no conceito de sociedade civil e são fundamentais para o aprofundamento democrático por gerar poder legítimo, atuar mais diretamente nos espaços decisórios ou por contestar relações de poder e injustiças sociais (Lüchmann, 2014).

Todas essas teorias demonstram a complexidade do tema das associações e a partir de diferentes leituras da realidade apresentam diversos argumentos sobre sua importância em uma sociedade democrática. Conforme Vidal (2021, p.28), “[...] o cerne da teoria associativa é justamente a ênfase do papel das associações no aprofundamento democrático”. No âmbito da saúde, parece ser consensual a importância da participação dos cidadãos e cidadãs nos processos de tomada de decisão em saúde para a construção de um sistema de saúde democrático e de qualidade, e para garantia do direito universal à saúde (Fleury, 2009b; Junior *et al.*, 2015; Lima; Franco Netto, 2018; Matos; Serapioni, 2017; Vidal, 2021).

A relação entre democracia e saúde foi tema do discurso de abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (Lima; Franco Netto, 2018). Sergio Arouca teve como título do seu discurso “Democracia é Saúde” e ressaltou a importância da participação da sociedade civil organizada nessa conferência, tanto nas discussões e como com seus votos, lembrando a importância da democracia.

Conforme Fleury (2009, p.747), “a luta pela universalização da saúde aparece como parte intrínseca da luta pela democracia, assim como a institucionalização da democracia aparece como condição para garantia da saúde como direito de cidadania”. A luta pelo direito

universal à saúde caminhou junto com a luta pela democracia. A inserção da saúde como parte dos direitos humanos torna a saúde inerente à cidadania em uma sociedade democrática.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto do Movimento Sanitário foi organizado de forma descentralizada, a partir de uma gestão democrática, garantindo a participação da população em todos os seus níveis (Fleury, 2009b). Com a promulgação da constituição de 1988, a participação da comunidade passou a ser um direito fundamental implantado e consolidado dentro do Sistema Único de Saúde. Em 1990, foram publicadas as leis 8080/90 e 8142/90 que institucionalizam e regulamentam a participação popular e o controle social na gestão da saúde, tendo como instâncias legalmente instituídas, nas três esferas de governo, as conferências e os conselhos de saúde (Bispo Júnior; Sampaio, 2008).

O SUS foi idealizado para responder às demandas de saúde estruturadas a partir de uma sociedade desigual, por isso, tem como base a equidade, característica indispensável para garantir a democratização da saúde. O movimento pela reforma sanitária, assim como, os movimentos pela redemocratização do país, estiveram ligados, de maneira geral, pela luta por justiça social e pela construção de uma sociedade mais equitativa (Coelho, 2010). Esse movimento buscava construir um novo projeto societário e se propunha a mudar a concepção de saúde como um bem de consumo, assim como sua mercantilização, e tornar a saúde um bem público ampliando a consciência sanitária do cidadão.

Apesar das conquistas da Reforma Sanitária, o modelo igualitário defendido pelo SUS não se concretizou. Atualmente o SUS continua cheio de iniquidades, reproduzindo as mesmas desigualdades que estruturam a sociedade brasileira. Nesse sentido, Fleury (2009, p.163) nos lembra que “não há democracia onde reina a iniquidade”. Para concretizar os projetos societários da reforma sanitária é preciso atuar sobre essas iniquidades de saúde e sobre as desigualdades estruturais da sociedade.

Esse é um dos problemas existentes nas democracias atuais, pois esse sistema não promove nenhuma redistribuição social eficaz para lidar com as desigualdades e as opressões como as de classe, gênero e étnicas existentes na sociedade capitalista neoliberal. Esse sistema democrático está baseado em manter as elites oligárquicas no poder e beneficiar os interesses econômicos vinculados ao capitalismo (Aguiló Bonet; Almeida, 2021; Santos, 2003).

A democracia liberal não garante um processo democrático real e justo ao manter e até aprofundar as iniquidades resultantes da sociedade capitalista neoliberal. Para Santos e Avritzer (2002), esse modelo de democracia degrada as práticas democráticas e gera uma “dupla patologia”. A patologia da participação, que compreende o aumento notável do abstencionismo

eleitoral, e a patologia da representação, que se refere à distância cada vez maior entre os representantes e os representados (Aguiló Bonet; Almeida, 2021).

