



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

Thaiara Dornelles Lago

**É preciso aprender a voltar pra casa:**

a dimensão ético-estético-política da educação e do trabalho na saúde do campo no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família com ênfase nas Populações do Campo no Brasil

Florianópolis

2024

Thaiara Dornelles Lago

**É preciso aprender a voltar pra casa:**

a dimensão ético-estético-política da educação e do trabalho na saúde do campo no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família com ênfase nas Populações do Campo no Brasil

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

Orientador(a): Prof.(a) Marta Verdi, Dr.(a)

Florianópolis

2024

Thaiara Dornelles Lago

**É preciso aprender a voltar pra casa:** a dimensão ético-estético-política da educação e do trabalho na saúde do campo no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família com ênfase nas Populações do Campo no Brasil

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 15 de agosto de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Mirelle Finkler, Dr.(a)  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof.(a) João Matheus Acosta Dallmann, Dr.  
Centro de Tecnologias e Saúde do Campus (UFSC Araranguá)

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

---

Ana Luiza De Lima Curi Hallal  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof.(a) Marta Verdi, Dr.(a)  
Orientador(a)

Florianópolis, 2024.

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.  
Dados inseridos pelo próprio autor.

Dornelles Lago, Thaiara

É preciso aprender a voltar pra casa : a dimensão ético-estético-política da educação e do trabalho na saúde do campo no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família com ênfase nas Populações do Campo no Brasil / Thaiara Dornelles Lago ; orientadora, Marta Verdi, 2024.

150 p.

Dissertação (mestrado) - 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. Dimensão ético-estético-política. 3. educação e trabalho na saúde. 4. Saúde do Campo. 5. Bioética Latinoamericana. I. Verdi, Marta . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Aos homens e mulheres do campo que tombaram na luta pelo direito de  
existir.

## AGRADECIMENTOS

Às Residências do Campo, por me darem caminho para caminhar de volta pra casa. Professora Paulette Cavalcanti, professor Itamar Lages, Gislei, Lenna, ao NB Faca Amolada em alcance a todos os colegas, aos atores pedagógicos que sustentam a experiência da residência do campo pelo país.

Aos movimentos sociais que nos ensinam o exercício da luta popular pela sobrevivência, pela retomada do nosso território de vida, de pensar e viver saúde.

Ao Éder e a Belinha que fazem morada cotidiana possível para corporificar o fazer pesquisador, curioso pela vida.

Minha família, Vó Jurema, meus pais Dona Iara e Seu Pedro, meus manos Taiana e Pedrinho por serem base, chão, terra de onde frutifico e cultivo meus sonhos. Ser grande pra ser do tamanho de vocês.

A meus familiares do campo, a minha ancestralidade que me dá força e sustenta o caminho do cultivo da memória.

Aos meus colegas de núcleo de pesquisa, que nas frestas dos encontros humanizadores, me ajudaram a sobreviver em meio a institucionalidade.

À minha orientadora, professora Marta, a quem respeito e reconheço a trajetória como um fundamento da construção da Bioética e da Saúde Coletiva no Brasil.

À banca, que generosamente dedicou tempo, cuidado e olhar crítico para qualificar nossa dissertação. À querida Lívia Millena da SGTES/Ministério da Saúde, à professora Mirelle Finkler que acompanha meu caminho de tornar-se pesquisadora desde o TCC e professor João Matheus Acosta com quem confluí nas encruzilhadas do saber, agradeço por aprender, além das bagagens teóricas, também na linguagem do afeto, do posicionamento ético-político e do reconhecimento mútuo.

À CAPES pelo subsídio, em nome da ciência brasileira comprometida com o chão em que pisa, que sobrevive apesar do negacionismo e desfinanciamentos crônicos. Teimosia nunca nos faltou para seguir avançando nas frestas.

Nós, caminhando pelos penhascos,  
atingimos o equilíbrio das planícies.  
Nós, nadando contra as marés,  
atingimos a força dos mares.  
Nós, edificando nos lamaçais,  
atingimos a firmeza dos lajeiros.  
Nós, habitando nos rincões,  
atingimos a proximidade da redondeza.  
Nós somos o começo, o meio e o começo.  
Existiremos sempre,  
sorrindo nas tristezas  
para festejar a vinda das alegrias.  
Nossas trajetórias nos movem,  
Nossa ancestralidade nos guia.

(Antônio Bispo dos Santos, 2023a)

## RESUMO

Esta pesquisa documental teve por objetivo compreender a Dimensão Ético-estético-política (DEEP) da educação e trabalho na saúde, presente nos Projetos Político Pedagógicos (PPPs) dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase nas populações do Campo do Brasil. Traça-se um marco teórico que costura diálogos entre a ética e a construção da dimensão ético-estético-política, sua interface com a educação e o trabalho em saúde no SUS, bem como suas convergência epistemológicas com o movimento da reforma Sanitária Brasileira, a Bioética Latinoamericana e os estudos da colonialidade. A partir da análise dos projetos político-pedagógicos dos dois programas de Saúde do Campo existentes no país foram identificadas 89 unidades temáticas, 9 subcategorias a partir de seus agrupamentos de sentido chegamos a três categorias síntese que dão base à DEEP da educação e do trabalho em saúde do campo: a concepção de saúde do campo, a concepção de educação e do trabalho na saúde do campo e a instrumentalidade da saúde do campo, sustentadas por uma categoria transversal que indica valores e princípios constituintes dos projetos político-pedagógicos dos programas. A primeira categoria apontou uma concepção de saúde do campo ancorada na determinação social da saúde, trazendo elementos como a luta pela terra, o racismo como base dos conflitos fundiários, reconhecimento do território brasileiro como projeto colonial que estrutura a violência no campo bem como as resistências de permanecer nesses territórios, como a formação dos quilombos brasileiros. A segunda categoria destacou elementos que emergem do SUS que faz educação pelo trabalho através da educação popular, ressaltando a importância da interação com a realidade social e a problematização dos conhecimentos adquiridos para a vivência cotidiana de novas relações sociais. A terceira categoria instrumentalidade da Saúde e da Educação do Campo, abordou a organicidade dos programas de residência e as pedagogias adotadas, destacando a pedagogia da alternância, a mística e a organização em Núcleos de Base. Como categoria transversal, a quarta categoria trouxe valores morais, sociais, políticos distribuídos ao redor, como sustentação das demais categorias. A partir da identificação da DEEP da educação e do trabalho em saúde do campo aponta-se para a necessidade de traçar processos formativos que considerem a produção de educação e trabalho na saúde a partir dos territórios do campo, o que significa um esforço analítico para compreender a formação social do Brasil enquanto território atravessado pela colonização e como esse processo histórico implica na produção de valores e de saúde. Dialoga-se com os movimentos sociais do campo (MST e CONAQ) para produção de práticas colaborativas baseadas em valores que podem estruturar o cuidado em saúde em consonância com os territórios, tensionando os próprios princípios do SUS como a universalidade, traçando caminhos bioéticos fundamentados na autonomia, na solidariedade, no compartilhamento de saberes, na atuação vinculada ao territórios que serve de contexto às ações de saúde, à dignificação da vida e a equidade. Por fim, sintetiza-se a compreensão da DEEP da educação e do trabalho em saúde desenvolvida ao longo dessa dissertação na frase do pensador quilombola Antônio Nego Bispo “É preciso aprender a voltar pra casa”, que sinaliza o que verificamos aqui: as nossas respostas estão nos lugares de onde nunca saíram, nos quilombos, nas aldeias, no campo brasileiro.

**Palavras-chave:** ética; dimensão ético-estético-política, bioética latinoamericana; saúde do campo; educação e trabalho na saúde.

## ABSTRACT

This documentary research aimed to understand the Ethical-Aesthetic-Political Dimension (DEEP) of education and work in health, present in the Political-Pedagogical Projects (PPPs) of the Family Health Multiprofessional Residency programs with an emphasis on rural populations in Brazil. A theoretical framework is outlined, weaving dialogues between ethics and the construction of the ethical-aesthetic-political dimension, its interface with education and health work in the SUS, as well as its epistemological convergences with the Brazilian Health Reform movement, Latin American Bioethics, and coloniality studies. From the analysis of the political-pedagogical projects of the two existing rural health programs in the country, 89 thematic units and 9 subcategories were identified. Through the grouping of meanings, we arrived at three synthesis categories that underpin the DEEP of education and work in rural health: the concept of rural health, the concept of education and work in rural health, and the instrumentality of rural health, supported by a transversal category indicating values and principles constituting the programs' political-pedagogical projects. The first category indicated a concept of rural health anchored in the social determination of health, bringing in elements such as the struggle for land, racism as a basis for land conflicts, the recognition of Brazilian territory as a colonial project structuring rural violence, as well as the resistance to remaining in these territories, like the formation of Brazilian quilombos. The second category highlighted elements emerging from the SUS, which promotes education through work via popular education, emphasizing the importance of interaction with social reality and the questioning of acquired knowledge for the daily experience of new social relations. The third category, instrumentality of Rural Health and Education, addressed the organicity of residency programs and the pedagogies adopted, highlighting alternation pedagogy, mystique, and organization in Base Nuclei. As a transversal category, the fourth category brought moral, social, and political values as the support for the other categories. Based on the identification of the DEEP of rural health education and work, the need to design training processes that consider the production of education and health work from rural territories is highlighted. This involves an analytical effort to understand Brazil's social formation as a territory shaped by colonization and how this historical process influences the production of values and health. Dialogues are established with rural social movements (MST and CONAQ) to produce collaborative practices based on values that can structure health care in line with territories, challenging the SUS principles of universality and tracing bioethical paths grounded in autonomy, solidarity, knowledge-sharing, actions linked to territories that serve as the context for health actions, dignity of life, and equity. Finally, the understanding of the DEEP of education and work in health developed throughout this dissertation is synthesized in the words of quilombola thinker Antônio Nego Bispo, "We need to learn to return home," which reflects our findings: our answers lie in the places they have never left—in quilombos, villages, and rural Brazil.

**Keywords:** ethics; ethical-aesthetic-political dimension Latin American bioethics; rural health; education and work in health.

## LISTA DE FIGURAS

Nenhuma entrada de sumário foi encontrada.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese das categorias profissionais, ano de início e territórios de atuação das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família com ênfase nas Populações do Campo no Brasil \_\_\_\_\_ 115

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS	Atenção Primária à Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CONAQ	Coordenação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
DEEP	Dimensão ético-estético-política
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
MS	Ministério da Saúde
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MST	Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PPGSC	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
PPP	Projeto Político-pedagógico
PSAT	Programa Saúde, Ambiente e Trabalho da Fiocruz Brasília
REMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase nas populações do Campo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí
UPE	Universidade de Pernambuco
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1.SITUANDO O SABER.....	18
2.INTRODUÇÃO .....	26
3.OBJETIVOS .....	31
4.MARCO TEÓRICO.....	32
4.1 A DIMENSÃO ÉTICO-ESTÉTICO-POLÍTICA NA SAÚDE: uma ética produzida social, histórica e culturalmente .....	32
4.2 SAÚDE COLETIVA, BIOÉTICA LATINOAMERICANA E ESTUDOS DA COLONIALIDADE: convergências epistemológicas a partir do sul global .....	39
4.3. A SAÚDE DO CAMPO E O TERRITÓRIO CAMPONÊS PRODUTOR DE VALORES: uma construção dos movimentos sociais .....	53
4.3.1 O ENCONTRO ENTRE REFORMA SANITÁRIA, A LUTA PELA TERRA E A SAÚDE DO CAMPO .....	69
4.4 EDUCAR PARA TRANS(FORMAR) O SUS: os movimentos sociais do campo como sujeitos pedagógicos .....	82
5. MARCO CONTEXTUAL.....	94
5.1. A SAÚDE DO CAMPO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: políticas estruturantes para pensar o território camponês.....	94
5.2. POLÍTICA DE EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE: as residências multiprofissionais em saúde .....	98
5.2.1. As Residências Multiprofissionais em Saúde da Família com Ênfase na População do Campo do Brasil .....	103
6. METODOLOGIA.....	107
6.1 PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	109
6.2 LIMITAÇÕES DO MÉTODO.....	117
6.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	118
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	119
8. ARTIGO CIENTÍFICO .....	130

## 1. SITUANDO O SABER

Las semillas tienen memoria, nunca se olvidan<sup>1</sup>.

Buscando situar o lugar de onde realizei essa pesquisa, e porque gosto de contar histórias, peço licença para me apresentar e construir a localização de onde emergem minhas perguntas, minhas feridas do pensamento<sup>2</sup> ou marcas<sup>3</sup> que me fazem compreender o trabalho acadêmico como desassossego, desde quando as mesmas estradas de terra vermelha que me pariram em São Borja, no Rio Grande do Sul, levaram-me a percorrer caminhos jamais imaginados por mim.

Faço esse exercício para que eu possa construir memória do meu caminho até aqui, alimentando minha trajetória<sup>4</sup> como pesquisadora e profissional da saúde, mas também por uma questão ética de integridade científica, que venho aprendendo com meu núcleo de pesquisa e com professores que encontrei nesse caminho do tornar-se pesquisadora. Compreendendo que uma postura ética não está situada em uma pretensa neutralidade e afastamento do meu campo de pesquisa, que acabaria por reforçar uma fantasia de universalidade e de produção de verdades absolutas, mas que se constitui sobretudo no processo de refletir, reconhecer e situar o lugar de onde falo, busco então pavimentar a estrada para o necessário rigor científico pautado, também, a partir da confiança e da honestidade.

Pois bem, me chamo Thaiara Dornelles Lago, uma mulher cisgênero, racializada socialmente como branca. Sou farmacêutica formada por esta casa – a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – atuei durante quatro anos Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS, onde também me fiz Sanitarista, Especialista em Saúde da Família com ênfase nas Populações do Campo.

---

<sup>1</sup> Referência à fala proferida por Catherine Walsh em seminário realizado de forma virtual no qual dialogava sobre educação e decolonialidade com o professor Reinaldo Fleuri.

<sup>2</sup> Referência ao pensamento de Mia Couto, utilizado em aula da professora Débora Diniz “O que é ciência?” para refletir sobre o porquê fazemos pesquisa. Segundo as autoras, pesquisamos para curar as feridas do pensamento.

<sup>3</sup> No sentido atribuído por Suely Rolnik (2018) como “aquilo em nós que se produz nas incessantes conexões que vamos fazendo” (p.3) a partir das reflexões da professora Suely Rolnik em seu trabalho intitulado “Pensamento, corpo e devir: Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico” onde reflete sobre sua trajetória acadêmica com base na memória do invisível que significa de outros modos o fazer do trabalho acadêmico.

<sup>4</sup> Como nos ensinou Nego Bispo, a partir de seu território quilombola, onde se contam histórias não como mercadoria ou finalidades de interesses, mas para alimentar trajetórias.

Filha de Dona Iara Lago e de Seu Pedro Lago, irmã da Taiana e do Pedrinho e neta de Dona Jurema, nasci na Vila Goulart, periferia de uma cidade marcada pela violência colonial, na fronteira oeste do Rio Grande do Sul com a Argentina. São Borja foi a primeira dos 7 povos das missões empreendidas pelos jesuítas no sul do Brasil por volta de 1682, com a finalidade de difundir o projeto colonial através da catequização e dominação dos povos originários que ali habitavam.

Meus pais se encontraram no meio da cultura gaúcha tradicionalista, e ali entre vaneiras e milongas que embalavam os bailes, fui criada entre o campo e a cidade, desconhecendo a história constituinte daquela cidade, intercalando meu território entre o estar dentro e - como se diz na minha terra - o “ir pra fora”. Fora da cidade, para a zona rural onde meu pai havia nascido e vivido até os 17 anos de idade. Naquele canto de mundo, perto da costa do Rio Uruguai, que conhecemos por Mercedes, a mais ou menos 40 minutos distante da cidade por estrada de chão, vive a maior parte da minha família paterna.

Lá vivi principalmente na casa da minha bisavó, Dona Mila e dos meus tios: Tio Aparício e minha Tia Erecina. Entre banhos de açudes, brincadeiras na terra, benzimentos, causos ao findar da noite e trabalho no campo para ajudar nas lidas diárias de dar de comer aos bichos e cuidar da terra, fui me fazendo uma criança permeada pelos cheiros e ensinamentos que tinha naquelas fronteiras de barro vermelho e horizonte verde sem fim. Nesse território, vivi e presenciei também as contradições da violência patriarcal, a precariedade de acessos, os deslocamentos forçados, as mortes precoces.

Aos 15 anos, meu espírito de ar-aquariano me convocou a sair de São Borja para estudar e morar com tios que haviam se mudado para Florianópolis, capital de Santa Catarina. Lá, no ano de 2011 encontrei com as políticas públicas que me permitiram acessar – através de um cursinho pré-vestibular gratuito e das ações afirmativas para alunos de escola pública – a Universidade Federal de Santa Catarina. Lá, cumpri a sina de muitos da minha geração de “ser a primeira da família” a conseguir uma graduação de ensino superior. Me fiz farmacêutica, formada em 2017, mas sobretudo me transformei em uma apaixonada pelo SUS. Após meu encontro com o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e com a extensão universitária, dei meus primeiros passos mais firmes na direção do encantamento e do compromisso com a construção da saúde coletiva.

Recém-formada, mais uma vez via políticas públicas, ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Ali, junto da professora Rita de Cássia, do professor Marco Da Ros, da minha tutora Ana Capeleto, meus colegas de turma e equipe, sobretudo junto dos usuários, me afetei irreversivelmente por esses territórios que constituem o nosso SUS. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Praia Mar, no município de Itapema, aprendi sobre educação popular, controle social e clínica ampliada. Construimos grupos, o acolhimento coletivo, grupos de saúde da mulher, grupo de saberes, que me moveram nas fronteiras do “fazer com”, “fazer partilhado”.

Nesse caminho, professor Marcão nos encorajou a conhecer experiências de saúde construídas a partir de um projeto popular, buscando justamente historicizar e compreender a determinação social da saúde. Foi assim que nos falou dos movimentos sociais de Pernambuco e de uma Residência que ocorria em territórios do campo, em assentamentos da reforma agrária e quilombos. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase nas populações do campo (REMSF Campo) que carinhosa e politicamente é chamada por Residência do Campo. Meu espírito então novamente dá um sopro de coragem para atravessar o país e durante meu estágio da primeira Residência, conhecer essa experiência em um mês de atuação na cidade de Garanhuns.