Essa dupla patologia também perpassa a participação social dentro do SUS. As fragilidades e os déficits democráticos da democracia representativa liberal estão presentes também nas instâncias participativas brasileiras e do SUS (Escorel; Arouca, 2016). Entre as dificuldades existentes para uma participação social efetiva no SUS estão a falta de participação efetiva da comunidade, o paternalismo, clientelismo e autoritarismo, fazendo com que muitas pessoas não se sintam representadas e que muitas pessoas aceitem que outros(as) decidam por si (Ferretti *et al.*, 2016; Oliveira; Ianni; Dallari, 2013).

A restrita participação social nos conselhos de saúde está associada “a fatores socioculturais, como a falta de tradição participativa e de cultura cívica no país, a tradição autoritária do estado brasileiro e a cultura política dominante” (Oliveira; Ianni; Dallari, 2013, p. 2330). Além do Brasil ter uma democracia jovem, fomos invadidos por ideais e pela cultura neoliberal, em que prevalece um imediatismo e individualismo, no qual as pessoas demonstram, muitas vezes, apenas interesses por ações que os tragam benefícios pessoais diretos e imediatos (Bispo Júnior; Martins, 2012). Esses também são sintomas da democracia liberal, tradicionalmente difundida no ocidente: individualista, na perspectiva que escolhemos representantes que satisfazem nossas necessidades pessoais, e com baixa participação e deliberação nas esferas públicas, porque confiamos nossas decisões aos representantes eleitos pelo povo.

Além disso, ainda estão presentes nas instâncias de participação institucionais a falta de vontade política e a dificuldade de o gestor partilhar poder decisório no espaço do conselho, a falta de conhecimento da população dessas instâncias participativas, falta de compreensão dos termos técnicos utilizados nesses espaços, hierarquização de poder entre os representantes dos diferentes segmentos sociais e a burocratização dentro dessas instâncias (Escorel, 2015; Escorel; Arouca, 2016; Ferretti *et al.*, 2016; Oliveira; Ianni; Dallari, 2013). Por isso, é preciso reconhecer a importância dessas instâncias para a participação social dentro do SUS, mas também os dilemas e os limites dessa forma de participação institucionalizada. De acordo com Escorel (2015, p. 2061),

Como a democracia é um processo sem fim, as modalidades de participação existentes devem ser permanentemente aprimoradas, modificando sua organização, discutindo sobre o seu papel e, ao reconhecer seus limites, identificar a necessidade de criar e possibilitar o surgimento de novas formas de participação que tenham incidência na formulação de políticas, já que o simples fato de surgirem questiona e aprimora as modalidades existentes.

Nesse sentido, todas as modalidades de participação existentes são importantes para se concretizar uma democracia de fato participativa. Para Santos (2007), a complementaridade entre os espaços participativos, deliberativos e representativos é um terreno fértil e necessário para alcançar uma democracia mais participativa. Nenhuma delas sozinha dá conta de apreender todas as demandas ou dar espaço para os diversos segmentos sociais existentes e suas pluralidades, por isso, é importante pensar na complementariedade das formas de participação (Escorel; Arouca, 2016).

Por isso, as associações e movimentos sociais também têm um papel-chave na democracia e na democratização da saúde, tanto sua participação nos conselhos e conferências de saúde, como na luta fora dessas instituições. Diversos autores vêm estudando a relação entre associativismo e saúde e buscando compreender esse espaço complexo e plural (Barbosa; Portugal, 2018; Junior *et al.*, 2015; Kovaleski *et al.*, 2017; Vidal, 2021).

Kovaleski *et al.* (2017) analisaram a relação entre a participação dos estudantes de odontologia em associações e o modo como percebem sua qualidade de vida. Os resultados da pesquisa encontraram que estudantes de odontologia que participavam em associações demonstraram uma melhor autoavaliação da qualidade de vida, satisfação quanto às relações pessoais e redução da frequência de sentimentos negativos.

Ao mesmo tempo, Barbosa e Portugal (2018), Soares e Deprá (2012) e Vidal (2021) alertam quanto ao avanço da lógica mercadológica e às fortes relações estabelecidas com o mercado em algumas associações de saúde. Para Barbosa e Portugal (2018), é importante considerar que as associações civis conseguem fornecer apoio àqueles(as) que procuram ajuda, entretanto, muitas associações acabam assumindo o papel do estado e resumindo sua atuação a luta por medicação.

Bertoncello, Badalotti e Kleba (2018) analisaram o protagonismo do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) na discussão e defesa da saúde pública. O MMC é reconhecido como um movimento popular autônomo, camponês, feminista e classista que visa fortalecer um processo de emancipação e luta pelos direitos das mulheres. Esse movimento é marcado por uma trajetória na defesa dos direitos das mulheres, no que se refere a questão da saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar e violência doméstica. O MMC além da atuação diretamente no campo, também participa dos espaços de controle social e de decisão do SUS, como por exemplo, de Conselhos Municipais de Saúde e do Grupo da Terra, responsável pela construção da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas. Além disso, atua defendendo a saúde camponesa a partir de um projeto de agricultura com

ênfase na agroecologia, plantas medicinais, sementes crioulas e produção de alimentos saudáveis e livre de agrotóxicos.

Em relação ao associativismo na covid-19, associações e movimentos sociais construíram diversas ações buscando garantir a sobrevivência de suas comunidades e povos diante da ameaça do vírus, desde ações de saúde (medidas de proteção ao vírus) como ações mais amplas que garantiram os direitos básicos de alimentação e renda em harmonia com os ecossistemas onde vivem. Muitas organizações da sociedade civil pertencentes às PCFA ou articuladas com essas populações, atuaram em ações de solidariedade, arrecadações e doações de alimentos e cestas básicas, distribuição de materiais de higiene, barreiras sanitárias populares, observatórios, vigilância popular em saúde e educação popular em saúde (Carneiro; Pessoa, 2020; Fialho; Monfort, 2020; Marinho; Silva; Rodrigues, 2020; Mondardo, 2020; Stevanim, 2020b, 2020a).

Essa atuação dos movimentos sociais e associações ocorreram, em grande parte, devido a condução da pandemia de covid-19 no Brasil. Esse período foi marcado por políticas neoliberais e crises sociais, políticas, econômicas e ambientais. A agenda neoliberal viabilizou as reformas centradas na austeridade fiscal com cortes de gastos nas áreas sociais e reformas de ajuste neoliberal como reforma previdenciária e trabalhista (Almeida-Filho, 2021). Como resultado dessas políticas destaca-se a acentuação da situação de desemprego, piora nos indicadores fiscais, desfinanciamento do SUS e a fragilização das políticas de proteção social em um contexto de aumento da pobreza e das desigualdades sociais (Almeida-Filho, 2021).

Para piorar essa situação, a forma como o governo federal conduziu a pandemia foi repleta de equívocos, omissões, irresponsabilidade, incompetência e negacionismo. O governo de Jair Bolsonaro integrou diversas estratégias que estimularam a disseminação do vírus como a desqualificação da pandemia, o estímulo a atitudes que induzem à aceleração do ritmo de contaminação e a propagação de falsas notícias e falsas soluções como o anúncio enganoso de medicamentos comprovadamente ineficazes que resultaram em sofrimento e mortes totalmente desnecessárias (Almeida-Filho, 2021; Calil, 2021; Caponi *et al.*, 2021).

Com o desmantelamento do SUS e o despreparo do governo federal, as PCFA tiveram que se organizar em seus territórios para buscar resistir frente à vulnerabilização social, ambiental e de saúde a que foram submetidas. O Estado brasileiro deliberadamente assistiu às mortes durante a pandemia, sem construir de fato políticas públicas e soluções efetivas para garantir a saúde e a vida da população, assim determinando seletivamente “quem iria morrer” e quem tinha o direito de viver (Oliveira; Martins; Silva, 2021). A necropolítica adotada pelo

governo brasileiro foi implementada através de discursos que banalizavam a vida e medidas que flexibilizaram a quarentena, o isolamento físico e o distanciamento social, deixando as populações e os grupos mais vulneráveis à mercê da sua própria sorte (David; Nespoli; Lemões, 2020).

Dessa forma, ao negar a gravidade da pandemia, os cuidados em saúde também não foram planejados e efetivados, intensificando-se essa ‘política de morte’ descrita por Mbembe (2018), e voltada contra aqueles que sofrem com a precarização das suas vidas (Mbembe, 2018; Morel, 2021; Santos, 2021). De acordo com Morel (2021, p.4):

[...] essas populações seriam, portanto, um contingente de corpos descartáveis dentro da lógica do sacrifício inerente ao neoliberalismo. Enquanto os movimentos buscam se organizar em ações de apoio mútuo, o Estado não apenas nega o acesso a condições dignas de vida como é perpetrador da ‘necropolítica’ em curso.