Recordo que assim que cheguei, recebi um abraço acolhedor de nosso professor e coordenador, Itamar Lages, que com seus ares escorpianos me perguntou: “o que essa residência tem para te oferecer, menina, que tu vens de tão longe?” Itamar dizia isso por sua preocupação com a estruturação da residência que nessa época já se encontrava frágil. Eu, agarrada à potência que me movimentou em coragem, dizia que a REMSF Campo era terra fértil. Atravessada por essa terra camponesa, que reacendeu uma memória e conexão com as minhas origens, faço o processo seletivo e me transformo em Residente do Campo, me mudando para Pernambuco em março de 2020, para começar minha segunda residência logo na beira do início da pandemia de COVID-19.

Logo de chegada, a conjuntura que devastava nosso país bateu mais próximo da nossa porta e fez fissuras em muitos de meus encantamentos. Sem salário pago por um Ministério da Saúde (MS) preocupado em aprovar e distribuir cloroquina, as dúvidas e violências foram crescendo e então me vi questionando o porquê havia me

distanciado tanto de casa, o porquê havia feito essa escolha de viver o SUS em Pernambuco.

Esse também foi o momento em que minha Tia Erecina (aquela que morava “pra fora”, lembra?), preocupada com a pandemia, teve um Acidente Vascular Cerebral (AVC), nesse canto que contei chamado Mercedes. Meu tio Aparício acionou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que se perdeu em outros sítios e rincões e só achou a casa da minha tia muitas horas depois do chamado. Encontraram ela já cansada e se entregando à passagem dessa vida para virar nossa ancestral. A notícia me atravessou o peito, entristeceu-me profundamente por saber que uma mulher sábia como minha Tia, uma mais velha que criou tantos da minha família, uma mulher do campo, acabava de levar seus conhecimentos para o fundo da terra antes do tempo.

A dor que tomou meu corpo-espírito acabou por reforçar em mim uma escolha profunda, de permanecer em Pernambuco para aprender um fazer saúde que saiba os caminhos de chegar até as pessoas do campo. Que não se perca para cuidar daqueles que sustentam e são fundamento desse país, que nos alimentam, que nos fornecem raiz, historicidade, identidade. Pessoas como minha tia, meus tios, meus padrinhos, meus avós e bisavós e toda a multiplicidade dos povos do campo. Muitos deles, que morreram pela morte precoce que assola o Brasil desigual, a morte dos invisíveis, do menos humanos, dos que estão à margem do direito.

Aprendi em Pernambuco, então, que para encontrar esse caminho da roça no campo da saúde, é preciso o saber técnico que envolve as especificidades dessa população, mas sobretudo, a intencionalidade ético-política para reconhecer a necessidade e compromisso social de estar ali enquanto política pública de saúde. No fazer saúde do campo junto à Residência do Campo da Universidade de Pernambuco (UPE), percebi que a maioria dos trabalhadores do SUS não conheciam a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) e que, uma vez atuando nesses territórios, desconheciam as especificidades do cuidado em saúde nesses territórios.

Não havia na concepção do trabalho em saúde a consciência do processo histórico, da cultura camponesa, dos conflitos no campo que tanto adoecem as comunidades. Havia uma reprodução do cuidado em saúde a partir da lógica da cidade, produtivista e desenvolvida dos saberes e necessidades locais.

Na contramão desse modo hegemônico de fazer saúde estão as Residências do Campo, que junto aos movimentos sociais do campo, constroem outros caminhos possíveis para cuidar e implementar as políticas públicas. Vivendo essa experiência de dentro, colocando meus pés a caminhar quilômetros a fio nas estradas de chão, sob o sol do Agreste Pernambucano, fui percebendo que a Residência do Campo havia acionado em mim uma transformação muito profunda.

Muitas vezes, quando me despedia em uma visita domiciliar, sentia como se estivesse saindo da casa de minha Tia ou minha madrinha e os sentidos resgataram memórias em mim de tempos imersas nessa cultura camponesa: **era como voltar para casa**. Inclusive, muitos de nós, residentes, falávamos essa frase em momentos de avaliação e reflexão sobre nosso processo de ser Residentes do Campo.

Esse resgate se deu sobretudo a partir da convivência com as comunidades para além dos procedimentos considerados técnicos na saúde. Eram nas conversas sobre as trajetórias de vida, sobre a história das comunidades, nas escutas das dores e sonhos daqueles camponeses e camponesas, nos cafés compartilhados, nas celebrações que renovavam o espírito em gira, que aprendemos a ser profissionais da saúde do campo.

Hoje, enquanto eu escrevo essas linhas, vejo colegas egressos das Residências do Campo inseridos nos mais diversos lugares profissionais (na atenção à saúde indígena, como apoio técnico junto às populações atingidas por barragens, como formuladores de políticas no Ministério da Saúde (MS), como professores e pesquisadores nas universidades, como gestores municipais na atenção básica, etc.), mas vejo que independente do trabalho e da função técnica que realizem, afirmam no seu fazer o compromisso ético-político com a saúde das populações do campo e defesa da saúde como direito.

Foi assim que retomei a pergunta feita pelo professor Itamar logo que cheguei na Residência do Campo quando me questionava o que o programa tinha para oferecer. O que as Residências do Campo têm enquanto fundamento que formam profissionais assim, comprometidos ético-politicamente com as populações do campo na garantia do direito à saúde? O que esse programa, esse projeto político pedagógico tem para oferecer para a formação em saúde? O que as Residências do Campo têm em seu processo educativo, que as torna terrenos tão férteis para a formação de profissionais da saúde com capacidade de trabalhar e produzir política pública de saúde a partir da realidade dos territórios.

Percebi, então, que talvez olhar com mais tempo e embasamento para esses programas, propondo uma aproximação à dimensão ético-estético-política dessa formação pode ajudar a nomear os aprendizados que ela pode nos compartilhar para contribuir com a construção de uma formação em saúde que seja comprometida com a promoção do direito à saúde junto às populações do campo. É a partir desses desassossegos que esse trabalho vai se estruturando e pedindo passagem, na medida em que se faz - desde sempre e cada vez mais - urgente enfrentar as lacunas históricas que temos quando falamos em saúde do campo.

É, portanto, a partir desse lugar híbrido, múltiplo, cheio de camadas que operam diferentes forças moventes de constante desconstrução e construção de territórios existenciais, de territorialização e desterritorialização, que carrego comigo redes. Que me faço e me refaço a partir dos fragmentos de memórias, de histórias, de afetos e forças que se conectam e confluem para formar essa colcha de retalhos que venho costurando como pesquisadora e profissional da saúde.

Rita Laura Segato, em seu artigo sobre gênero e colonialidade, articula a ideia de tapeçaria para falar de história coletivamente construída, em que aponta:

Quando a história é tecida coletivamente, como os pontos de uma tapeçaria, onde os fios desenham figuras, às vezes aproximando-se e convergindo, às vezes distanciando-se e seguindo em direção oposta, é interceptada, interrompida pela força de uma intervenção externa, este sujeito coletivo pretende retornar os fios, fazer pequenos nós, suturar a memória e continuar. Nesse caso, podemos chamar de devolução da história, uma restituição da capacidade de tecer seu próprio caminho histórico, retomando o tramado das figuras, tecendo-as até o presente da urdidura, projetando-as em direção futura (SEGATO, 2012, p. 112).

Essa pesquisa não se pretende como uma produção solitária, mas coloca-se como composta pelos encontros, por minha trajetória como pesquisadora que assume lugar de compromisso social e político com a realidade investigada e, portanto, está ela mesma impregnada pelos valores do mundo que vivi até aqui. Chegam comigo nessa análise toda a bagagem, todo o chão de quilombo que caminhei, todo feijão de corda, todo jerimum, macaxeira e café que sustentou o caminho de um SUS que teima em existir nos rincões adentro desse país.

Este fato não implica, contudo, em uma facilidade na elaboração do constructo da investigação. Pelo contrário, diante do compromisso social, ético-político com esta pesquisa aumenta-se a exigência de coerência, atenção à meu lugar social como pesquisadora, sobretudo, a responsabilidade de que este trabalho sirva como

ferramenta para reflexão e fortalecimento do contexto estudado na pesquisa. O trabalho que segue foi realizado na linha de pesquisa de Bioética e Saúde Coletiva, mais especificamente aderido ao projeto de pesquisa Ética na interface desta com a educação e o trabalho em saúde.

A pesquisa toma como base o entendimento de que os processos de educação e trabalho em saúde, quando em contextos de territórios do campo, está fundamentado em uma dimensão ética transversal, que versa sobre valores, princípios, modos de fazer. Portanto, a pesquisa concebeu como objeto de interesse a dimensão ético-estética-política (DEEP) da educação e do trabalho em saúde no contexto das Residências em Saúde do Campo do Brasil, situados nos capítulos .

Compreendendo que a DEEP da educação e do trabalho na saúde do campo está enraizada em elementos como compreensão de saúde, território e educação construídas pelos movimentos sociais do campo, o marco teórico dessa dissertação constrói diálogos com referenciais produzidos pelos movimentos, junto ao capítulo 4.1 estruturado como “A dimensão Ético-Estético-Política na Saúde: uma ética produzida social, histórica e culturalmente” onde se constrói a delimitação do objeto da pesquisa, trazendo reflexões importantes sobre ética e educação, trabalho em saúde a partir dos princípios do SUS, bioética e saúde coletiva.

No capítulo 4.2 “Saúde Coletiva, Bioética Latinoamericana e estudos da colonialidade: convergências epistemológicas a partir do Sul Global”, faço uma costura de retalhos, transitando entre os pressupostos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que deu base ao que entendemos hoje como campo da Saúde Coletiva.

No capítulo 4.3 “ A saúde do campo e o território camponês produtor de valores: uma construção dos movimentos sociais “ tento fazer a aproximação com o campo brasileiro permeado de movimentos sociais, que têm intencionalidades mais amplas de uma nova ética, de uma nova relação organizativa e política da sociedade, fazendo uma breve contextualização do seu processo de formação histórico-social e de resistência diante das violências coloniais e a luta pela terra, aprofundada no subtópico 4.3.1 “O encontro entre a reforma sanitária, a luta pela terra e a saúde do campo”.

Por fim, no capítulo 4.4 “Educar para trans(formar) o SUS: os movimentos sociais do campo como sujeitos pedagógicos” me debruço sobre a trajetória dos

movimentos sociais do campo, sobretudo MST e CONAQ, e sua construção como sujeitos pedagógicos que ensinam valores, ensinam a ser.

Após detalhamento dos caminhos metodológicos os resultados são apresentados e discutidos no Artigo “A dimensão ético-política da educação e do trabalho na saúde do campo: contribuições dos programas de residências multiprofissionais em saúde da família com ênfase nas populações do campo do Brasil “conforme regimento interno do PPGSC/UFSC.

## 2. INTRODUÇÃO

Pesquisar a partir das reflexões bioéticas no campo da Saúde Coletiva, mais especificamente nos seus cruzamentos com o campo da educação, ainda é um desafio na área, já que suas afinidades, objetos de análise e trabalho em comum estão para além do ensino de bioética enquanto disciplina (Finkler, 2024). Quando se fala em ética no contexto da formação em saúde não se trata de “ensinar coisas de ética” como se fossem um código, de uma ética deontológica, que versa sobre os imperativos prescritivos sobre as condutas profissionais reduzida ao entendimento de uma ética profissional, concepção predominante na área da saúde (Batista *et al.*, 2014).

Ética, aqui, é compreendida a partir da capacidade de reflexão-ação sobre a realidade concreta e suas contradições, sobre as ações, atitudes, direitos e deveres contextualizados sócio historicamente. Como situou Cortina (2013, p.22) “uma ética filosófica que reflete sobre moral”, ou seja, que reflete e questiona sobre os códigos morais, para então produzir as atitudes necessárias a partir de distintas realidades.

Ao envolver também os problemas éticos cotidianos no âmbito das políticas públicas de saúde, organizada no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a reflexão acerca das questões éticas torna-se ainda mais dinâmica e multidirecionada, como assinala Verdi (2023). O impacto acontece, então, em vários aspectos da vida social, a autora pontua: na construção e difusão de valores cívicos, na definição de referenciais culturais que afetam o padrão de relações sociais, na definição da fronteira entre o público e privado, na definição de critérios valorativos para decidir sobre distribuição de recursos coletivos, na construção de ideais estéticos e morais.

Pasche (2010) identificou a necessidade de visualizar o projeto de saúde do SUS como uma reforma política, cultural e ética. A formação em saúde é, então, parte da tarefa ética desencadeada pelo SUS. A formação predominante nos cenários de educação em saúde permanece tecnicista, universalista, pautada em valores neoliberais, mas deve ser provocada a atualizar-se para uma formação de bases humanísticas, no sentido de abrir-se à diferença, ao processo de alteridade que pressupõe uma pluralidade moral para reconhecer as diferentes necessidades de saúde e de atuação profissional que singularizam os processos de cuidado, legitimando as distintas humanidades (Matias *et al.* 2016).

Em diálogo epistêmico e metodológico com Matias *et al.* (2017), toma-se como objeto para esta pesquisa uma categoria mais ampla da interface entre Educação e Bioética: a dimensão ético-estética-política (DEEP) da educação e do trabalho na saúde. Compreende-se a educação a partir da perspectiva problematizadora e não como transferência bancária de conhecimentos, portanto, pensar sobre os valores, princípios e diretrizes que orientam os processos formativos em saúde é possibilidade de reencontro concreto com os pressupostos do SUS e de exercício dialético de pensar a si mesmo e ao mundo (Freire, 2019).

Assim, como lente de análise para a DEEP da educação e do trabalho na saúde, opta-se por dialogar com a bioética social latinoamericana à luz de referenciais<sup>5</sup> decoloniais, não reduzida apenas a princípios como forma de checklist para análises bioéticas, mas uma bioética social que pode atuar como pontes de referências para a reflexão bioética (Hossne, 2006). Considera-se que essa abordagem vai ao encontro da construção histórica das bioéticas latino-americanas e brasileiras, que foram agregando ao seu modo de fazer o diálogo com referências diversas e conectadas para que possam analisar, descrever e propor caminhos aos conflitos éticos que se colocam contrários à saúde em seu sentido mais amplo (Porto; Garrafa, 2011).

Porto e Garrafa (2011) sinalizaram que a Bioética social, independentemente de sua vertente teórica, reconhece a dignidade humana como valor inerente e inalienável, para todos, considera as especificidades locais, individuais e coletivas e a noção da dimensão social como âmbito da produção do adoecimento, criando uma ponte de conexão aos pressupostos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), os princípios do SUS e a luta pelo direito integral à saúde.

A reflexão bioética dos problemas éticos em saúde pública a partir de distintas realidades morais e solos histórico-culturais, é movimento importante para as reflexões bioéticas sociais latinoamericanas (Nascimento, 2023). Por isso, para pensar sobre a DEEP da educação e do trabalho na saúde, toma-se a saúde do campo como contexto singular desta pesquisa, na busca de diálogo com uma plataforma bioética situada em saberes e valores locais.

---

<sup>5</sup> Entendimento proposto por William Saad Hossne (2006) em seu artigo Bioética: princípios ou referenciais?

A saúde do campo historicamente está relacionada à forte ligação das populações do campo com a Terra, bem como pelos processos de desterritorialização geradores de conflitos em um país colonialista construído com base na expropriação da terra e de latifúndios. É a partir da luta coletiva e do modo como se organizam as comunidades para garantir sua sobrevivência que são produzidos os adoecimentos e possibilidades de cuidado, partindo de uma concepção ampliada e de direito à saúde (Carneiro; Búrigo; Dias, 2012).

No âmbito das políticas públicas de saúde, foi necessária a criação de uma política pública específica para os povos do campo, da floresta e das águas para romper a invisibilidade histórica desses territórios e suas especificidades em relação às necessidades e compreensão de saúde: a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), instituída em 2013. Essa política foi construída no âmbito do Grupo da Terra, grupo institucionalizado pelo Ministério da Saúde, composto por diversos movimentos sociais organizados, que a partir do reconhecimento da negação histórica de suas singularidades por parte dos serviços de saúde, passam a disputar a construção de uma política específica que considere os valores, os modos de fazer e a história política de luta pela saúde do campo (Brasil, 2013).

A partir da legislação que sinaliza a competência do SUS em ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, a formação de profissionais com capacidade de trabalhar na realidade campesina também vira pauta dos movimentos (Brasil, 1990). Articula-se, então, a criação dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase nas Populações do Campo (REMSFCs), o pioneiro no agreste de Pernambuco, iniciado em 2015 e outro no Distrito Federal, iniciado em 2019. Os programas surgem como desdobramento da PNSIPCFA, como forma de subsidiar um processo de formação em saúde e possíveis ações voltadas à especificidade da realidade da população do campo, com base no direito à saúde para todos, de forma integral, através da aproximação entre ensino-serviço-comunidade, centrada na Atenção Primária à Saúde (APS) e na atuação multiprofissional (Dantas, 2017; Silva e Felipe, 2019).

Apesar dos avanços a partir da criação da política, e implementação dos programas de residência em área estratégica, os desafios históricos seguem atuais. Estudos recentes identificaram que entre os desafios para a promoção do direito à saúde nesses territórios está a escassez de força de trabalho em saúde, que sinaliza

a baixa adesão de trabalhadores aos territórios de zona rural e campesinos (Almeida *et al.*, 2023).

Os serviços da APS são aqueles com maior capilaridade territorial no âmbito do SUS. Franco, Lima e Giovanella (2021) constataram que o modo de funcionamento e a racionalidade que dão base ao processo de trabalho da APS em serviços de saúde interiorizados, reproduzem práticas e métodos utilizados no trabalho em saúde na zona urbana, o que gera incongruências no cotidiano de trabalho e ineficiência ou baixa resolutividade diante das necessidades de saúde desses territórios, o que pode ser considerado como um problema ético cotidiano no âmbito das políticas públicas que buscam a integralidade.

Entre os conflitos morais e éticos persistentes na saúde do campo está também a educação e o trabalho em saúde que através de uma lógica hegemônica e bancária, perpetuam uma invasão cultural (Freire, 2013). No campo da saúde pode ocorrer quando existem os serviços de saúde, mas estes são pensados desde uma universalização do cuidado, de valores eurocêntricos e produtivismo neoliberal, tendo como limitação técnico-operacional a falta de conhecimento histórico-social sobre as populações do campo.

Espaços de educação e trabalho em saúde a partir de realidades específicas constroem interações com o outro que são mediadas por diferentes perspectivas, o que pode influenciar no acesso e na qualidade dos cuidados oferecidos, demonstrando a importância do desenvolvimento da competência ética nos prestadores deste cuidado (Siqueira, 2017). Quando pensamos na realidade da saúde do campo, interações que promovam alteridade se tornam ainda mais fundamentais, dado que em comunidades camponesas encontramos outras epistemologias, outras estruturas morais e éticas que embasam a compreensão e a produção do cuidado em saúde, pautadas em distintas compreensões de mundo e de território (Araújo *et al.*, 2022).

Portanto, realizar uma investigação com foco na DEEP construída nos projetos político pedagógicos das REMSFCs, pode trazer à tona uma série de tendências, elementos e de necessidades a serem consideradas pelas análises de conflitos éticos da educação e trabalho na saúde nesses contextos. Elementos que também podem servir aos gestores e atores pedagógicos do SUS escola, impactando em possíveis melhorias para as comunidades camponesas a partir da formação de profissionais de saúde ético politicamente capazes de promover o direito integral à saúde nesses

territórios, reverberando em avanços na promoção da equidade no âmbito do SUS brasileiro.

Investigar a DEEP construída nas REMSFCs, também se caracteriza, infelizmente, como empreitada relativamente inovadora, dado que no Brasil segundo Valadares (2014), a mancha urbana é de apenas 0,4% do território nacional e sua extensão territorial é majoritariamente rural, somente dois programas de Residência tem se dedicado à formação de profissionais da saúde em contexto dos territórios do campo. Além disso, pensar desde outras categorias que emergem dos solos culturais dos povos dos quais avaliamos os conflitos morais no campo da bioética. No caso desta pesquisa, os problemas bioéticos persistentes no trabalho e educação na saúde em territórios do campo.

Compreendendo o processo de educação e trabalho na saúde do campo como fenômeno social, e a DEEP como fundamental para a formação crítica e implicada com as populações do campo, pretende-se refletir: quais valores estão presentes nos projetos político pedagógicos das residências do campo? Os valores têm relação com os fatores envolvidos no processo histórico de construção dos programas e da saúde do campo? Em que medida se aproximam ou se distanciam dos referenciais da bioética social latinoamericana? Podem provocar outros elementos da DEEP da formação de profissionais de saúde para os referenciais bioéticos latinoamericanos?

O estímulo que envolve a proposta dessa pesquisa, portanto, é poder compreender a dimensão ético-estético-política construída nas REMSFCs do Brasil, lançando um olhar para esses elementos a partir da Bioética Social Latinoamericana de perspectiva decolonial, percebendo em que pontos se aproximam, dialogam ou se distanciam como proposta possível para formação profissional em saúde necessária para atuar com as populações do campo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender a Dimensão Ética-estética-política (DEEP) da educação e trabalho na saúde, construída e presente nos Projetos Político Pedagógicos dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase nas populações do Campo do Brasil.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar elementos fundamentais da DEEP da educação e trabalho na saúde nos projetos político pedagógicos dos programas
- Relacionar esses elementos com o processo de construção histórica da saúde do campo
- Discutir, a partir dos referenciais Bioética Social Latinoamericana, a DEEP dos processos formativos de educação pelo trabalho na saúde do campo

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 A DIMENSÃO ÉTICO-ESTÉTICO-POLÍTICA NA SAÚDE: UMA ÉTICA PRODUZIDA SOCIAL, HISTÓRICA E CULTURALMENTE

Início este capítulo fazendo uma reflexão sobre os contornos do que vou compreendendo como ética e moral, avançando para a compreensão de uma dimensão ética e seu fundamento na conscientização e nas atitudes contextualizadas sócio historicamente. Por fim, reflito sobre a compreensão mais complexa de uma dimensão ético-estético-política e a interface dessa dimensão com a educação e o trabalho em saúde na perspectiva do SUS. Esse foi um exercício de aproximação e delineamento do objeto de trabalho desta dissertação.

Ética e moral cotidianamente costumam ser termos usados como sinônimos. Entretanto, do ponto de vista teórico conceitual a moral está delimitada como o conjunto de normas, valores, crenças que orientam as condutas sociais (Cortina, 2013). Por haver distintas perspectivas em relação aos projetos de sociedade em disputa, a moral pode levar junto consigo adjetivações oriundas dos grupos sociais que disputam essas normas, como por exemplo “moral cristã”, “moral conservadora”, etc.

A ética, por sua vez, pode ser compreendida como a ação reflexiva sobre um determinado tempo, os costumes e valores que dão base e justificam as decisões que se consideram responsáveis (Finkler; Negreiros, 2018). Seria, portanto, um exercício de análise crítica do senso comum e das bases morais vigentes. A ética se constituiria como um saber científico capaz de estabelecer um distanciamento crítico sobre as distintas morais, a fim de refletir sobre elas, identificando seus elementos fundamentais (Junges; Zoboli, 2012). Neste constructo, segundo Cortina (2005) a “pergunta básica da moral é o que devemos fazer e a questão central da ética é por que devemos fazer.”

Ética estaria, portanto, ligada a ação de conscientização, de tornar visível e consciente o que na maioria das vezes permanece implícito, mas que sustenta as decisões. Essa conscientização aconteceria através do conhecimento, do pensamento crítico para refletir sobre as distintas realidades, o que poderia ser considerado uma análise interpretativa da realidade com o objetivo de discernir de

maneira responsável, não apenas obedecendo normas. Para Junges e Zoboli (2012, p. 1058).

O discernimento caracteriza-se por perceber ou detectar o que está em jogo, peneirar ou distinguir os diversos elementos implicados, optar pelo caminho mais adequado entre os vários que se apresentam. Discernir compreende o ver, o julgar e o agir; combina a profundidade da compreensão das exigências e a sensibilidade acurada pelas circunstâncias do contexto.

Para Junges e Zoboli (2012) agimos longe da ética quando nos falta o exercício de conscientização sobre os contextos, o que muitas vezes pode levar a ilusões ou erros, o que os autores chamam de desvio ético, devido a falta de senso crítico e de conhecimento adequado.

É importante pontuar a diferença entre tomada de consciência e conscientização. A primeira é um mero reconhecimento do que se mostra como real, uma aceitação da imagem que se apresenta. Já a segunda, surge a partir do exercício crítico da primeira (Freire, 1979). Sendo assim, o ato de questionar, de refletir e querer entender a imagem mostrada como real, gera um tensionamento que - pelo próprio conflito - abre possibilidades para criar uma outra ou mais complexa compreensão da realidade.

Junges e Zoboli (2012) assinalam a possibilidade de uma ilusão ética, ancorada na ideia de que obedecer a códigos morais é correspondente ao agir ético quando, muitas vezes, fazem com que obedecer às normas possa ser pactuar e reproduzir violências. O pensamento crítico a partir da realidade teria, assim, lugar central na reflexão ética. Nesse sentido os autores recorrem a experiência moral como referência ética pautada na facticidade, que aconteceria no cruzamento do referencial simbólico, do contexto sociocultural e das questões subjetivas de determinada comunidade moral, em determinado tempo histórico que determinariam o sentido de ações concretas.

Parte-se do pressuposto de uma ética produzida social, histórica e culturalmente, no sentido de que não basta dizer “somos éticos”, já que ética nos informa atitude situada, contextualizada e sobretudo, como pontuam Finkler, Moratelli, Vásquez, Verdi e Bara (2021), com intencionalidade. Nisso ocorre que uma sociedade, num determinado tempo, passa a tomar como aceitável e como desejável, mas como a ética se desloca, se atualiza de acordo com o contexto social, o que era

aceitável ontem pode se tornar inaceitável se os valores mudam. Compreende-se então a conduta ética construída como ação refletida, não como algo espontâneo, tampouco robótico, mas como atitude intencional que envolve a necessidade de refletir para deliberar com base em sistemas de valores.

Ao situar a dimensão ética é importante destacar que aqui não se trata de um código, de uma ética deontológica, que versa sobre os imperativos prescritivos sobre as condutas profissionais reduzida ao entendimento de uma ética profissional, concepção predominante na área da saúde (Batista et al., 2014). Ética aqui é compreendida a partir da capacidade de reflexão sobre a realidade concreta e suas contradições, sobre as ações e atitudes contextualizadas sócio historicamente.

Se podemos considerar que agir eticamente é refletir desde diferentes realidades, pensar sobre estratégias que o SUS pode adotar para assumir responsabilidades no campo das políticas públicas de saúde com maior consciência, já que nem sempre a boa intencionalidade das ações pode garantir bons resultados (Fleury; Ouverney, 2000).

A dimensão ética teria como pressuposto o reconhecimento e o respeito às diferenças que marcam a expressão das humanidades de distintas sociedades e grupos socioculturais em suas respectivas singularidades. No campo da saúde, estaria vinculada à defesa da vida e ao direito do desenvolvimento integral (Matias et al. 2016), uma ética do pleno desenvolvimento humano em toda a sua singularidade.

Dialogando com Matias et al. (2016) fundamenta-se para este trabalho uma ética que não está atrelada a qualquer tipo de principialismo, mas sim uma ética centrada no diálogo como modo compartilhado e possível de construir um cuidado em saúde consolidado nos princípios e pressupostos do SUS, de ser um sistema de saúde público, integral, universal e de qualidade.

Compreendendo a educação superior na saúde como parte da tarefa ético-política desencadeada pelo SUS, a formação tecnicista predominante dos cenários de educação na saúde deve ser provocada à atualizar-se para uma formação de bases humanísticas, no sentido de abrir-se à diferença, ao processo de alteridade que pressupõe uma pluralidade moral para reconhecer as diferentes necessidades de saúde e de atuação profissional que singularizam os processos de cuidado, legitimando nossas distintas humanidades (Matias et al. 2016).

Finkler e Negreiros (2018) pontuam as tensões envolvidas na disputa que está para além dos termos formação x educação. Há, por um lado, uma Universidade

comprometida com a produção de uma sociedade melhor, mais justa e igualitária, enquanto por outro, uma Universidade comprometida com a formação profissional voltada para o mercado de trabalho. Para além de uma visão dicotômica e excludente de ambas as perspectivas, sabe-se que o equilíbrio entre elas poderia ser possível não fosse a grande disparidade de influências (maiores forças políticas voltadas ao mercado capitalista) que dominam os cenários universitários no país.

A educação em contextos políticos não apenas transmite informações, conceitos, conteúdos e conhecimentos, mas também molda modos de pensar, subjetividades e maneiras de nos posicionarmos no mundo e de ser. Seja na saúde ou em outro campo, a educação é um caminho que nos forma e define quem somos (Nascimento, 2023).

O professor Wanderson Flor do Nascimento destaca, em mesa durante o IX Congresso Internacional da Redbioética/UNESCO que é crucial reconsiderar os elementos morais e da moralidade comum, refletindo a partir de outras categorias, especificamente aquelas enraizadas nos solos culturais dos povos que avaliamos em conflitos morais no campo da bioética. Isso inclui o tratamento pedagógico da bioética ao refletir suas finalidades e sentidos, questionando para que e qual é o sentido da própria educação. Estas são perguntas fundamentais diante das transformações neoliberais no campo educacional.

A educação, como prática política, possui implicações morais e éticas significativas. Sendo uma prática política, ela pode tanto adaptar os sujeitos às normas neoliberais quanto promover uma perspectiva emancipatória. Esta última busca formar pessoas críticas, politicamente engajadas contra as injustiças e capazes de avaliar de maneira situada os problemas e conflitos morais que envolvem a vida e a saúde (Nascimento, 2023).

A disputa pelo papel social da educação superior em saúde, acaba por desaguar em significativa defasagem de contextos educativos que possibilitem reflexão crítica sobre a prática. No caso da área da saúde, Matias (2017) assinala o desafio da sustentabilidade da política pública de saúde brasileira, diante de práticas educacionais ainda frágeis para embasar a atuação dos trabalhadores do SUS como agentes morais, de forma adequada aos seus pressupostos ético-políticos.

Aqui localiza-se a questão política da educação e do trabalho em saúde, onde se refere à organização social e institucional das práticas na rede do SUS, apontando para a inseparabilidade entre Ética e Política. Buscando superar as práticas formativas

fragmentadas e prescritivas, para além da reorganização dos modelos de formação, é preciso organizar um reposicionamento subjetivo no sentido da solidariedade e da equidade, que não aparte o fazer técnico da saúde do comprometimento político de construção compartilhada que se dá no encontro com o outro (Rolnik, 1993). Dissociando técnica, ética e política, estes modos de formar não priorizam a intervenção nos problemas de saúde partindo das necessidades concretas que emergem das diferentes realidades do contexto brasileiro.

Finkler (2024) fundamenta a dimensão ético-estético-política como um objeto de trabalho para a educação, constituindo um termo mais abrangente para tratar do que geralmente é compreendido como formação ética, formação em valores, de caráter ou educação moral, mas que ao fundo carrega a pergunta de como tomamos decisões e com base em que, conformando um processo educativo integral.

Guattari (1992, p.129), ao refletir sobre o que chama de novo paradigma estético, enfatiza o contexto que permeia e transforma constantemente as realidades históricas, sociais, subjetivas:

A ciência, a técnica, a filosofia, a arte, a conduta humana defrontam-se com coerções, com resistências de materiais específicos, que elas desfazem e articulam, nos limites dados, com a ajuda de códigos, de ensinamentos históricos que as levam a fechar algumas portas e a abrir outras.

Aponta então que “o novo paradigma estético tem implicações ético-políticas porque quem fala em criação, fala em responsabilidade da instância criadora em relação a coisa criada (Guattari, 1992, p.135).

O paradigma ético-estético-político (Guattari, 1992) está constituído por essas três dimensões de maneira imbricada. Como um tecido costurado em pedaços de diversos tecidos, carrega diferentes significados que se encontram e sustentam essa colcha de retalhos. É fundamental salientar que estes elementos não ocorrem de forma separada, mas olhar cada um deles facilita sua apreensão.

A dimensão ética é aquela que busca a potência derivada das práticas que visam coordenar a vida e escolher a forma de vivê-la, marcada pela escuta das diferenças e pelo que estas produzem em nós. A estética seria dada pela possibilidade de criação permanente, que encarna as marcas do pensamento e que engendra novas formas de subjetivação. A dimensão política estaria associada à possibilidade de escolha de modos de organizar o mundo em que se quer viver.

A dimensão ético-estético-política atua como eixo transversal de análise, aplicada a dois distintos, mas interrelacionados, âmbitos: o da educação superior de profissionais de saúde e o do próprio trabalho em saúde, no contexto brasileiro. Pode contribuir na compreensão de caminhos de intervenção necessários para a transformação social do contexto de produção da educação e do trabalho na saúde, no sentido da garantia dos direitos humanos, da democracia e da pluralidade moral.

Compreende-se a ética como universo dos valores, das compreensões filosóficas, políticas, educacionais e de saúde, pluralidade, reconhecimento do outro, da alteridade, implicando em constante reflexão e reposicionamento. A estética é compreendida como modos de fazer, de operar as reinvenções de si e de produção de saúde. Compreende também os modelos de atenção, o fazer intersetorial, interprofissional e intercultural, fundamentado por práxis colaborativa, situada e territorializada. Política é enraizada na compreensão de atitudes, intencionalidades da transformação social operada sobretudo via articulação interinstitucional, com os movimentos sociais, com compromisso social e político na construção da saúde do campo.

Na política pública de saúde a dimensão ético-estético-política surge com mais visibilidade no cenário nacional a partir de sua inserção como proposta central da Política Nacional de Humanização (PNH). No âmbito da PNH, o compromisso ético-estético-político é fundamentado pelos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2008).

A dimensão estética está situada na construção de processos sensíveis de invenção de estratégias no cotidiano do fazer SUS próximo aos territórios, buscando a promoção da autonomia, a dignificação da vida, a colaboração solidária a partir do compartilhamento de saberes e poderes (Matias, 2017). É na produção do comum, que se diluem as fronteiras e hierarquias do fazer, abrindo terreno fértil para produção de outros modos de cuidado em saúde.

Matias (2017, p.153) frisa que a atuação próxima ao território (como é o caso da APS) não é reduzida a uma dimensão espacial já que esse deslocamento oferece aos trabalhadores elementos fundamentais para compreensão de saúde situada ao “É ir encontrá-lo em seu território, no lugar onde a vida se dá todos os dias. O lugar

que mostra a todos os profissionais da equipe de saúde, os elementos fundamentais para uma real compreensão dos processos saúde-doença, atenção-gestão”.

Na perspectiva de reposicionar e recordar os princípios que fundamentam o Sistema Único de Saúde brasileiro, a Lei 8080/1990, em seu artigo 7º fala que como fundamento das ações e serviços do SUS estão os princípios da: universalidade de acesso, integralidade de assistência, preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, capacidade de resolução dos serviços.

Para dar conta dessa orientação, para além da organização dos serviços, Matias *et al.* (2016) aponta a necessidade de organizar um reposicionamento subjetivo para outros valores como solidariedade e equidade. Dentro dos ideais da reforma sanitária brasileira, a construção do SUS é compreendida como a construção de um outro processo civilizatório, provocando a mudança do entendimento de recursos humanos (prateleira, objeto) para educação e trabalho, não apenas como retórica do movimento, mas como um projeto de transformação social.

Aprende-se a atuar difundindo medidas prescritivas com base no “paciente do livro”, nas doenças e situações desterritorializadas das realidades sociais, mas não com o Brasil profundo, historicamente fundado em desigualdades estruturais. Faz-se necessário um reposicionamento ético diante dos modos que tutelam e que atravessam políticas de governo, fomentando práticas reprodutoras de dependência e isolamento para formar a partir das experiências práticas, territorializadas no cotidiano dos serviços de saúde, já que a tecnologia central do trabalho em saúde é o encontro com o outro (Pasche, 2010).

Há, portanto, um vínculo entre a dimensão ética e o processo de educação e trabalho para o SUS: se o sistema é fundamentado em pressupostos, princípios e valores, a ação desencadeada dentro do sistema está (ou deveria estar) diretamente vinculada a eles. Junges e Zoboli (2012) destacam a importância do contexto das ações já que quanto maior for a consciência sobre ele, maior pode ser a resposta que emergir dele como enfrentamento aos problemas e necessidades locais. Os autores destacam o papel da transdisciplinaridade como possibilidade não apenas de comunicação entre campos de distintos saberes e circulação de discursos, mas sobretudo pela circulação dos agentes, dos sujeitos de cada campo entre si.