Nesse sentido, Santos (2021) afirma que a pandemia acarretou a acentuação das vulnerabilidades e exclusões já existentes e perpetuadas pelas linhas abissais que separam o norte e o sul global, os seres plenamente humanos e os sub-humanos. As linhas abissais determinam os corpos que são descartáveis a partir das exclusões causados pela exploração capitalista, pela discriminação racial e sexual: mulheres, negros(as), pobres, pessoas com deficiência, povos indígenas, população quilombola, acampados(as) e assentados(as) da reforma agrária, migrantes, entre outros.

Do lado em que estão esses corpos sub-humanos, o coronavírus agravou ainda mais as exclusões abissais que essas populações e comunidades estão constantemente sujeitas, impulsionando uma tragédia humana dessas vidas e comunidades que têm pouco valor e que são descartadas sem alarme social (Santos, 2021). Diante desse descaso do governo, dessa precariedade e dessa insuficiência de serviços públicos para a garantia dos direitos de cidadania previstos constitucionalmente, a pandemia gerou, nesses povos e corpos sub-humanos, a organização popular autônoma e participativa em seus territórios e que expressaram resistência frente à vulnerabilidade social que as afligia (David; Nespoli; Lemões, 2020). Nesse sentido, esse artigo tem como objetivo refletir sobre o papel do associativismo na garantia de saúde da PCFA durante o período da pandemia.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo fruto de uma tese de doutorado. A pesquisa foi realizada presencialmente e visitou acampamentos e assentamento do Movimento Sem Terra (MST) e 3 associações quilombolas (Quadro 1). Na coleta de dados foi possível conhecer de perto as comunidades, assentamentos e acampamentos. A estadia em cada local foi de dois a cinco dias, vivendo e acompanhando o dia a dia dos locais visitados.

A coleta de dados itinerante durou ao total seis meses (dezembro de 2021 até maio de 2022) quando foram realizadas as entrevistas e a observação participante como técnica para coleta de dados. Os sujeitos participantes da pesquisa são apresentados na Quadro 1 onde está descrito a nomenclatura que será utilizada para cada entrevistada(o), os locais de atuação, posição que ocupa na associação/movimento social e a associação/movimento que pertence a(o) entrevistada(o).

Quadro 4 - Descrição dos(as) entrevistados(as) por associação

	<b>Local</b>	<b>Posição das(os) entrevistados na associação</b>	<b>Associação/Movimento Social</b>
<b>M1</b>	Serra Talhada (PE)	Liderança Local de Saúde	Assentamento João Teixeira - MST
<b>M2</b>	Serra Talhada (PE)	Liderança Local de Saúde	Assentamento Virgulino Ferreira - MST
<b>M3</b>	Pernambuco	Liderança Estadual de Saúde	MST
<b>M4</b>	Recife (PE)	Liderança Estadual de Saúde	MST
<b>M5</b>	Recife (PE)	Professora e pesquisadora	FIOCRUZ
<b>M6</b>	Recife (PE)	Liderança Estadual	MST
<b>M7</b>	Moreno (PE)	Liderança Local	Assentamento Che Guevara - MST
<b>M8</b>	Recife (PE)	Liderança Local	Brigada Solidária Ibura - MST
<b>M9</b>	Valinhos (SP)	Lideranças Locais (entrevista em grupo)	Acampamento Marielle Vive - MST
<b>M10</b>	São Paulo (SP)	Liderança Nacional da Saúde	MST
<b>M11</b>	Florestópolis (PR)	Liderança Local de Saúde	Acampamento Zilda Arns - MST
<b>Q1</b>	Garanhus (PE)	Presidenta da Associação	Associação Quilombola de Caluete
<b>Q2</b>	Caruaru (PE)	Liderança Comunitária de Saúde	Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde
<b>Q3</b>	Contagem (MG)	Liderança Comunitária de Saúde	Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos
<b>R1</b>	Caruaru (PE)	Residente (RMSFC)	Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE)