Para Matias *et al.* (2016) pensar sobre experimentações ético-estético-políticas no campo da educação e do trabalho em saúde é fundamentar-se na problematização da realidade e dos modos de subjetivação, compreendendo as instituições envolvidas como produtoras de verdades, saberes e práticas, que precisam ser questionadas a fim de que não se convertam em prescrições absolutas e descontextualizadas.

#### **4.2 SAÚDE COLETIVA, BIOÉTICA LATINOAMERICANA E ESTUDOS DA COLONIALIDADE: CONVERGÊNCIAS EPISTEMOLÓGICAS A PARTIR DO SUL GLOBAL**

Nesse capítulo faço uma costura de retalhos, transitando entre os pressupostos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que deu base ao que entendemos hoje como campo da Saúde Coletiva, refletindo sobre o que Silva (2022) chama de fenômeno da “raça ausente”, passando pelo processo de construção de uma bioética latinoamericana. Finalizo o capítulo com uma reflexão a partir do encontro com teorias decoloniais, com especial atenção à importância dos estudos étnico-raciais diante da ideologia da colonialidade que permanece em nosso contexto social. Faço coro à necessidade de outros valores civilizatórios para um reposicionamento ético do campo da saúde, trazendo para o diálogo a mandala dos valores afro civilizatórios proposta pela professora Azoilda Trindade (2006).

A Reforma Sanitária Brasileira que deságua no SUS enquanto reforma social e política deve ser compreendida como projeto para além do âmbito sanitário. Reafirmar essa complexidade é importante, dado que a disputada entre o “SUS sonhado e o SUS vivido”<sup>6</sup> está em constante movimento e atualiza os desafios pela garantia dos princípios de um sistema que parte do pressuposto ético de que saúde é um direito universal e inalienável, indo na contramão do projeto social neoliberal capitalista em curso. Portanto o projeto de saúde do SUS deve ser visualizado também, como uma reforma política, cultural e ética (Pasche, 2010), segundo o autor a consolidação do SUS é tarefa ética, pois os limites do possível não podem ser dados pelo que já existe. Significa dizer que a defesa dos direitos traduz o imperativo ético

---

<sup>6</sup> Referência aos enunciados do professor Marco Aurélio da Ros, que em suas reflexões sobre os desafios do SUS diante da conjuntura neoliberal assentada no Brasil.

de lutar para que o SUS coloque cotidianamente à disposição dos sujeitos aquilo que é essencial para sua cidadania.

O surgimento e consolidação da bioética nas décadas de 1960 - 1970 encontra-se enredado às conquistas por direitos humanos e aos conflitos morais gerados na sociedade devido ao acelerado desenvolvimento científico nas ciências biológicas nos séculos XX e XXI. Para Berlinguer (1996), a bioética explora as relações entre saúde e sociedade, sendo este campo um espaço em constante transformação e atualização. O autor coloca que esse desenvolvimento científico e seus avanços influenciam relações de poder e formas de pensar e vida, de conduzir o processo de saúde e doença.

A bioética pode ser considerada o campo da ética aplicada que mais avançou nas últimas décadas (Garrafa, 2005). Com pouco mais de 40 anos de vida acabou circulando pelo mundo – a partir dos anos 70 e durante os anos 80 - com uma roupagem estadunidense de uma bioética principialista que supervaloriza o princípio da autonomia, fazendo com que em muitos lugares a visão individual dos conflitos passasse a ser a única possibilidade para a resolução dos conflitos. Na saúde acabou por ser incorporada ao campo médico, sendo, por muito tempo entendida como um campo reduzido à conflitos da clínica médica e aos interesses da área biomédica hegemônica, mais centrado em problemas individuais do que coletivos.

Entretanto, essa visão pautada em princípios se mostrou limitada e insuficiente para enfrentamento da complexidade dos conflitos bioéticos a nível macro, principalmente quando regionalizam-se os problemas éticos. Em países como o Brasil que apresentam significativos índices de desigualdades que seguem persistentes no cotidiano de grande parte da população, é necessária uma análise crítica para construir soluções diversas.

Foi então que - fazendo um outro caminho epistemológico - partindo da experiência de um país como o Brasil situado no Sul global, rico em movimentos populares e experiências culturais ao mesmo passo em que é projetado para as desigualdades e injustiças, foi se configurando uma bioética com uma especificidade brasileira. Garrafa (2005) aponta que a consolidação de diversos grupos de estudo, pesquisa e pós-graduação que se espalharam pelo país foi fundamental para esse processo.

Isso ocorreu por volta dos anos 90, quando também começa no Brasil um esforço – por parte dos estudiosos do campo oriundos do movimento sanitário - para contextualizar e sistematizar uma visão social da bioética atrelada ao conceito ampliado de saúde. Havia uma busca por politizar e estabelecer uma visão crítica entre bioética e saúde que vem se consolidando, aproximando a compreensão sobre a atenção à saúde fortemente relacionada com o contexto social e econômico do país, com a produção de saúde e de adoecimento (Garrafa, 2012).

Assim como a Reforma Sanitária, a Bioética também construiu um caminho enquanto campo transdisciplinar de produção de conhecimento, agregando ao seu modo de fazer diálogo com referências diversas, conectadas para que possam analisar, descrever e propor caminhos aos conflitos éticos que se colocam contrários à saúde em seu sentido mais amplo (Porto; Garrafa, 2011). Nessa pluralidade de perspectivas, surge no campo do saber da Bioética brasileira, diferentes teorias bioéticas crítico-sociais, como a Bioética da proteção, a Bioética feminista e antirracista, a Bioética de Intervenção, a Bioética crítica de inspiração feminista, todas conhecidas por considerarem o contexto da realidade histórico-cultural brasileira como mesma dimensão social e por proporem reflexões críticas acerca do papel da Bioética nesse contexto.

A Bioética Social, possibilita um olhar mais amplo para desenvolver debates social e políticos voltados para o contexto de cada população (Diniz; Guilhem, 2002). Independentemente de sua vertente teórica, a Bioética Social reconhece a dignidade humana como valor inerente e inalienável, criando uma ponte de conexão aos pressupostos do movimento sanitário e a luta pelo direito à saúde. Com isso podemos perceber que a bioética brasileira está buscando uma construção articulada aos movimentos sociais, voltada ao interesse concreto dos atores sociais.

A saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, é, no entanto, um ideal, sendo a realidade brasileira atravessada por iniquidades estruturais que devem ser combatidas com ações que proponham reverter quadros de exclusão e da violação de direitos humanos fundamentais, na perspectiva da promoção da equidade para distintos grupos sociais (Fortes, 2003). Há um fundo biopolítico da Bioética que diz sobre a intenção política de quais são as prioridades em saúde, quais populações e

comunidades merecem amparo, cuidado e garantia de direitos, quais saberes são válidos.

Esses são questionamentos que podem orientar as responsabilidades sanitárias e ambientais, assim como na interpretação histórico-social mais precisa dos quadros epidemiológicos, sendo essencial na determinação das formas de intervenção a serem programadas, na priorização das ações, na formação de pessoal, na responsabilidade do Estado frente aos cidadãos. Como aponta Garrafa (2005) a caminhada futura da bioética brasileira latino-americana está em colher os frutos de uma construção de novas bases de sustentação teórico-práticas de uma bioética crítica que reflita com os pés fincados na realidade social concreta de cada região e país.

Nesse sentido a bioética pode atuar como instrumento concreto de questionamento da ordem que rege as desigualdades em saúde produzidas pela nossa estrutura social, podendo se inserir de forma direta nos debates em saúde pública para construir caminhos com vistas ao bem viver presente e futuro das pessoas e comunidades.

A Bioética foi construída historicamente como cruzo ou meio do caminho entre a ética filosófica abstrata e a dureza da ética médica e seus códigos profissionais. É um campo que, ao encontrar-se com a área da saúde, constitui-se como hermenêutica crítica ao questionar quais os pressupostos que movem os saberes e as práticas em saúde, com referência ao agir humano e para os autores Junges e Zoboli (2012, p.1050): "Nessa luta epistemológica, afirmou-se como ética aplicada e fórum de discussão pluralista e transdisciplinar empenhado na inclusão de questões ambientais e problemáticas sociais da saúde".

A Bioética como ponte para o futuro, como fruto que se engendra entre a compreensão dura de saúde e as humanidades é bem descrita por Junges e Zoboli (2012, p. 1052):

Isto implica que a bioética, reconhecendo a cisão entre a ciência, como produção do conhecimento biológico e a reflexão ética, propõe-se a superá-la, traçando pontes entre o 'bios' e as 'humanidades' com vistas à sobrevivência da humanidade. Assim, de fruto engendrado em meio a uma concepção positivista da produção do conhecimento biológico e em saúde, a bioética vai se remetendo a posturas mais hermenêuticas a fim de dar conta de sua arrojada proposição: integrar ambas áreas do conhecimento em uma só esfera de reflexão, discussão e produção científica. É no bojo dessa

trajetória que a bioética passa a incorporar, em sua agenda, temáticas como a justiça em saúde, equidade, saúde das populações, determinantes sociais da saúde e doença, vulnerabilidade na pesquisa clínica internacional.

Conforme reflete Oliveira (1995) a Bioética inicia mundialmente com uma proposta ampla e complexa, com forte conotação ecológica proposta por Potter, em contraposição a proposta de Hellegers que dizia respeito mais ao ser humano e as biociências. A autora assinala a prevalência da visão de Hellegers na maioria dos centros de bioética em detrimento da face bioética vinculada aos movimentos sociais.

Ao longo do caminho, sobretudo pela influência norte-americana principialista, a Bioética caminhou para um reducionismo pautado em quatro princípios que se tornaram hegemônicos. Essa influência do norte global também chega ao Brasil que, mesmo com uma “origem sanitária da bioética” que teria como pressuposto os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, torna-se hegemônica pelo seu caráter vinculado à ética médica de pesquisas com seres humanos (Porto, Garrafa, 2011).

Na medida em que o SUS propõe um processo de mudança na prática da atenção à saúde, diferentes saberes devem ser inseridos no processo de formação dos profissionais, especialmente aqueles que possibilitem transformações atitudinais, culturais e éticas. Pois sua efetivação configura um novo processo de trabalho, marcado por uma prática ética, humana e voltada ao exercício da cidadania (Zoboli; Fortes, 2004).

No caminho de buscar a reflexão dos problemas éticos em saúde pública a partir de distintas realidades morais e solos histórico-culturais, sobretudo os solos brasileiros campestres situados ao sul do mundo, é que me aproximo dos estudos da colonialidade.

Os campos científicos são definidos principalmente pelas articulações epistemológicas dos sujeitos que constroem determinado saber, do que os termos ou conteúdos em si que circulam por eles. A Bioética tem, através de sujeitos dissidentes da norma hegemônica que atuam desde de seu campo, avançado em outras articulações epistêmicas como as realizadas por nascimento, Holanda e Nascimento com os estudos da colonialidade, atuando para um reposicionamento ético-político da Bioética brasileira a partir de outros conteúdos morais.

Rufino (2019) é enfático ao afirmar que o processo colonial não se cumpriu e suas feridas estão aparentes e abertas. A colonialidade, segundo Aníbal Quijano (2005), refere-se a um conjunto de padrões de poder que emergiram com o

colonialismo europeu e continuam a estruturar as relações sociais, culturais e econômicas no mundo pós-colonial. Para Quijano (2005), a colonialidade não se limita ao período histórico da colonização, mas se estende até os dias atuais, influenciando profundamente as formas de organização da sociedade global.

Os principais elementos da colonialidade, conforme Quijano (2005), incluem: 1, a colonialidade do poder - refere-se à imposição de um sistema de classificação social baseado na ideia de raça, que foi fundamental para justificar a exploração e dominação colonial. Esse sistema racial continua a influenciar as relações de poder e desigualdade no mundo contemporâneo;

2. A colonialidade do saber - Trata da hierarquização e controle do conhecimento, onde os saberes e epistemologias europeias são privilegiados e considerados universais, enquanto os saberes locais e afro-indígenas são desvalorizados e marginalizados;

3. a colonialidade do ser - Relaciona-se à desumanização e subordinação dos povos colonizados, que são vistos como inferiores ou "menos humanos" em relação aos colonizadores. Isso inclui a imposição de identidades e subjetividades coloniais, que afetam a autoestima e a percepção de si dos indivíduos e comunidades colonizadas. A noção de colonialidade, portanto, destaca como as estruturas de poder, conhecimento e ser estabelecidas durante o colonialismo europeu permanecem ativas e moldam as dinâmicas globais, perpetuando desigualdades e formas de dominação.

Para o autor peruano Aníbal Quijano (2005), a colonialidade representa a lógica por trás dos mecanismos de dominação, escravização, roubo, sequestro e invasão envolvidos na colonização europeia no Sul Global. Esses mecanismos tomam como fator central o racismo, implicado na subalternização e hierarquização de povos e civilizações, a partir de uma justificativa de inferioridade de certas sociedades, se utilizando dos mecanismos de racialização como estratégia para isso.

Walsh, Oliveira e Candau (2018) discutem a perspectiva da modernidade/colonialidade, ou mais especificamente, a retórica da modernidade e a lógica da colonialidade. Eles situam os principais conceitos relevantes para o objeto de pesquisa: o mito de fundação da modernidade (a concepção de saúde baseada no desenvolvimento tecnológico e urbano), a colonialidade (como a organização política, econômica, cultural e social dos territórios rurais), o racismo epistêmico (como base

para a manutenção da colonialidade através de uma educação colonizada) e, por fim, a proposta de uma pedagogia decolonial (ancorada em valores pluriversais).

Em "Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina", Aníbal Quijano (2005) escreve sobre como a produção de conhecimentos foi afetada pelo poder hegemônico da perspectiva eurocentrista. No caso latino-americano esse modelo foi imposto pelas elites e estruturado pelo colonialismo. As influências do norte global continuam ativas no imaginário coletivo sobre o que é saúde, atuando no sentido do epistemicídio (Carneiro, 2005) das contribuições locais no que tange a orientação dos cuidados voltados para a proteção, recuperação e promoção da saúde.

Os saberes considerados universais pelos colonizadores, foram hierarquizados, estabelecendo um padrão científico dominante que exclui outros modos de saber. Desde então, a produção acadêmica de nossas universidades tem sido predominantemente moldada por referenciais do norte global, levantando a necessidade de refletir sobre a aplicabilidade prática e concreta desses conhecimentos em nossas realidades locais.

A centralidade nos aparatos tecnológicos e na verdade da ciência biomédica leva ao que Tesser (2007) chamou de "desresponsabilização" ética e epistemológica dos curadores biomédicos, que se transformam mais em cientistas especialistas, epistemologicamente comprometidos com o mercado, e menos em curadores e cuidadores de saúde. A partir de uma roupagem universalista e "neutra" das ciências da saúde, retira-se a atuação na área da saúde de um conhecimento "situado", criando barreiras para encontrar uma pluralidade epistemológica que não invisibilize os saberes locais, contra-hegemônicos, sobretudo na realidade culturalmente plural da América Latina.

Fátima Oliveira, bioeticista negra, em escrito importante para a Bioética Brasileira (1995, p.89) reflete sobre as contradições dos avanços tecnológicos ditos de "melhoramento" pela ciência hegemônica e seu caráter eugenista diante da complexidade de nossa formação social. Nas palavras da autora:

Nós, pessoas negras, sabemos que o "desejo" de "melhoramento" físico e mental do Homo sapiens, - incentivando a procriação dos "aptos" (leia-se: brancos), limitando, e até excluindo, a procriação dos com "defeitos de fabricação" (leia-se: "não brancos" - judeus, ciganos, indígenas e negros) - tem sido a mais repugnante face, dita "científica", que o racismo encontrou. Isso tem nome, chama-se eugenia.

Vive-se diante de atualizações, de novas configurações de poder colonial que atua pela destruição de fios comunitários, culturais, espirituais e existenciais, desapropriação e (des)existência. Catherine Walsh (2022) assinala que a colonialidade atual configura-se como um projeto atualizado, executado através da militarização, da criminalização dos povos originários, do avanço da mineração, das petroleiras, madeireiras e exploração energética, cooptação de lideranças e jovens, aumento de acesso ao álcool e drogas nas comunidades resultando em aumento da violência, adoecimento mental, suicídio.

A todo esse projeto se soma a eliminação e subjugação em toda região de pessoas consideradas “inúteis” para o sistema: jovens negros, quilombolas, camponeses, indígenas, militantes, mulheres racializadas, ousadas, rebeldes, pessoas que quebram regras binárias e os valores de um fundamentalismo cristão. Todo esse contexto afeta as comunidades como um todo, mas em especial os mais velhos, que como guardiões dos saberes populares faleceram, sucumbiram a essa guerra etnocida e genocida, que historicamente causa a morte dos corpos, a morte dos territórios e a morte dos modos de vida. Como aponta a intelectual brasileira Sueli Carneiro (2005), epistemicídio é, em última e primeira análise, a morte do corpo, da vida que morre levando consigo o saber.

A principal ação de violência epistemológica do conhecimento científico de um povo, segundo Spivak (2010), ocorre através da construção do sujeito colonizado como um Outro de subjetividade precária no caminho de sua eliminação. Porém, a autora ainda oferece o questionamento de que esse não seria o único caminho, haveria, também, o de subjugação do conhecimento.

É crucial não reduzir a bioética a meros checklists da bioética clínica, mas compreendê-la de forma ampliada como uma ética da vida. A ideia de uma estrutura universal da bioética, baseada em conteúdos da moralidade comum para organizar a vida pública, como visto no principialismo e nos personalistas europeus, frequentemente entra em choque com moralidades locais e contextos culturais específicos. A tentativa de implementar uma plataforma bioética universal, fundamentada nesses saberes produzidos no eixo Europa-EUA, evidencia a matriz colonial subjacente, refletindo uma intelectualidade moldada pela herança colonial.

Portanto, particularizar e reposicionar os saberes que dão base às práticas do SUS não estabelece relação dicotômica de exclusão, tão pouco se reduz ao que parte

dos intelectuais da RSB chamam de identitarismo de autoafirmação. Como bem-sinalizado por Silva (2022) no caso do território brasileiro - um território historicamente violento para pessoas fora de um padrão da normalidade branco cisgênero heterossexual - é antes de mais nada uma questão de sobrevivência.

Silva (2022, p. 40) reforça:

“Penso ser importante não deixarmos de ficar atentos que, para uma população colonizada, o movimento intelectual introduzido é o validado pelo opressor e, por sua vez, insiste na desvalorização e apagamento de seu saber orgânico. Inscrever a população no projeto democrático dominante não faz sentido enquanto ação emancipatória, pelo contrário, reproduzir o saber do colonizador é sucumbir ao seu domínio – ainda que pelo objetivo de libertação – e foi isso que permitiu a permanência do homem branco de fundamentos ocidentalizados nos espaços políticos decisórios”

As relações étnico-raciais fazem-se, então, fundamentais para superar a colonialidade, especialmente através das micro-resistências esteticamente constituídas nos encontros e nos modos de fazer mobilizados pelas artes, religiosidade e cultura. Essas práticas permitem respirar outras filosofias e epistemes sufocadas pelo referencial ocidental-branco, promovendo o aquilombamento e aldeamento dos espaços, para que possamos aprender com aqueles que possuem uma bagagem histórica, um verdadeiro mar de palavras, histórias e saberes, essenciais para a transformação da lógica colonial também na saúde.

A universalidade do SUS, se não vista de forma consciente e estratégica, pode se converter em uma violência aniquiladora das singularidades e, sobretudo, das desigualdades em saúde. Junges e Zoboli (2012, p.1055) refletem a conexão entre estratégia e ética, considerando que "O princípio corresponde à preocupação de que boas intenções podem produzir resultados não desejados e intencionados, quando faltam atenção, consciência e estratégia para assumir responsabilmente as consequências das ações.

Ao refletir sobre a formação social brasileira, Araújo *et al.* (2022) questionam se é possível dizer que somos um país igual, universal, para todos. É possível garantir integralidade se aprendemos majoritariamente a partir de uma racionalidade, dentro de 4 paredes, de forma bancária, uniprofissional? É possível promover equidade sem ter acesso a diferentes realidades e contextos sociais, sem ter saúde da população negra, do campo nos currículos? Como reconhecer especificidades dentro de um

contexto de educação e trabalho na saúde pautada em uma lógica urbanóide, calçada e construída em torno de um sujeito universal?

Considerar os princípios democráticos do SUS e sua pretensão como projeto de sociedade pautado na participação social é reconhecer estruturalmente quais são os entraves de sua efetivação. Silva (2022) aponta para problemática de uma compreensão histórica da estrutura social brasileira a partir, predominantemente, de pensamentos fundamentados em teorias europeias. O autor localiza, então, um cenário de compreensão da política pública de saúde brasileira assentado na colonialidade e no racismo, mesmo sendo impulsionado no bojo de um movimento que luta por libertação.

Silva (2022, p.21) assinala ainda as consequências desse referencial eurocêntrico que nega as realidades dos “guetos” e atua na manutenção de uma história única<sup>7</sup> a partir de grupos hegemônicos no âmbito das políticas públicas:

Enquanto determinados grupos realizam a manutenção histórica de narrativas sobre as verdades do mundo, reproduzimos modelos de governo sobre pensamentos que, repito, não representam os guetos (portanto não democráticos) e não se preocupam com os danos produzidos. Não faria sentido discutir o SUS sem reflexões que antecedem a chegada da população na gestão de políticas públicas, portanto, que ditam o ambiente que esses usuários terão de enfrentar na busca de ações por suas vidas.

Cida Bento (2021), em “O pacto da branquitude”, mostra que essa hegemonia é branca, masculina e atua produzindo ausências a partir do seu caráter universalizador. A branquitude opera como mantenedora das histórias únicas a partir do momento que se funda na ausência da crítica racial (Silva, 2022). Não racializa ao seu próprio grupo pois considera a brancura como condição “universal” e, portanto, nega o reconhecimento de seus privilégios e localizações sociais. A questão racial aparece, quando muito, no olhar sobre “o outro”.

---

<sup>7</sup> Chimamanda Adichie (2019) alerta que essas narrativas repetidas como histórias únicas, criam estereótipos que trazem uma visão limitada sobre determinada questão. Há tantas outras histórias que desconhecemos e que, na maioria das vezes, não encontram espaço para serem contadas. Por isso falar sobre histórias únicas é falar sobre poder, assim como no mundo econômico e político, a hierarquia capitalista tenta controlar quem pode contar, como pode contar e quantas histórias interessam a manutenção das estruturas sociais de poder.

No caso do da reforma sanitária brasileira, Silva (2022) reflete sobre os reflexos dessa ausência no que vai chamar de “o fantasma da raça ausente”, que invisibiliza as lutas no movimento negro no desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Para o autor, o reconhecimento da diversidade de vozes na construção do movimento não enfraquece o entendimento de uma saúde para todos, pelo contrário, se fortalece.

Tensionar as fronteiras na compreensão do princípio da universalidade é perguntar qual é esse sujeito universal a que o SUS se dedica a cuidar e o porquê de - quando complexificadas as existências de diferentes atores sociais - intelectuais e gestores que participaram das bases do SUS, referem-se a esses elementos como pautas identitárias? Por que não as consideram como questões estruturais da formação social de nosso país?

Silva (2022, p.37) situa que pensar o SUS olhando para a formação socio-histórica do Brasil pode dar caminho para reconhecer o que o autor - em diálogo com Beatriz Nascimento<sup>8</sup> - vai chamar de SUS Amefricano. Em grifo meu das palavras do autor:

Proponho pensarmos em um SUS Amefricano. Não se trata de ignorarmos os avanços em busca de direitos conquistados por este maravilhoso projeto de saúde, mas realizar o trabalho que antes não foi possível de romper com amarras coloniais de práticas e teorias herdadas dos colonizadores. Um SUS Amefricano será capaz de potencializar nossas produções de conhecimento através de nossa real identidade, combatendo violências herdadas da maldição do ocidente que ainda insistem em um processo genocida e impedem a garantia de equidade, um Universalismo Amefricano com a nossa cara (...) buscamos uma universalidade que nos inclua, sem que soframos mais cortes ou que nos obriguem a abandonar mais do pouco da identidade ancestral que nos restou, depois da mutilação histórica.

Brito (2024) chama atenção para perceber que a lógica da colonialidade opera em suas atualizações nos projetos de sociedade vigentes implica, no campo da política pública de saúde e das lutas e mobilizações por direitos frente ao Estado, em um caráter coadjuvante de movimentos sociais que historicamente tiveram seu projetos políticos de saúde para o Brasil, como é o caso do movimento quilombola de origem rural. Para o autor, a negação de parte fundante da estrutura social do país e as contribuições de distintos grupos sociais pode estar relacionada lógica de

---

<sup>8</sup> Ver mais em GONZALEZ, Lélia. A categoria político-cultural de amefricanidade. Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, n. 92/93 p. 69-82. (jan./jun) 1988.

hierarquização e subjugação encontradas no cerne do projeto colonial, que considera tudo que vem do campo como “atrasado”.

#### O autor destaca

No caso das lutas e mobilizações sociopolíticas das comunidades quilombolas rurais, o seu caráter de coadjuvantismo face ao Estado e às mobilizações dos movimentos urbanos, parece sofrer influência da colonialidade e da lógica de hierarquização e subalternidade, arraigadas na percepção de que tudo que advém do contexto rural, é antigo, atrasado ou do inferior. Quando em verdade, numa realidade como a atual, onde as diferentes sociedades do globo buscam conjuntamente por soluções de preservação do meio ambiente, os saberes e práticas de cuidado com a terra vistos nas comunidades tradicionais dos campos, florestas e águas, podem guardar a chave para um futuro mais sustentável para a humanidade (Brito, 2024, p. 112).

Para operar o reposicionamento ético do SUS apontado por Pasche (2010), diante da lógica da colonialidade, no que diz respeito aos conteúdos morais que dão base para as deliberações diante de conflitos éticos persistentes, faz emergir a necessidade de resgate de outros referenciais culturais e civilizatórios. Brito (2024) resgata em sua dissertação de Mestrado as contribuições da professora Azoilda Loreto da Trindade (2006), que ao longo de seus estudos no campo da educação para as relações étnico-raciais sistematizou as contribuições dos valores afro civilizatórios construídos ao longo da história do Brasil e que permanecem vivos, se atualizando em territórios que carregam essa carga ancestral<sup>9</sup> como é o caso dos quilombos.

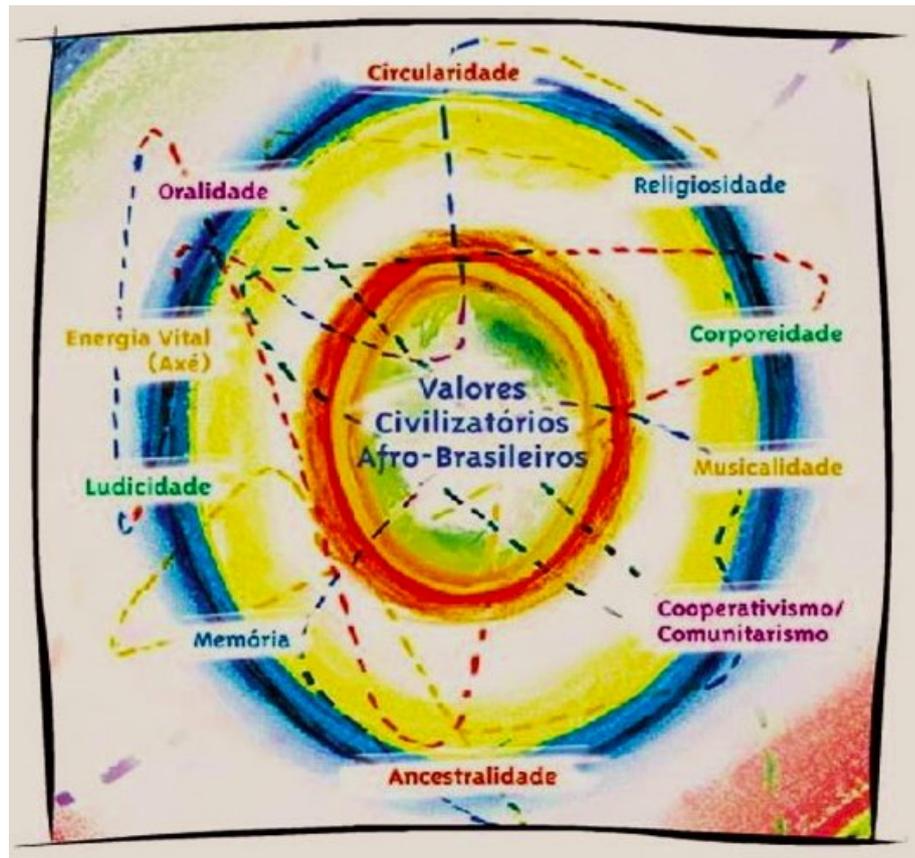
Segundo a professora, os valores civilizatórios afro-brasileiros poderiam ser representados por uma mandala formada por valores que corporificam um conjunto de aspectos existenciais estruturalmente constituídos no processo histórico, cultural e social de resistência negra africana em solo brasileiro. Trindade (2006) elenca, então, os valores<sup>10</sup>: axé (energia vital), circularidade, oralidade, corporeidade, ancestralidade, comunitarismo ou cooperativismo, memória, religiosidade, musicalidade e ludicidade, ilustrados na Figura 1.

---

<sup>9</sup> Corroborando com a ideia de ancestralidade colocada pelo historiador Luiz Antônio Simas, que diz que só é ancestral aquilo que é contemporâneo, que não é sujeito às vicissitudes do tempo porque funda a própria ideia de temporalidade.

<sup>10</sup> Azoilda Loreto da Trindade compreende os valores como princípios e normas que corporificam um conjunto de aspectos e características existenciais, espirituais, intelectuais e materiais, objetivas e subjetivas, que se constituíram e se constituem num processo histórico, social e cultural.

Figura 1- Mandala dos valores civilizatórios afro-brasileiros.



Autora: Azoilda Loretto da Trindade (2006).

Cabe colocar em diálogo com as proposições de Trindade (2006) as elaborações bioéticas feitas pelo professor Wanderson Flor Nascimento a partir das Bioéticas africanas. Nascimento (2023) provoca os limites dessa incorporação a partir de uma visão colonialista de que os valores e contribuições que emergem desses contextos serem considerados particulares, apenas para seus territórios e não como princípios que serviriam para a sociedade em geral, para compor conteúdos das moralidades comuns que organizam a vida pública. O autor, ao refletir sobre a construção histórica da Bioética, aponta que uma lógica colonial universalista operou no campo bioético para definir como universal a abordagem principialista e a pautada na Declaração dos Direitos Humanos da UNESCO.

Como provoca Fanon (2022, p.43) “todos esses discursos aparecem como conjuntos de palavras mortas. Os valores que deveriam enobrecer a alma se revelam inutilizáveis, porque não tem relação com a luta concreta na qual o povo se engajou”. Segundo o autor, para o povo colonizado o valor mais essencial e concreto é a terra:

A terra que deve garantir o pão e, é claro, a dignidade. Mas essa dignidade não tem nada a ver com a dignidade da “pessoa humana”. Dessa pessoa humana ideal, ele nunca ouviu falar. O que o colonizado viu em seu solo era que podiam impunemente prendê-lo, espancá-lo, matá-lo de fome; e nenhum professor de moral, nenhum padre jamais veio apanhar no seu lugar nem dividir com ele o pão (2022, p.41).

Por isso que, ao realocar as contribuições dos povos e comunidades tradicionais no cenário das políticas públicas de saúde como conteúdo comum poderia ser possível incorporar elementos históricos e estéticos que politizam, que reposicionam eticamente e que complexificam as questões de saúde das populações e o projeto da reforma sanitária brasileira. Caminharíamos para o que Antônio Bispo (2023) sinalizava, que no reconhecimento de uma unidade nas diferenças, somos pluriversais.

Sobretudo no contexto rural, a conscientização acerca do processo histórico pode favorecer a valorização e fortalecimento dos povos, oferecendo assim outros elementos morais para as deliberações em saúde já que como pontua Finkler (2024), o exercício deliberativo clínico é também uma deliberação ética. Em diálogo com o bioeticista Diego Gracia, percebe-se que:

O exercício deliberativo clínico sempre é, ao mesmo tempo, exercício deliberativo ético. Ambos exigem-se e se engendram mutuamente. Falhas na deliberação clínica acabam por comprometer a deliberação ética, pois reduz o juízo a mera questão técnica baseada nas evidências objetivas dos exames laboratoriais ou dos dados estatísticos, epidemiológicos, no caso da saúde das populações ou grupos. Isso corresponde à tendência de reduzir problemas a dilemas devido à incapacidade de analisar a complexidade da situação clínica ou de saúde de determinado território ou grupo.

Esse exercício de complexificação dos territórios existenciais pode contribuir também para o movimento apontado por Finkler (2024) como sair de uma racionalidade dilemática para incorporar a ideia freiriana de uma racionalidade problemática para a deliberação moral. Em diálogo com Junges e Zoboli (2012, p.1058):

A deliberação moral requer escuta atenta; esforço para compreender a situação do caso; argumentos razoáveis para justificar os possíveis cursos de ação e a escolha feita; ajuda e orientação aos responsáveis pela decisão, que são os diretamente envolvidos no problema ético.

Resgatar outros solos de fundamentação moral e ética pode atuar no SUS como o que Brito (2024, p.86) apontou como caminho promissor:

Portanto, o resgate dos valores civilizatórios afro-brasileiros, em diálogo com os saberes e práticas adotados nos serviços de saúde do SUS, podem representar um caminho promissor no combate ao racismo epistêmico e institucional, ao passo que tomam as relações entre os saberes científico-acadêmicos e ancestral-tradicional, em uma perspectiva confluyente. Incidindo inclusive, contra a colonialidade do saber e a ideia de hierarquização entre saberes e práticas de diferentes matrizes.

Por fim, seria possível através desse movimento de reposicionamento ético operacionalizar o que Fanon destaca como um “abalo essencial no mundo” colonial que devolve ao colonizado, o sentido do valor de sua vida, gerando impulso de organização e resistência contra-colonial.

O colonizado, portanto, descobre que sua vida, sua respiração, as batidas de seu coração são as mesmas que as do colono. Descobre que a pele do colono não vale mais que a pele do nativo. Tal descoberta introduz um abalo essencial no mundo. Dela decorre toda a nova e revolucionária segurança do colonizado. Se, com efeito, minha vida tem o mesmo peso que a vida do colono, seu olhar não me fulmina mais, não me imobilizada mais, sua voz não mais me petrifica. Não me altero mais em sua presença. Na prática, eu o irritado. Não só sua presença não me incomoda mais, como já estou preparando tamanhas emboscadas para ele que em breve só lhe restará fugir (Fanon, 2022, p.42).

#### **4.3. A SAÚDE DO CAMPO E O TERRITÓRIO CAMPONÊS PRODUTOR DE VALORES: UMA CONSTRUÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS**

“Se existem muitas vítimas do Estado  
Se a muitos é negado o direito de viver  
Se muitos são deixados para morrer  
Ainda existe muitas lutas por fazer”

Elionice Sacramento<sup>11</sup>

Cabe, antes de adentrar ao conceito de território, debruçar certa compreensão ao conceito de rural/urbano, campo/cidade.

Em processo de revisão sobre os conceitos de rural e ruralidade, o Atlas da Violência no Campo (2020) situa que historicamente, a definição que esteve em voga

---

<sup>11</sup> Trecho retirado da fala de Elionice Sacramento, quilombola da comunidade pesqueira e quilombola de Conceição de Salinas-BA, integrante do Movimento de Pescadores e Pescadoras Artesanais e Articulação Nacional de Pescadoras durante a mesa de abertura da Conferência Livre Nacional de Promoção da Saúde, Determinantes Sociais e Equidade intitulada “Determinação social na saúde: um olhar para a construção da equidade e cidadania” disponível em: [https://www.youtube.com/live/UUx\\_V5hAYdw?si=8V3IAcUbj0qcOQtK](https://www.youtube.com/live/UUx_V5hAYdw?si=8V3IAcUbj0qcOQtK)

foi a de rural como tudo aquilo que está “fora da sede do município”, ou seja, uma definição em oposição ao que seria o urbano.

O Atlas aponta que em movimento de ampliação, o conceito de ruralidade vem abarcar outras dimensões as definições de rural, que consideram a proximidade com a natureza, a ligação com as cidades e as relações interpessoais derivadas da baixa densidade populacional e do tamanho menor de suas populações. Essa noção de ruralidade vai assumir a relação e as dinâmicas sociais de interdependência entre rural e urbano, conforme situam os autores (2020, p.12):

Nessas abordagens, o rural deixa de existir apenas em contraposição ao urbano e engloba, enquanto resultado de processos de construção de sentido vinculados a contextos sociais e políticos historicamente localizados, dimensões materiais e simbólicas sobre as possibilidades de definição de territórios, populações, costumes, atividades e práticas. O rural adquire um caráter contextual e, portanto, permeado por singularidades e especificidades. Mais do que uma abstração ou categoria analítica, a representação do que é rural é, continuamente, significada e ressignificada a partir de processos distintos, os quais são baseados na percepção dos sujeitos sociais, na produção de conhecimento sobre ele, nas dinâmicas de poder e conflito e, também, na atuação do Estado, por meio de políticas públicas e ações governamentais.