Fonte: elaborado pelos autores

Foram visitadas associações de três regiões do Brasil, sendo elas Sul, Sudeste e Nordeste e ao total foram realizadas 15 entrevistas. As entrevistas ocorrem de acordo com a disponibilidade e organização local, por isso, algumas entrevistas tiveram mais de uma pessoa. A proposta geral da pesquisa de doutorado foi mapear as iniciativas realizadas pelas PCFA. Nessa pesquisa foram mapeadas as iniciativas de Vigilância popular em saúde, Educação Popular em Saúde, Agroecologia, Solidariedade, Práticas tradicionais e populares de cuidado em saúde e Saúde Mental. As iniciativas foram construídas pelas PCFA a partir do diálogo entre seus conhecimentos e suas práticas de saúde e os saberes científicos, sendo adaptadas a partir do cotidiano e organização popular de cada território. Fizeram parte dessas iniciativas as barreiras sanitárias, boletim epidemiológico, doação/Confecção de máscaras, álcool e outros e ações de controle da vacinação, educação e prevenção ao vírus para o uso correto de máscara, higienização de mãos, distanciamento e o isolamento social, ações de cuidado coletivo, fitoterapia, cozinhas comunitárias, hortas agroecológicas, banco de alimentos, entre outras.

Neste artigo será realizado uma reflexão sobre como a organização popular na pandemia proporcionou e fortaleceu princípios solidários, mobilização comunitária e formação política. Esse projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovada no Comitê de Ética com parecer 5.235.649 (CAAE: 54349221.6.0000.012)

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Pandemia e organização popular: a importância das práticas associativas no contexto da covid-19**

Os movimentos sociais e a sociedade civil organizada reconheceram a pandemia de covid-19 como um caso de saúde pública o que reverberou em diversas iniciativas que “[...] buscaram adotar um posicionamento de confronto com o Estado ao engajarem estratégias de prevenção e combate eficazes e concatenadas com as necessidades locais, que foram fundamentais para o enfrentamento da pandemia pelas comunidades” (Santos *et al.*, 2021, p. 769).

Instituiu-se sistemas de cuidado em saúde, estratégias de vigilância popular em saúde e de educação popular em saúde nos territórios e nas comunidades, articulando uma rede não

apenas de cuidado, mas de apoio social “coordenada pela solidariedade das pessoas em prover as condições mínimas para a manutenção da vida, como a higiene e a alimentação” (David; Nespoli; Lemões, 2020, p. 265). Ainda de acordo com o autor “ [...] as redes de apoio geram efeitos de reciprocidade, entre o doar e o receber, permitindo mais sentido na gestão da vida comunitária, ao mesmo tempo em que contribui para a manutenção da saúde” (David; Nespoli; Lemões, 2020, p. 265).

Todas essas ações de cuidado em saúde organizadas nos territórios dessa pesquisa foram pautadas em princípios solidários, na gestão da vida comunitária e na defesa da vida. Nesse sentido, a responsabilidade sobre a saúde e os direitos sociais deixou de ser individual e tornou-se comunitária. A potência do cuidado em saúde estava no coletivo, e, por isso, a preocupação de que valores como a solidariedade fossem a base das iniciativas construídas pelos movimentos sociais e associações.

[...] e a gente, assim, como diz um companheiro nosso, diante de um governo genocida, assassino, levantar a bandeira da solidariedade, pra ele é uma afronta né. O que ele quer, é que a população morra, que o povo pobre morra. Então, e a gente não pensa dessa forma. Pelo contrário, a gente quer que as pessoas, o povo, viva. Então, por isso a gente e, e foi dessa forma que a gente sendo solidário, fazendo ações de solidariedade, recebendo ações de solidariedade, a gente conseguiu passar por esse momento de pandemia, estamos passando na verdade (Liderança Local do Acampamento Marielle Vive – MST/SP - M9).

Como relatado na fala acima, diante de uma necropolítica executada pelo governo, as organizações populares e os movimentos sociais apostaram no resgate da solidariedade para buscar alternativas de sobrevivência à pandemia, tentando driblar todas as iniquidades preexistentes na ordem social, econômica e sanitária e de modo a amenizar a desassistência estatal na resposta à crise (Santos *et al.*, 2021). A pandemia, através da organização popular colocou em xeque a ideologia neoliberal que ao longo do últimos anos não se limitou em agravar as desigualdades sociais e intensificar a ideologia do individualismo (Santos, 2021).