Compreendendo o território como lugar de produção de valores, busco neste capítulo fazer a aproximação com o campo brasileiro permeado de movimentos sociais, que têm intencionalidades mais amplas de uma nova ética, de uma nova relação organizativa e política da sociedade, fazendo uma breve contextualização do seu processo de formação histórico-social e de resistência diante das violências coloniais e a luta pela terra.

Pensar a produção de saúde a partir dos territórios do campo significa um esforço analítico para compreender a formação social do Brasil enquanto território atravessado pela colonização e como esse processo histórico implica na produção de valores. Por um lado, vamos olhar para as lutas dos movimentos populares pela reforma agrária (sobretudo as lideradas pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra) e, por outro, para a luta ancestral pelo reconhecimento das terras quilombolas (organizadas na contemporaneidade pelo movimento quilombola rural, principalmente pela CONAQ).

Considerando os desafios para atuação de trabalhadores da saúde em contextos rurais, Silva e Felipe (2024, p.3) destacam a importância do conceito de território para abarcar outras dimensões que determinam a saúde das pessoas, pois

“ele permite uma análise sobre as necessidades de saúde e as práticas de cuidado a serem desenvolvidas junto às populações do campo de maneira ética e política”. Para os autores, o território oferece elementos para readequar as práticas de saúde instituídas considerando as particularidades do modo próprio de (re) produção da vida.

De acordo com a definição da PNSPCFA (Brasil, 2016, p.31) o território é entendido como um “espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável”. Esses elementos interagem e moldam a forma como os sujeitos sociais utilizam e significam esse espaço.

As discussões contemporâneas sobre território incorporam uma dimensão cultural e simbólica indissociável da material, de natureza predominantemente econômico-política. Silva e Felipe (2024) pontuam que o território é, portanto, um espaço dinâmico, caracterizado pela maneira como os indivíduos e comunidades se apropriam dele e o utilizam, levando em conta relações de classe, gênero, etnia/raça, religiosidade e sexualidade. Essas relações são moldadas por hierarquias e expressas no cotidiano, englobando dimensões econômicas, políticas, históricas, ecológicas, simbólicas e afetivas.

O projeto colonial forjou dominação a partir de algumas ferramentas, entre elas a construção do conceito de raça e a disputa para concentração de terra, que buscou hierarquizar a sociedade a partir de uma concepção racista, elitista e latifundiária de fortalecimento da hegemonia branca, criando categorizações e cisões nos territórios e modos de vida nativos. Achille Mbembe (2018, p.38) sinaliza:

A “ocupação colonial” em si era uma questão de apreensão, demarcação e afirmação do controle físico e geográfico - inscrever sobre o terreno um novo conjunto de relações sociais e espaciais. Essa inscrição de novas relações espaciais (“territorialização”) foi, enfim, equivalente à produção de fronteiras e hierarquias, zonas e enclaves; a subversão dos regimes de propriedade existentes; a classificação das pessoas de acordo com diferentes categorias; extração de recursos; e, finalmente, a produção de uma ampla reserva de imaginários culturais. Esses imaginários deram sentido à instituição de direitos diferentes, para diferentes categorias de pessoas, para fins diferentes no interior de um mesmo espaço; em resumo, o exercício da soberania. O espaço era, portanto, a matéria-prima da soberania e da violência que ela carregava consigo. Soberania significa ocupação, e ocupação significa relegar o colonizado a uma terceira zona, entre o estatuto de sujeito e objeto.

A ocupação colonial buscava apreender, demarcar e afirmar o controle físico e geográfico para inscrever sobre o território um novo conjunto de relações sociais e espaciais, a fim de erradicar a pluralidade da condição humana. Mbembe (2018, p.39) aponta que esse processo de “territorialização” foi equivalente à:

produção de fronteiras e hierarquias, zonas e enclaves; a subversão dos regimes de propriedades existentes; a classificação das pessoas de acordo com diferentes categorias; extração de recursos; e, finalmente, a produção de uma ampla reserva de imaginários culturais. Esses imaginários deram sentido à instituição de direitos diferentes, para diferentes categorias de pessoas, para fins diferentes no interior de um mesmo espaço.

Para pensar sobre como o poder de morte para certos grupos ou territórios, o autor dialoga com Franz Fanon que, em seu livro “Os condenados da Terra” (2022, p.35) pontua a cissão territorial causada pela colonização, destacando que o mundo colonizado é mundo dividido em dois, que obedecem ao princípio da exclusão recíproca. Por um lado, a cidade do colono:

É uma cidade de material resistente, toda de pedra e ferro. É uma cidade iluminada, asfaltada, em que as latas de lixo transbordam sempre de restos desconhecidos, jamais vistos, nem sonhados. Os pés do colono nunca estão à mostra (...) São pés protegidos por calçados sólidos, enquanto as ruas da sua cidade são limpas, lisas, sem buracos, sem pedras. A cidade do colono é uma cidade farta, indolente, sua barriga está permanentemente repleta de coisas. A cidade do colono é uma cidade de brancos, de estrangeiros.

Por outro lado, a cidade do colonizado:

Ou pelo menos a cidade indígena, a aldeia dos pretos, a médina, a reserva, é um lugar mal-afamado povoado de homens mal-afamados. As pessoas ali nascem em qualquer lugar, de qualquer jeito. E as pessoas ali morrem em qualquer lugar, de qualquer coisa. É um mundo sem intervalos, os homens se apertam uns contra os outros, as cabanas umas contra as outras. A cidade do colonizado é uma cidade faminta, faminta de pão, de carne, de calçados, de carvão, de luz. A cidade do colonizado é uma cidade acorçada, uma cidade ajoelhada, uma cidade estendida no chão” (Fanon,2022, p. 35-36)

Os conflitos no campo<sup>12</sup> são, portanto, a base da estrutura social do Brasil, sendo a violência uma das características da luta pela terra no país. A violência

---

<sup>12</sup> Conflitos no campo são definidos pela Comissão Pastoral da Terra (CPT) como assassinatos, ameaças, agressões ou prisões relacionadas a disputas por posse de terra, acesso a recursos naturais, assim como embates envolvendo relações trabalhistas, atividades ilícitas, como garimpo e extração de madeira, entre outros. Foram excluídos: i) casos de violência, inclusive assassinatos, que acontecem no âmbito rural e não tenham relação com conflitos pela disputa, posse, uso ou ocupação da terra, ou pelo acesso ou uso da água, ou na defesa de direitos por trabalhos realizados no campo; ii) casos de conflitos pela posse, uso ou ocupação da terra em áreas urbanas. Excetuam-se os casos em que a disputa pela terra se dá por povos indígenas e comunidades tradicionais# (quilombolas, pescadores artesanais etc.), mesmo que se dê em área urbana, pois defendem um modo de vida rural; iii) conflitos

fundante como ferramenta colonial que historicamente incidiu sobre os povos, mas que se agravou após o golpe militar de 64 em sua tentativa de frear os movimentos camponeses para criar possibilidade de continuidade da colonização financiada pelo regime militar, a fim de introduzir a industrialização agrícola que veio a desencadear muitos conflitos no campo (Oliveira, 2001, Cerqueira e Vieira, 2018).

De Canudos a Eldorado dos Carajás, a história do campesinato brasileiro é marcada por episódios brutais de violência. A violência tem se constituído como um fenômeno presente no âmbito rural, atingindo altos índices em períodos determinados (Cerqueira e Vieira, 2018). O Atlas de Violência no Campo (Cerqueira *et al.*, 2020, p.7) resgata a violência como elemento estrutural da história brasileira:

A violência constitui um traço estruturante da historiografia brasileira. Desde o período colonial, instituições, formais e simbólicas, não apenas garantiram a exploração econômica do uso da terra e dos recursos naturais, como também moldaram as relações de poder, de concentração de propriedade e renda e de desprezo aos direitos de parcelas populacionais específicas, cujos efeitos perduram até os dias atuais. A manutenção do status quo e das enormes desigualdades subjacentes ao processo de exploração dependeu fortemente do uso da repressão e da violência contra grupos étnico-raciais, minorias políticas e classes econômicas subalternizadas, como povos indígenas, população negra, sertanejos, pequenos agricultores e trabalhadores rurais, entre outros grupos populacionais.

Pensar o território brasileiro passa pela compreensão de sua origem, de como se deu a formação do que se compreende como campesinato brasileiro<sup>13</sup> enquanto unidade da diversidade camponesa, constituindo-se como sujeito social que sustenta sua atividade produtiva rural de maneira diferente de se fazer agricultura daquela presente no paradigma capitalista, mesmo que inseridos na lógica da economia capitalista (Costa; Carvalho, 2012).

---

entre latifundiários ou grandes empresários do agronegócio; e iv) casos de trabalho escravo em atividades urbanas.

<sup>13</sup> Mansan, Costa, Oliveira, Santana e Mattos (2024) destacam que a compreensão do campesinato e seu papel na sociedade contemporânea é um tema complexo e polarizado, refletindo diferentes correntes de pensamento. Existe uma visão que prevê o fim do campesinato outra perspectiva que destaca sua resistência e resiliência diante do capitalismo. Em diálogo com os autores que se filiam a última perspectiva, a compreensão que permeia as discussões trazidas aqui é do campesinato como conteúdo de resistência dos camponeses contra o modo de produção capitalista, “construído nesse momento histórico, nas ações desenvolvidas nos e pelos movimentos, em símbolos usados como as datas, bandeiras, bonés, camisetas, entre outros, e em um conjunto de discursos, articulações de processos sociais, culturais e políticos; nesses espaços ele vai se constituindo enquanto identidade política.”

Cerqueira e Vieira (2018) destacam o papel histórico da violência na conformação do campo brasileiro em seu entendimento como campesinato, a violência se constituiu presente, desde o início, como parte dessa história. E, se entendemos o campesinato como classe, é necessário compreender o espaço que ele ocupa e ocupou na história brasileira: o lugar da exclusão. Como afirma Martins (1990, p. 25), o camponês brasileiro “não é de fora, mas também não é de dentro”, ele é um excluído dos processos políticos, econômicos e sociais. Essa exclusão vem se reproduzindo ao longo do tempo, repercutindo e se manifestando em diversas áreas e esferas sociais, a exemplo da mídia, da educação, das políticas públicas e da historiografia.

Considerando uma breve contextualização histórica, o historiador Mario Maestri (2005) aponta que o desenvolvimento do campesinato no Brasil configurou-se de forma diferente da europeia e mundial, pois se deu em cinco vias: as vias nativa, cabocla, escravista, quilombola e colonial. Segundo o autor, em 1500, a ocupação do território brasileiro dava-se em ritmo desigual, com a maioria da população (estimada em um milhão de pessoas), no litoral brasileiro, entre tupinambás e guaranis. Eles viviam em aldeias independentes, cujo território era de domínio comunitário e dedicavam-se à pesca, à coleta e à horticultura. Esta sociedade foi destruída pela escravização e colonialismo, em um verdadeiro etno/genocídio que nunca cessou.

Os poucos que sobreviveram à exploração colonialista, dedicaram-se a uma economia familiar sem organizar-se em aldeias, caracteristicamente de subsistência, apoiada na caça, na pesca, na coleta e na horticultura itinerantes, às margens da sociedade oficial. Mantinha relação precária de posse da terra, expresso na ausência de lavouras perenes, no caráter sumário de sua moradia e benfeitorias e de seus equipamentos (estes capazes de serem carregados nas costas de um homem). Esta situação foi favorecida e favoreceu sua expulsão pelo latifúndio<sup>14</sup> e pela expansão da fronteira agrícola camponesa colonial (Maestri, 2005)

---

<sup>14</sup> Cerqueira e Vieira (2018) destacam um breve histórico de conformação da concentração de terras no Brasil através do agronegócio. Através de incentivos e investimentos, o Estado atraiu para o campo grandes grupos empresariais multinacionais, responsáveis por realizar a introdução tecnológica no Brasil rural pela intervenção do Estado no processo de transformação do campo, a partir dos anos 1970, com a industrialização rural e que, posteriormente, resultou no que caracterizamos hoje como agronegócio. Esse modelo, baseado em um paradigma científico-tecnológico, não se dirige a produção de alimentos, mas sim de mercadoria para exportação, que restringiu o número de produtos que são cultivados e comercializados, sendo que as commodities correspondem a quase 80% da produção mundial (soja, milho, trigo e arroz).

Entre os séculos XVI e XIX, predominou no território brasileiro o modo de produção escravagista colonial, explorando primeiramente os americanos e em seguida, os africanos e seus descendentes. Estas práticas, assentaram-se na grande lavoura de exportação, com domínio latifundiário da propriedade. Neste período, segundo Mansan, Costa, Oliveira, Santana e Mattos (2024) não havia a preocupação sobre a regulamentação das terras no Brasil já que a maioria das terras pertenciam à Colônia que fazia concessões. Foi no processo de transição do modo de produção escravista para o modo de produção capitalista que a posse das terras passou a ser perseguida e regulada pelo aparato da elite política imperial, do sistema colonial.

O valor atribuído à terra no Brasil é modificado em 1850, quando - na eminência da abolição do sistema escravagista - as elites dominantes percebem que na impossibilidade de acumular riquezas pela “mercadoria escravo”, era preciso proteger a mercadoria “terra”, instituindo a noção de propriedade privada a fim de manter a dominação política, econômica e social.

Depois de séculos de escravização, dentro do regime econômico do país que foi o último das Américas a ser rompido, as elites agrárias brasileiras trataram de garantir e afirmar sua tirania e ódio aos descendentes de africanos, criando mecanismos de impedimento e negação de direitos, produzindo as bases das desigualdades estruturais que acompanham nosso país. O Brasil foi o último país a abolir a escravidão, é recordista em concentração de terras, no qual 1% dos proprietários rurais são donos de 45% das terras agricultáveis, tendo a maioria da população negra em condição de pobreza. Estes são fatores extremamente relacionados e expressam a lógica racista sob o acesso à terra (Brito et al., 2021).

Como fruto do mesmo projeto de extermínio das populações negras, o governo imperial em favor dos senhores de engenho, tratou de resolver “o problema da mão de obra” que supostamente viria com o fim do regime escravagista com o incentivo da imigração de pobres europeus (italianos, alemão, portugueses) que receberam do projeto de embranquecimento brasileiro não só terras, mas também ferramentas, sementes e créditos para viabilizar a produção agrícola do país.

O MST oferece em seu Caderno de Cultura nº1 uma reflexão sobre como raça, classe e terra estão na origem das desigualdades de nosso país, já que o território brasileiro foi o que recebeu maior contingente da população africana em condição

de escravização, e por mais tempo, sendo o último a abolir a escravidão. O MST pontua as consequências desse processo histórico (MST, 2018, p.24):

Por consequência, os valores dominantes são até os dias de hoje também valores racistas, segregadores. Após o fim da escravidão, em 1888, os negros e negras não tiveram a oportunidade de se tornarem proprietários de terras, pois não foi realizada a reforma agrária; no lugar dela o Estado brasileiro decretou a Lei da Vadiagem para prender todos aqueles que não tinham postos de trabalho e que não tinham como comprovar local de moradia fixa. A liberdade do cativo da escravidão não foi acompanhada da conquista de direitos, a população negra não teve garantidas as mesmas oportunidades que os colonos brancos. Quando os corpos se tornaram livres, a terra se tornou mercadoria, e até hoje a maior parte da população sem-terra do país é negra.

Segundo Girardi (2017) o racismo é um elemento estrutural da sociedade brasileira e é indissociável da questão agrária, que é igualmente um problema estrutural. Recentemente o Brasil viveu mais um caso simbólico<sup>15</sup> que traz a marca das disputas territoriais, o assassinato de Mãe Bernadete, liderança quilombola da Bahia que foi executada dentro de sua casa com tiros no rosto. Esse crime reforça o que denuncia Elionice Sacramento: que historicamente o modelo desenvolvimentista tem adoecido povos e comunidades tradicionais, atuando como modelo que ameaça, violenta e extermina povos, extermina modos de vida em nome do capital.

Durante a escravidão colonial, as pessoas escravizadas que conseguiam fugir, preferiam ir para o sertão onde formavam comunidades agrícolas contra-coloniais (Bispo, 2019), os quilombos, mocambos, palmares etc. Os quilombolas protegiam não a terra que exploravam, mas suas liberdades – ou seja, a autonomia da força de trabalho, ou seja, também não construíam laços profundos e essenciais com a terra ocupada (Maestri, 2005).

O movimento de colonização se realiza através da força, do discurso, das leis e estruturas sociais, dessa forma, a construção do racismo é constantemente aprimorada. Em diálogo com Almeida (2019) pode-se dizer que 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.

---

<sup>15</sup> Ver mais em reportagem: <https://www.brasildefatoba.com.br/2023/08/18/lideranca-quilombola-mae-bernadete-foi-assassinada-na-bahia>

Almeida (2019) escreve que o conceito de raça não é imutável e está ligado ao momento histórico que é aplicado. Para ele, a ideia de raça tem em si um objetivo de disputa, restrição e poder, tendo sua história escrita na construção histórica da economia e política das sociedades. Silva (2022) reflete que apesar do conceito racializar os dois lados do muro, oprimido e opressor, o estigma é imposto apenas sobre um que é o sujeito que se encontra distante da norma imposta pela hegemonia branca.

Sendo a hierarquização das raças um projeto da elite colonial brasileira, ao longo da história foram sendo desenhados distintos projetos de genocídio, apagamento e subjugação das populações originárias e das populações africanas trazidas de modo forçado para o país, e violadas por mais de 3 séculos pelo regime de dominação escravagista. Um desses projetos que cabe destacar por sua relação intrínseca e fundante com o campo da saúde é o movimento eugenista.

A ação eugenista ocupa a função de realizar o projeto de hierarquização para a manutenção de uma sociedade de modelo europeu a fim de “livrar” o país de sua herança africana e indígena. Silva (2022) aponta como esse projeto segue vivo, sendo atualizado e atuando como base para a manutenção de iniquidades.

Por entender que estes povos não tinham o direito à terra, pois não eram considerados dignos deste direito, o império brasileiro incentivou a imigração europeia, com o fornecimento de terras, sementes, animais e ajuda para seu estabelecimento, potencializando o surgimento do campesinato nacional.

A ascensão do capitalismo industrial e a possível falta de mão de obra escravizada, trouxeram como resposta a criação da primeira lei de terras, a Lei nº 601, de 1850, que introduziu o conceito de propriedade privada da terra. Com o fim da escravidão e o impedimento dos negros terem acesso à terra, os capitalistas foram obrigados a importar mão de obra barata da Europa. Da mescla desses diferentes povos oprimidos surge uma nova classe social: os camponeses (Stedile, 2002; Maestri, 2005).

Matielo (2009) reforça que a aliança entre estado e capital esteve presente na consolidação da estrutura fundiária brasileira, revelando as origens das desigualdades sociais e a fragilidade dos mecanismos de reação popular camponesa. Essa aliança, conforme pontuam Silva e Prada (2019), vai reforçar uma tendência na política e na gestão, de compreender o desenvolvimento como o passo do atraso ao moderno, do rural ao urbano, do agrícola ao industrial. Segundo as

autoras, essa visão está sustentada no paradigma moderno que entende dois mundos opostos: a cidade, cosmopolita, avançada e pujante; e o campo, atrasado, local e simples.

A posse da terra tem sido objeto de reivindicações dos movimentos populares que intencionam a Reforma Agrária, Silva e Prada (2019, P.52) localizam as tensões:

Essa luta enfrenta os latifundiários contra os trabalhadores sem-terra em um antagonismo entre classes sociais com objetivos distintos, produção capitalista do agronegócio baseado no monocultivo e voltado para a exportação contra a luta pelo direito de ter um pedaço de chão para a produção de alimentos, para o consumo interno.

Nesse contexto, em 1984, foi fundado oficialmente o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) como fruto das lutas em torno da questão agrária que é estrutural e histórica no Brasil. Nasceu da articulação das lutas pela terra, que foram retomadas a partir do final da década de 70, especialmente na região Centro-Sul do país e, aos poucos, expandiu-se pelo Brasil inteiro. O MST teve sua gestação no período de 1979 a 1984, e foi criado formalmente no Primeiro Encontro Nacional de Trabalhadores Sem Terra, que se realizou de 21 a 24 de janeiro de 1984, em Cascavel, no estado do Paraná (Caldart, 2001).

Silva e Prada (2019) descrevem que apesar de o MST ter parte de suas reivindicações contemplada pela Constituição Federal de 1988, (como a definição sobre a função social da propriedade rural) a implementação de medidas neoliberais nos governos posteriores e a consequente repressão limitaram o seu alcance. O MST tem liderado a luta pela Reforma Agrária com ocupações de terra improdutivas e marchas pelo Brasil, defendendo uma sociedade justa, fraterna e igualitária (MST, 2024).

Soares (2020, p.1) retoma o histórico de lutas pela terra para analisar a conjuntura da organização dos movimentos do campo já que:

É aparente que através das memórias coletivas dos brasileiros que há tempos os movimentos sociais do campo lutam em prol da reforma agrária, que é a redistribuição das terras de proprietários de grandes extensões de propriedades rurais, conhecidos como latifundiários, no qual esse processo é realizado pelo Estado que distribui esses lotes de terras para as famílias camponesas.

É através da ação de ocupação coletiva do latifúndio que o sujeito sem-terra toma para si a tarefa de alterar a realidade e seu destino, rompendo com a lei sagrada da propriedade privada em detrimento da vida e do trabalho, firmando que

as ações coletivas têm maior possibilidade de acumulação de força política e de legitimidade diante da sociedade do que as ações individuais (Silva e Prada, 2019).

Para Caldart (2001), o MST resguarda a reforma agrária como forma de recurso para as dificuldades no campo e acreditam que a ocupação é uma das principais estratégias de luta pela terra. Desde a origem do movimento Soares (2020) destaca que as lutas do MST abrangeram uma ampla gama de políticas públicas direcionadas ao campo, como a educação, a saúde e a cultura.

Compreendendo o campesinato brasileiro como categoria que se constitui no fazer-se, que atua historicamente para formação da identidade camponesa brasileira, e diante dos desafios atuais encontra formas de resistência para a permanência no campo, Mansan, Costa, Oliveira, Santana e Mattos (2024, p. 5880) pontuam:

Entendemos que a reprodução social do campesinato se dá pela permanência e pela luta dos camponeses para ficarem na terra, e por mais diversificadas que sejam as formas de dominação do capitalismo, da cultura dominante, sempre existem formas de contestação. Assim o campesinato tem diferentes significados historicamente, constituindo-se e atuando enquanto sujeito social que age sobre as suas condições de vida

Do mesmo modo que é impossível falar de campo brasileiro sem falar dos séculos de herança escravagista, é fundamental olhar para a conformação social dos territórios quilombolas e sua herança cultural, social e simbólica para o projeto civilizatório que nos oferecem através de seu processo de luta e resistência. Brito (2023), a questão agrária está ideologicamente associada ao racismo estrutural no Brasil que produz desigualdades, sendo alicerces da sociedade brasileira e sua estrutura fundiária colonizadora que se apropriou dos territórios, dizimou povos originários, escravizou as forças de trabalho africana e indígena para o desenvolvimento e a concentração de terras.

A formação dos quilombos no Brasil advém de um processo de resistência à escravização, de um modo de enfrentamento à violência instaurada pela colonização que deixou marcas significativas fruto de complexos e violentos processos de formação e afirmação de sua identidade (Silva, Felipe, 2024). Contemporaneamente, nos referimos a comunidades de remanescentes de quilombo como um espaço de resistência cultural, nas quais os saberes e fazeres dos antepassados asseguram a identidade étnica (Silva & Silva, 2014)

No campo das políticas públicas, de acordo com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) em sua Instrução Normativa n.º 16, de 24

de março de 2004<sup>16</sup> que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos, essas comunidades podem ser compreendidas como “grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”.

Já no campo dos movimentos sociais, Brito (2024) resgata junto à intelectuais negros os distintos períodos dos estudos quilombolas que foram transformando, ressignificando e expandindo o conceito de quilombo ao longo da história do Brasil e com ele dialogamos para pontuar os principais momentos e entendimentos para o escopo dessa pesquisa. Como ponto de partida para compreensão do quilombo o autor situa a chamada “República dos Palmares”, fundada no Quilombo dos Palmares, Serra da Barriga, atual União de Palmares, Alagoas. Segundo Abdias Nascimento (2019, p.70):

Palmares pôs em questão a estrutura colonial inteira: o exército, o sistema de posse da terra dos patriarcas portugueses, ou seja, o latifúndio, assim como desafiou o poder todo poderoso da Igreja católica. Resistiu a cerca de 27 guerras de destruição lançadas pelos portugueses e holandeses que invadiram e ocuparam por longo tempo o território pernambucano. Palmares manteve sua existência durante um século: de 1595 a 1695.

Inicialmente traz as contribuições de Clovis Moura (1981), que vai compreender o quilombo enquanto uma experiência social expressa em uma unidade de rebelião com valores sociais e culturais do negro, que representaram uma alternativa frente a sociedade latifundiário-escravista, se fazendo presente em todos os territórios onde esta sociedade se estruturou. O quilombo convertia a condição social do “escravo fugido” para a de “quilombola assentado”, fazendo isso através da “quilombagem”, descrita como o modo de resistência negra e quilombola naquele período (Moura, 1981).

Na sequência, destaca que Edison Carneiro (1958) é quem vai registrar a primeira abordagem positiva acerca do quilombo no Brasil, o considerando como uma expressão da reafirmação da cultura africana organizada. O quilombo, portanto,

---

<sup>16</sup> Ver em <https://cpisp.org.br/instrucao-normativa-incra-no-16-de-24-de-marco-de-2004/>

seria um fenômeno contra aculturativo e rebelde aos modos hegemônicos de organização social do período colonial (Moura, 1981; Carneiro, 1958).

Por fim, traz nomes que compõem um terceiro período dos estudos quilombolas, onde o conceito de quilombo acaba sendo situado na proposta quilombista de Abdias Nascimento (2019) que propõe o “quilombismo”, como perspectiva estética-política, como conceito científico e histórico-social que aborda o quilombo como instrumento político em torno da luta por democracia e por uma sociedade multiétnica, capaz de estabelecer diálogos entre a experiência europeia, africana e indígena, fundantes do povo brasileiro.

Abdias modifica e corporifica um novo sentido para o quilombo e em seu livro *Quilombismo* (2019, p. 289): “Quilombo não significa escravo fugido. Quilombo quer dizer reunião fraterna e livre, solidariedade, convivência, comunhão existencial.”

**Figura 2 – O Quilombismo e a arte “Padê de Exu”, obras de Abdias Nascimento**



Fonte: Revista Radis - Reportagem

Brito (2024) destaca que as contribuições quilombistas vão desde uma perspectiva estética, até os modos de organização política do povo negro no Brasil, tendo como foco a elaboração de estratégias concretas de combate ao racismo e exclusão social. O quilombismo, busca dar ênfase a produção da vida negra em

comunidade, a partir de uma existência singular na experiência da diáspora africana, pautada em valores igualitários como a cooperação, criatividade, propriedade e riquezas coletivas. Oferece assim, um contraponto à ideia única de produção da vida em moldes europeus e frente ao apagamento que o racismo tem feito das contribuições negras no estabelecimento de alternativas e na produção de experiências autênticas (Nascimento, 2019).

Nesse mesmo período, chamado por Brito (2024, p.54) de 3º período histórico, as contribuições da intelectual negra Beatriz Nascimento (1985; 1989) contribuem para ampliação e ressignificação do termo a partir da sua emblemática enunciação: “O quilombo é o espaço geográfico onde o homem tem a sensação de oceano. A Terra é o meu Quilombo”. A autora compreende o quilombo como instituição, frente ao colonialismo, o quilombo guarda semelhanças com o modelo africano, já como prática política incorpora noções de emancipação e como código, se faz presente nos espaços coletivos de luta e resistência negra e antirracista. Convertendo-se, por fim, em símbolo, oferecendo um modelo brasileiro de reafirmação da identidade étnica.

Como contribuição mais recente, aparecem as contribuições do intelectual quilombola Antônio Bispo dos Santos (2016) que complexifica e atualiza a compreensão de: “quilombos contemporâneos”, que seguem em sua empreitada “contra-colonial”, “confluindo” com os povos originários e resistindo às empreitadas colonizadoras do Estado e das empresas. Antes com caravelas e agora transvestidos de megaprojetos em torno de um desenvolvimento que sacrifica os territórios quilombolas

No âmbito da organização política, o movimento social quilombola se inscreve no conjunto mais amplo dos movimentos sociais negros brasileiros, e se expressa nas mobilizações coletivas em torno de aspectos étnico-culturais e sociais, relacionados com questões de ordem comunitária, identitária e subjetiva, como a luta pelo direito à terra e a ancestralidade afro-brasileira (Brito, 2024).

O autor pontua que o movimento quilombola contemporâneo se atualizou e se inseriu institucionalmente através da criação da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ)<sup>17</sup>, em 1996,

---

<sup>17</sup> Ver mais: Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais e Quilombolas. Quem somos, 2023. Disponível em: <https://conaq.org.br/nossa-historia/> .

que surge como sujeito político articulador de pautas comuns do movimento, sobretudo no contexto do campo, e que se configura como o maior movimento negro de luta pela terra da América Latina (Souza, 2008).

Entretanto, Brito (2024, p. 109) coloca luz sobre os valores do quilombo que estão entranhados na história brasileira como projeto político insurgente e contra-colonial desde 1569<sup>18</sup>, data de onde emergem os primeiros registros de quilombos brasileiros no estado da Bahia, que:

Embora a margem da história, e nem sempre intitulado como “projeto político ou movimento social”, as mobilizações que emergem dos quilombos no Brasil desde 1569, parecem defender uma proposta ou alternativa possível rumo a um avanço civilizatório nos trópicos, contando com registros antes mesmo da chegada dos valores franceses como a “liberdade, igualdade, fraternidade” (1789-1799) no Brasil. Representando, assim, um convite à sociedade brasileira para voltar os seus olhares e interesses para dentro do Brasil profundo, que registra experiências concretas e históricas capazes de contribuir na construção de um futuro mais justo e inclusivo.

Valores como a liberdade, igualdade e emancipação inspiraram a constituição dos quilombos no Brasil do período colonial (Moura, 1981) e permanecem vivos nas reivindicações do movimento quilombola contemporâneo (CONAQ, 1996; 2000), estabelecendo relações diretas com a necessidade de superação das chagas da experiência de escravização negra no Brasil (Brito, 2023).

Cabe ressaltar o que há distanciamentos nas concepções de liberdade do pensamento liberal e a liberdade compreendida desde a experiência quilombola. Desde os princípios da organização do movimento, a CONAQ (1996) diz que a busca dos quilombolas por liberdade se conecta com a necessidade da garantia de direitos, como do uso coletivo da terra e dos bens produzidos nela, reconhecendo a identidade etnocultural e ancestral quilombola.

Ao longo da história o movimento quilombola enfrenta vários desafios determinados pelo racismo estrutural, principalmente ambiental e religioso, e pela colonialidade. Brito (2024) destaca o desafio diante da atualização de um discurso “anti-quilombola” capitaneado pelas forças políticas da extrema direita brasileira que acabam por agravar a já fragilizada situação das comunidades quilombolas,

---

<sup>18</sup> O registro mais antigo de um quilombo no Brasil é o do Kingoma, no município de Lauro de Freitas, Bahia, em 1569 (Nascimento, Gerber, 1989; Kingoma, 2023).

reforçando a concentração de terra, o aumento da violência no campo em função de disputas territoriais e a violência contra pessoas de religiões de matriz africana.

Habitar esses territórios existenciais, portanto, é deparar-se com práticas discursivas que denunciam conflitos, a falta de políticas públicas e a descredibilidade com a política. Denunciam também processos de subjetivação segmentados por uma retórica histórica sobre outros navios negreiros – os navios da desvalorização do conhecimento da comunidade e da deslegitimidade social, o que traz um elemento fundamental para o trabalho junto às comunidades quilombolas: a construção de identidade (Silva e Felipe, 2024).

No que tange ao enfrentamento das adversidades da população do campo e quilombola, poucas estratégias resolutivas foram postas em prática ao longo da história do Brasil, sobretudo as pautas referentes à luta pela terra que andam a passos lentos, quando não retrocedem. Opera a lógica de produção de subjetividade capitalística colonial (Rolnik, 2018), desde um capitalismo global marcado pela necropolítica<sup>19</sup>. Félix-Silva, Soares, Santos, Rigoti e Nascimento (2019, p.138) apontam com ênfase que:

São outros e são os mesmos os navios negreiros atuais (territórios de existência), em que a população quilombola é esquecida ou jogada, é matada, é morrida por um pedaço de terra seu, por um pedaço de corpo seu, por uma vida que vale menos do que outras e por isso também esquecida nos porões escuros das comunidades quilombolas (territórios longínquos, não só geograficamente, mas longe também da chegada das políticas de assistência social e da presença de profissionais da saúde).

Por fim, cabe o aquilombamento com a proposta de Silva (2019) quando aponta para a sociedade Amefricana, no Brasil, como a verdadeira estrutura que fundamenta o país e que deveria orientar os trabalhos, pesquisas em diferentes áreas de produção de conhecimentos comuns para a transformação da sociedade.

---

<sup>19</sup> Para Achille Mbembe (2018), a necropolítica se expressa em uma série de mecanismos de controle do poder do Estado, na construção de dinâmicas sociais e políticas que tecem cenários determinantes das condições de vida e de morte de grupos populacionais historicamente vulnerabilizados, como a população negra (Mbembe, 2018). A política centrada na morte, ou a soberania expressa “no poder de ditar quem pode viver e quem deve morrer” (p. 5) são alicerces do conceito de necropolítica. Tal conceito discute a morte enquanto artefato para manutenção do poder, visto que há distinção de quem importa e quem não importa, de quais vidas serão protegidas e quais são descartáveis. Para Mbembe, raça é um conceito preeminente para discutir necropolítica, pois “a raça foi a sombra sempre presente no pensamento e na prática das políticas do Ocidente” (p. 18).

### 4.3.1 O ENCONTRO ENTRE REFORMA SANITÁRIA, A LUTA PELA TERRA E A SAÚDE DO CAMPO

Historicamente o modelo biomédico foi estruturante de uma compreensão de saúde reducionista, referenciada na ausência de doença de uma relação de oposição binária com a ideia de produção de saúde, sendo este o modelo hegemônico e constantemente em disputa, já que acaba obstaculizando os modos contra hegemônicos de pensar e de fazer saúde. Segundo Junges e Zoboli (2012) nesse modelo os micróbios dão sentido ontológico para as doenças, ocasionando a perda da visão sistêmica e complexa das situações.

Essa concepção é herança colonial de uma educação médica (que influencia todo o campo da saúde) orientada pelo modelo flexneriano (Lago; Silva, 2024, Pagliosa; Da Ros, 2008) pretendia superar o “vulgar” tradicional construído há séculos, as práticas populares de cura das doenças tidas como não científicas. Mas havia algo que escapava a clínica biomédica, as subjetividades, as questões sociais e históricas, manifestas no corpo social (Lino, 2017), que a clínica não deu conta de explicar.

Laurell (2003) mostra como durante os anos 60-70, na América Latina, o questionamento do paradigma dominante da doença como fenômeno biológico individual foi construído e sustentado pelos movimentos populares. Através das lutas sociais, os movimentos buscavam enfrentar os desafios para gerar conhecimentos contra-hegemônicos, que permitissem a compreensão dos problemas de saúde desde suas distintas realidades e do reconhecimento de seu caráter histórico social.

Como pontuam Matias *et al.* (2016, p.57) os modos contra-hegemônicos foram historicamente desvalorizados dado que: "saúde tem majoritariamente valorizado, compreendido e organizado suas práticas pelas lentes do paradigma científico e de outros sistemas correlacionados de pensamento e organização da realidade, como a racionalidade médica e as práticas tradicionais de gestão".