De acordo com Santos (2021), a solidariedade e a cooperação social foram retiradas da esfera pública e o capitalismo da filantropia voltou a prosperar como instrumento para legitimar os ganhos e a acumulação de riquezas cada vez mais desproporcionais. Entretanto, perante as dificuldades e sofrimento causados pela pandemia, as comunidades e os movimentos sociais se organizaram mesmo nas condições mais adversas, de modo a garantir a proteção minimamente eficaz de seus membros (Santos, 2021). Ainda de acordo com o autor, as comunidades na

pandemia “[...] mostraram que os valores de solidariedade, da ajuda mútua, da cooperação e da reciprocidade continuam vivos, particularmente entre as classes mais pobres” (Santos, 2021).

Para além dos valores de solidariedade e cooperação, a organização popular na pandemia proporcionou um maior comprometimento dentro das associações, assentamentos e acampamentos na luta por saúde e por direitos. Pode-se dizer que essa organização popular foi emancipatória, tendo em vista que essa luta gerou uma mobilização comunitária e uma formação política, que tornou os coletivos mais fortes para construir a luta por direitos.

[...] o legado que a pandemia deixa e que apesar de a gente ser inviabilizado, de ser esquecido e de ser jogado pra escanteio, quando a gente se une e caminha com as nossas próprias pernas, as coisas acontecem, sabe? Eu consigo perceber agora muito mais nítido que quando a gente espera que o poder público ou sei lá onde, enfim, e quando a gente espera do outro não acontece. A gente tem que se mobilizar e fazer isso enquanto comunidade, sabe? Porque é complicado. Se a gente não tivesse feito tudo o que a gente fez, teria sido muito pior, muito pior mesmo (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Irmandade de Nossa Senhora do Rosário da Comunidade Quilombola dos Arturos (MG) - Q3).

[...] olha a importância da associação, vou dizer agora. É as pessoas se organizar. Dá valor, dá crença aquilo que chega. E se organizar pra não chegar no ponto final, pelas perseguições que nós já passamos para trás. A coisa certa é que aperta pra todo mundo, aperta para quem tem, para quem não tem fica pior. Mas a gente com jeitinho, se organizando, tudo vai da organização. Agora, se você não dar importância, nada vai minha filha, nada vai... você tem que ir para luta, você tem que se organizar, e ver o que merece, o que falta, e não ter vergonha de falar do que precisa. A gente tem que se organizar, é tudo na torcida, na associação, ir à luta, não se desesperar porque o povo passa perrengue, passa, mas a gente tem que ir a luta. [...] mas a gente já passou tanto vida que hoje realmente a coisa é difícil, a briga está grande, que esses Governo levantando coisa, tirando o povo dos empregos, desempregado. Uma luta grande. Tá difícil? Tá, mas você vê o povo que chega lá com luta, com fala... a gente passa coisa ruim? Passa. Mas a gente se organizando chega lá. Junto lutando pelos nossos objetivos. Agora se parar tudo minha filha, acabou. (Presidenta da Associação Quilombola de Caluete (PE) – Q1)

[...] é isso aí, é exatamente uma universidade, por que não sonhar? Eu acho que a vida do ser humano só tem sentido se eles sonhar, se o ser humano não sonha e eu sei lá, eu acho que a vida perde o sentido, se o ser humano não sonha. Então essa associação de Serra Verde, os moradores precisam sonhar. Eu sou é a carruagem para a realização... (Liderança Comunitária de Saúde da Associação Quilombola de Agricultores de Serra Verde (PE) – Q2)

As falas acima trazem reflexões importantes que ocorreram dentro dessas associações quilombolas a partir da organização popular e da luta pela sobrevivência na pandemia. As falas são atravessadas pela potência existente nessa luta coletiva, e trazem reflexões importantes: ao

conquistar a vacina prioritária para a população quilombola, por que não sonhar e lutar por outros direitos que são essenciais e que até hoje não foram concretizados? A mobilização também parte dessa necessidade de tensão ao poder público para “quebrar” essas linhas abissais que separam aqueles “esquecidos”, aqueles que não são dignos dos direitos sociais, aqueles que não são dignos de viver.

A conscientização sobre classe, gênero, raça e colonialidade também aparecem nas falas. As comunidades quilombolas estão reescrevendo sua história e sua luta em uma perspectiva decolonial e feminista. As mulheres apareceram nesse estudo como as principais líderes comunitárias e mobilizadoras sociais. É importante destacar que as mulheres seguem sendo as principais responsáveis pelo cuidado em saúde, mas também elas vêm ocupando os cargos de liderança dentro das associações e movimentos sociais.

O MST também tem como lema que saúde é ter capacidade de lutar e, por isso, a formação política e a organização popular fazem parte da organicidade do movimento. Por isso, é importante ressaltar que as ações e iniciativas do MST, tanto dentro de seus assentamentos e acampamentos como em suas brigadas de solidariedade nos centros urbanos, tinham como princípio e horizonte estratégico a organização política e a continuidade da luta por saúde e por direitos sociais.

A gente sempre teve essa clareza né, de que a ação que a gente iniciou, foi uma ação assistencialista de imediato, de emergência mesmo né, mas o movimento tem um horizonte estratégico, sabe o que é a construção de força social, como necessariamente a gente organiza as pessoas e que saúde “é a capacidade de lutar” né. Esse é o lema do MST: ter Saúde é ter a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime. Então ter a capacidade de lutar pressupõe formação política, organização popular e luta né, esse tripé (Liderança Estadual de Saúde MST/PE - M4).

[...] o que a gente está planejando para esse ano, agora em maio, ver se a gente consegue fazer isso, para a gente pensar nos próximos passos também e o quanto assim, não vou dizer que se pode dizer que tem algo de positivo, mas também serviu para a gente ter essa reflexão interna, desse papel da saúde pra dentro dessas população de campo, água e floresta. Pra quem ainda tinha dúvida o quanto é importante a defesa e o cuidado do Sistema Único de Saúde que com tudo que esse governo fez se não fosse o SUS o que seria no nosso país. Então isso foi um despertar para quem ainda estava adormecido nesse processo da importância do SUS, da importância da saúde, da importância de cuidado, tanto quanto individuo quanto coletivo e isso está...isso nos provocou, nos instigou bastante, para a gente seguir nesse processo de defesa. E é isso que nós estamos fazendo. E agora, é claro, esse ano é um ano bem atípico também com as eleições e também com uma pandemia que ainda não terminou, com todos os interesses que tem por trás de tudo isso. A gente está tendo que discutir e debater para que a gente consiga ir avançando e fortalecendo nosso Sistema Único de Saúde e cada vez mais, como é que a gente consegue fazer essa informação chegar à nossa base, a nosso povo, que

não tem esse acesso a uma boa informação, a um bom conhecimento que é essa a nossa... o nosso desafio constante. Quando o nosso povo está munido e instruído bem, eles vão saber se defender também e saber se cuidar... (Liderança Nacional de Saúde MST - M10)

As falas descritas acima também demonstram que atuação do MST tem como horizonte estratégico a continuidade de luta, porque lutar é essencial para ter saúde, para construir uma sociedade mais justa e para romper com as dominações e desigualdades provocadas e intrínsecas ao capitalismo, colonialismo e patriarcado. A liderança nacional de saúde do MST também relembra em sua fala a necessidade da defesa do SUS e do fortalecimento da política de saúde direcionada para o campo, floresta e água.

As mobilizações para sobreviver ao coronavírus foram populares, construídas pelo povo e pelas comunidades. De acordo com Santos *et al* (2021), entre as abordagens de governança comunitárias, o modelo em que as comunidades são mobilizadoras são os mais prováveis de construir uma resiliência comunitária duradoura, pela capacidade de resistir e se recuperar de situações relacionadas a tensões externas. Esse modelo tem como pressupostos que as próprias comunidades são quem “[...] identificam suas próprias necessidades, projetam e implementam soluções de maneira amplamente independente e buscam apoio externo apenas para cobrir lacunas relacionadas a recursos ou experiências para implementação das ações locais” (Santos *et al.*, 2021, p. 771). Na pandemia, as mobilizações foram em grande parte comunitária, e por isso, essas mobilizações também potencializaram a continuidade da luta.

Além disso, a organização popular e a pandemia evidenciam a importância dos sistemas públicos e universais de saúde, mas que garantam também o direito à moradia, à alimentação, à renda, ao trabalho, ao saneamento e ao lazer. Desse modo, a continuidade da luta é necessária para defender um SUS universal, integral e de qualidade. Além disso, a organização popular é importante para a participação nas instâncias de controle social do nosso SUS: Conferências e Conselhos de Saúde.

As organizações populares devem seguir atuando nas suas bases e comunidades, mas também ocupando esses espaços institucionalizados para garantir que o Estado se responsabilize pelos direitos sociais. De acordo com Valla e Stotz (1989) as entidades populares devem manter sua independência e manter as formas de luta que lhe são próprias, mas garantir também a ampla participação das massas nas instituições do estado destinadas prioritariamente a atender as necessidades da classe trabalhadora. Nessa perspectiva, “a participação popular pode significar uma prática transformadora” (Valla; Stotz, 1989, p. 13).

Para construir práticas de saúde que são de fato democráticas é necessário que essas práticas rompam com as dominações exercidas pelo pensamento abissal: o colonialismo, o capitalismo e o patriarcado. Para isso, é preciso superar a democracia liberal que se desenvolve a partir do sistema-mundo capitalista em sintonia com a racionalidade eurocêntrica colonial. A democracia pós-abissal, proposta por Santos (2007), reconhece a diversidade de formas associativas e a pluralidade de práticas democráticas participativas e deliberativas. Esse conjunto de práticas se articulam com o conceito de demodiversidade que se refere a “la diversidad de concepciones y prácticas democráticas que coexisten o pueden coexistir en la sociedad” (Aguiló Bonet; Almeida, 2021, p. 266).

Santos (2007) reconhece que há diversas experiências sendo construídas, em especial, nos países periféricos e semiperiféricos que são invisíveis, mas que devem ser reconhecidas como práticas democráticas válidas e necessárias. Essas experiências e alternativas contra-hegemônicas, construídas pela sociedade civil e por suas práticas associativas, convivem com as práticas hegemônicas da democracia liberal. Seja por vias institucionais ou nas lutas dos movimentos sociais e associações, essas práticas são essenciais para construir uma democracia pós-abissal e uma saúde mais democrática e justa.

### **Considerações Finais**

As ações e iniciativas construídas nas práticas associativas e de organização popular foram importantes para garantir a saúde e a sobrevivência das populações do campo, da floresta e das águas, mas para além disso, foram orientadas para construção coletiva de um novo caminho com uma outra ética e uma outra concepção de mundo. Por isso, são exemplos de ações de saúde que visam a emancipação desses povos e comunidades, dos trabalhadores e trabalhadoras, dos subalternizados e subalternizadas e que buscam harmonia com a natureza e com os ecossistemas.

Pode-se observar que a organização popular e as práticas associativas atuaram em uma perspectiva emancipatória de saúde construindo um diálogo entre as concepções biomédicas ocidentais e os conhecimentos tradicionais e populares. Foram iniciativas direcionadas para descolonização da saúde na medida que foram construídas a partir da organização social e dos saberes tradicionais das PCFA, incluindo iniciativas de cuidado coletivo, práticas tradicionais e populares de cuidado, respeito ao meio ambiente e produção de alimentos agroecológica.

O associativismo por meio da organização popular fomentou a solidariedade, formação política e o cuidado coletivo. Por isso, essas experiências promoveram a saúde comunitária em uma perspectiva emancipatória, tendo em vista que foram pautadas em valores democráticos, rumo à “sustentabilidade e à justiça social, sanitária, ambiental e cognitiva” (Porto, 2019). Esses valores fomentaram uma formação política nas comunidades como forma de produzir saúde e romper com as linhas abissais de dominação do capitalismo, colonialismo e patriarcado.

As práticas associativas construídas por essas associações e movimentos sociais são potência para tornar a saúde mais coletiva, democrática e participativa, garantindo a ampla representação da sociedade civil nos processos deliberativos e participativos, e incluindo a pluralidade dos grupos sociais existentes. São esses novos projetos que surgem a partir da organização popular, construídos em diálogo com os movimentos sociais e associações, que podem auxiliar a reinventar o processo de cuidado em saúde e torna-lo mais participativo, autônomo e democrático, buscando neutralizando os sistemas de exclusão e desigualdades que tornam impossível garantia da saúde com justiça social.

## **REFERÊNCIAS**

Atualizações de citação automática estão desativadas. Para ver a bibliografia, clique em Atualizar na aba do Zotero.