Em um contexto de democratização do país, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira bebendo da fonte do movimento de Medicina Social latino-americano atualiza as concepções de saúde vigentes, pautando a determinação social e histórica do processo saúde-doença, agregada à aspectos culturais, psicológicos e subjetivos. Essa concepção estaria estritamente ligada ao território como chão do

cuidado e produção social da saúde, sendo que a questão do acesso e posse de terra aparece no texto final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (p.4):

(...) a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, 'acesso e posse de terra' e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

Esse conceito aparece como forte influência ao texto constitucional expresso na Constituição Federal de 1988. Entretanto, ao ser expresso na Lei nº 8.080, o conceito construído pelo MRSB perde seu caráter que aponta a questão agrária de acesso e posse da terra como determinantes sociais, sinalizando que a hegemonia da burguesia agrária historicamente atualiza sua força na composição do Estado brasileiro, atropelando as demandas da classe trabalhadora (Silva; Prada, 2019).

Mas é no bojo dessa disputa tensionada pelos movimentos sociais que vai ganhando força a compreensão da determinação social da saúde, compreendido pela epidemiologia crítica como uma ferramenta teórico-metodológica que objetiva a compreensão da saúde a partir da reprodução social e da adoção de modos de viver, adoecer e morrer específicos em uma determinada sociedade, expressando as relações entre o capitalismo e a saúde (Da Ros; Kieling, 2019; Breilh, 2006).

Breilh (2010) defende que é preciso avançar da concepção de determinação social da saúde para uma determinação social da vida. Aponta a necessidade de reconhecer que o modelo de civilização atual e de desenvolvimento econômico capitalista são os grandes nós da determinação social, sendo incompatíveis com o estabelecimento de modos de vida saudáveis para todos. Para o autor é preciso construir uma economia sustentável, uma política solidária e uma cultura libertária, o que só será possível com a organização e a luta dos trabalhadores.

Diz que é preciso abandonar a concepção antropocêntrica de abordagem da saúde, passando a considerar que a manutenção da vida da humanidade depende, ontologicamente, da proteção da natureza.

O paradoxo maior do momento atual é que justamente quando a investigação começou a desvendar o potencial destrutivo da economia extrativista e agroindustrial de grande escala e quando os movimentos sociais conseguiram algumas conquistas jurídicas nos direitos da saúde e da natureza, foi quando os governos e empresas, públicas e privadas,

reafirmaram o modelo civilizatório imperante, sua lógica produtivista, seu modelo energético não sustentável e colocaram a produção petrolífera, agroindustrial e da mineração como a única via para combater a crise e enfrentar as imperiosas necessidades do desenvolvimento (Breilh, 2010, p.90, tradução nossa).

Muitos são os desafios enfrentados pela população do campo por garantia de condições de vida e saúde, que passa pela estrutura fundiária brasileira fortemente desigual, pelos baixos índices de escolaridade, moradias inadequadas, falta de saneamento básico, baixa renda, entre outros, que se somam à incipiente participação dessa população na construção de políticas públicas (Brasil, 2013).

Estudos sobre as condições de saúde da população do campo associam a posse da terra com o estado nutricional, os processos de trabalho e saúde (incluindo o uso de agrotóxicos), a morbimortalidade referida e a relação com os serviços de saúde. Quanto menor a posse de terra, maior o déficit nutricional. Corroborando com Carneiro, Búrigo e Dias (2012) quando afirma que a concentração de terras é a causa estrutural da desigualdade social no Brasil, tendo, portanto, grande impacto na saúde das populações do campo e da cidade.

As questões sócio-históricas repercutem na saúde mental da população do campo, na medida em que seu local de vida e trabalho é ameaçado constantemente pela degradação ambiental e pela pobreza, sendo palco de conflitos e lutas por direitos (Brito *et al.*, 2021).

Em estudo realizado a partir da determinação social da saúde, em cinco municípios de Pernambuco com áreas significativas de monocultivo de cana-de-açúcar Domingues *et al.* (2023) junto às comunidades rurais participantes identificaram como fatores protetores da saúde a função social da terra, o direito à reforma agrária, à agricultura familiar, aos laços de solidariedade e organização comunitária, práticas de autocuidado individual e familiar em oposição dialética aos processos destrutivos de ameaças à saúde identificados como as iniquidades sociais, a desregulamentação produtiva, a degradação ambiental, a exploração do trabalho, a violência e o adoecimento.

Dentre os movimentos interessados em discutir saúde, em outra perspectiva, está o MST. A saúde vem sendo preocupação do movimento desde 1980, quando foram criadas equipes de saúde nas primeiras ocupações de terras (Silva; Prada, 2019). Com o acúmulo nesse setor, em 1998 instituiu-se o Coletivo de Saúde do MST,

criado com a intenção de integrar as ações de saúde desenvolvidas nos assentamentos e acampamentos desde a criação do MST.

Já em 1999, o coletivo realiza sua primeira publicação, o “Caderno de Saúde nº1” (Lutar por Saúde é Lutar pela vida), figura 2, onde o movimento se aproxima ao SUS e inicia o debate dos princípios da saúde no MST:

luta pela valorização da vida; Acesso ao conhecimento e à informação; Saúde como dever do Estado; Atenção integral à saúde; Prioridade à promoção e à prevenção; Respeito às diferenças culturais; Fortalecimento das práticas não convencionais em saúde; Saúde como uma conquista de luta popular (MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TERRA, 1999, p. 12-13).

Figura 3 - Capa do “Caderno de Saúde nº 1” (1999).



Fonte: MST (1999).

A Saúde passa então a constar no programa de Reforma Agrária, mas Silva e Prada (2019) pontuam que, neste momento histórico, prevaleceu a influência do modelo biomédico, reafirmando a crença de que quanto maior o acesso a tecnologias médicas, mais se estará cuidando da saúde (Lago e Silva, 2024; Tesser, 2008).

Entretanto, cabe destacar que já nesse primeiro documento de formação e informação, em seu último tópico intitulado “Sem Saúde não há Reforma Agrária”, o MST levanta três questões importantes que chama de “valores básicos” para alcançar através da política pública de saúde e garantir maior qualidade à luta pela reforma agrária: “elevar o nível de sabedoria do nosso povo”; “ouvir os segredos da terra e da natureza” e “fazer da solidariedade um dever social”. Vamos exercer aproximação breve a cada um desses valores.

Quando o MST fala da sabedoria, reverencia os antepassados que a construíram ao longo do tempo, como modo de construção social e convivência, associada à alegria. Entretanto, o movimento destaca a relação de tensão e apropriação desenvolvida pela classe dominante, sobre a sabedoria do povo camponês em torno da denominação “humilde”, para instituir ao povo como “sem sabedoria” (MST, 1999, p.14):

A classe dominante, além de se apropriar das riquezas, também se apropriou do saber e obscureceu a ignorância com a palavra humilde como valor, para identificar a pessoa pobre e analfabeta. É só prestar atenção quando querem descrever a origem de uma pessoa pobre, dizem que ela é de “origem humilde”. Ora, humilde nada tem a ver com origem, nem com quantidade de bens que a pessoa possui. Na verdade, eles querem dizer que esta pessoa não tem nada, apenas o corpo, sem sabedoria.

Ao chamar o movimento para “Ouvir os segredos da terra e da natureza” o MST resgata a sabedoria dos antepassados, referindo que os antigos trabalhavam com enigmas, ouvindo e se relacionando com os sinais da Terra dá. Mas mais uma vez, aponta para as contradições da relação estabelecida com a terra por parte da classe dominante, pois para estes: quando a terra cansa de produzir, joga-se adubo químico; quando adoece, joga-se venenos; quando é tempo de plantar, compram-se sementes transformadas. O movimento estabelece, então, relação da qualidade de vida com o reestabelecimento da relação homem/natureza através da atitude do parar para ouvir a terra, pois:

Não há como garantir melhor qualidade de vida humana, se não desenvolvermos formas de melhorar a qualidade de vida da terra e da natureza. Para isto, a primeira atitude que devemos ter é parar para ouvir, sempre que vamos tocar na terra e na natureza, para saber o que ela tem a nos dizer (MST, 1999, p.15).

Por fim, o movimento sinaliza como valor fundamental a solidariedade como um dever social e não como sinônimo de colaboração, já que atua sobretudo na

partilha de soluções dos problemas que buscam reestabelecer a dignidade humana. O MST salienta que é preciso uma solidariedade ativa que atue na prevenção de tragédias, já que consideram que nossa obrigação como seres humanos é “salvar a vida e não chorar a morte”

O MST vem construindo ao longo da sua trajetória, o entendimento de que saúde tem múltiplos determinantes, entre eles, a posse da terra e a posição de classe de um grupo populacional (Silva; Prada, 2019). Estas ações abrangem desde o cuidado e acompanhamento dos doentes, até a organização da luta por políticas públicas e acesso aos serviços de saúde. A organização se dá no âmbito local, estadual e nacional (Carneiro, 2007).

Silva e Prada (2019) concluem em seu estudo que o MST tem realizado uma ampla discussão sobre as condições de vida e de saúde no campo, sendo parte dessa contribuição situada na reflexão sobre o conceito ‘do campo’ ao pensar a educação - e conseqüentemente a saúde e a educação em e na saúde - vinculada à realidade, à história, à cultura e às necessidades dos sujeitos que ali moram.

Em sua primeira publicação sobre saúde do campo o MST (1999, p.16) afirma:

A luta pela reforma agrária é também a luta para ter saúde e melhor qualidade de vida dentro de nossas comunidades. A de produzir não é maior que a de preservar, proteger, amar e se alegrar. A reforma agrária é uma luta de todo porque suas razões estão na conquista da dignidade e na construção da felicidade para toda a coletividade.

O movimento foi desenvolvendo ao longo de seu processo histórico-político um conceito próprio de saúde, que está enraizado no modo de vida do camponês que luta pela Reforma Agrária. Para o MST saúde “ter a possibilidade de lutar contra o que nos agride e nos ameaça, inclusive a doença” (Lima, 2018, p. 1). Mediante a concepção de saúde adotada pelo MST, é possível inferir que a compreensão desse fenômeno é muito mais ampla do que podemos conceber, pois a saúde é vista como a capacidade de combate contra tudo que os aflige, seja em qualquer âmbito e não apenas voltado para uma saúde física. A capacidade de ter saúde pode ser entendida como uma forma de luta e resistência.

A partir disso, podemos refletir que quando pensamos em “cuidado”, muitas vezes podemos nos restringir apenas aos cuidados de profissionais da saúde ou a cuidados com o objetivo da ausência de doenças e a prevenção das mesmas. Todavia, a partir dos pressupostos estabelecidos pela práxis e historicidade do movimento camponês, como debatido por Rückert e Aranha (2018, p.118) o conceito

de saúde do MST afirma que “Lutar por saúde é lutar por reforma agrária” e corresponde:

ao acesso à terra; à segurança alimentar; às plantas medicinais e medicina natural; ao bem-estar; ao cuidado; ao diálogo; à construção de novos valores; às novas relações; ao cuidado com o meio ambiente e com os recursos naturais; à educação e à formação; à luta contra o agronegócio; e à luta pela construção de um projeto popular.

Ao refletir sobre práticas de cuidado no contexto do MST, Soares (2020) destaca a manutenção dos saberes construídos historicamente por um grupo ou cultura, através das memórias coletivas que atuam para atualizar através das gerações a valorização e manutenção de práticas populares de cuidado. Como exemplo desse saber que permeia gerações o autor cita o saber agroecológico<sup>20</sup> que o MST cultiva no intuito de promoção de saúde e que, segundo Rotolo (2017) se insere nesse horizonte que o movimento constrói, de conhecimentos tradicionais em integração com os cuidados ao meio ambiente à luta política por um diferente padrão de sociedade.

Outro movimento que vem contribuindo para os acúmulos na saúde do campo é o movimento quilombola rural, sobretudo pelas articulações e lutas da CONAQ que, teve seu projeto de saúde sistematizado em recente estudo realizado através de análise de documentos, desenvolvido por Brito (2024). O autor situa as tensões entre as práticas institucionalizadas (majoritariamente biomédicas) e a concepção de saúde quilombola ligada à terra. Nas palavras do autor:

O trânsito entre uma concepção institucionalizada acerca da saúde, garantida mediante políticas públicas, e a concepção de saúde ligada à ancestralidade quilombola presente há séculos nestas comunidades, dão conta de demonstrar uma tensão entre as práticas e saberes de saúde, especialmente no que diz respeito a presença hegemônica de práticas biomédicas, assistencialistas e hospitalocêntricas nos serviços de saúde, o que acaba reforçando a hierarquização entre saberes e a marginalização de aspectos étnico-culturais das comunidades (Brito, 2021, p. 76).

---

<sup>20</sup> Remete para a questão da Agroecologia, uma grande categoria que se associa a educação e a saúde do campo, tendo a agroecologia como matriz tecnológica, não apenas como um corpo de conhecimentos úteis que possam ser aplicados, mas como prática social, como ação complexa e ampliada.

Esse aspecto está reforçado também no estudo desenvolvido por Silva e Felipe (2024) que destaca a necessidade de uma prática<sup>21</sup> que vá além do atendimento clínico individual, incorporando uma perspectiva comunitária e coletiva que leve em consideração a produção de subjetividade e saúde dentro do contexto das comunidades quilombolas. Esse enfoque implica em escutar e entender as especificidades do território, valorizando a cultura e as práticas ancestrais das populações locais.

O movimento quilombola sustentado pela CONAQ historicamente está fundamentado em relações estabelecidas entre a luta pela terra, junto a percepção da questão racial, étnico cultural e ancestral-tradicional da identidade quilombola, incluindo também sua compreensão de saúde. Segundo o movimento:

O primeiro registro de comunidades quilombolas foi no Estado da Bahia em 1569, ao longo dos anos as comunidades quilombolas têm sido expostas a processos de exclusão social e racial, como na colonização e escravização negra e indígena, que se perpetuam com reflexos até os dias atuais, contando com inúmeras barreiras de acesso aos direitos sociais, incluindo o direito à saúde (CONAQ, 2023, p.1).

Os acúmulos políticos em relação à saúde quilombola só mais recentemente começaram a ser sistematizados pelo Coletivo de Saúde da CONAQ, tendo como marco histórico a publicação “Cartilha do Cultivo da Saúde Quilombola no SUS”, o coletivo destaca os saberes base que estão na base da cartilha (CONAQ, 2024, p.4):

A construção da cartilha foi pensada por meio dos saberes da terra, dos cultivos das nossas plantas medicinais, do nosso alimento e da nossa ancestralidade. Essa cartilha destaca práticas, saberes e fazeres de cultivo da saúde quilombola que devem ser respeitados para que a Saúde Quilombola - SQ exista, floresça e dê frutos no SUS.

A cartilha é fruto dos acúmulos sistematizados durante a 1º Conferência Nacional Livre de Saúde Quilombola, realizada em 2023 no contexto das etapas preparatórias para a 17ª Conferência Nacional de Saúde, onde pela primeira vez na história existiu uma delegação com dez quilombolas de todo o país que aprovaram, junto às mais de 6 mil pessoas delegadas, mais de 20 propostas que dão corpo ao

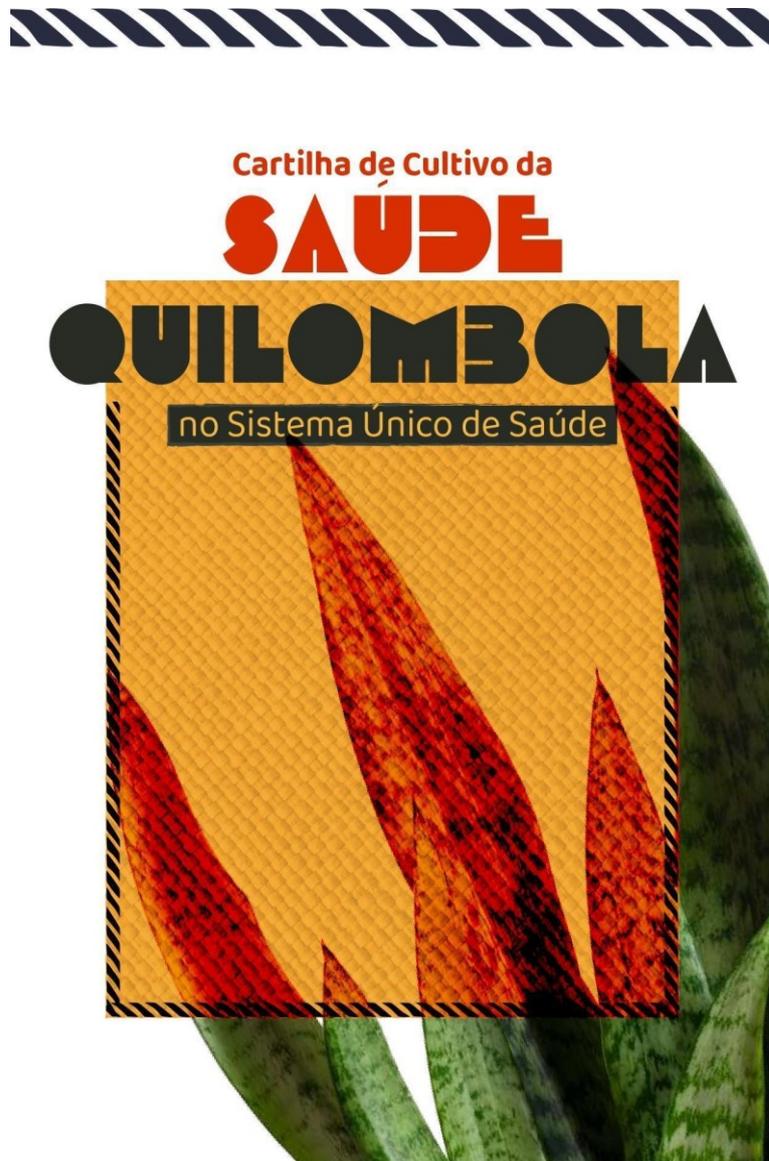
---

<sup>21</sup> O estudo em questão analisa especificamente a prática da psicologia nesses territórios, mas que podemos tomar aqui como necessidade de prática dos serviços de saúde em geral no contexto de comunidades campesinas e quilombolas.

projeto político do movimento quilombola para a saúde. No relatório final da conferência estão seus objetivos:

Com o tema “A saúde quilombola como política pública: Em defesa da democracia, do direito à terra e por um novo modelo de saúde nos territórios quilombolas”, a 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde Quilombola da CONAQ teve por objetivo debater e formular propostas de promoção equânime do direito à saúde para comunidades quilombolas do Brasil prezando por suas tradições ancestrais de cuidado, especificidades em saúde, institucionalização da saúde quilombola, fortalecimento do SUS, da democracia e mobilização do movimento social quilombola na saúde. (CONAQ, 2023, p.2)

**Figura 4 – Capa da primeira cartilha de cultivo da saúde quilombola**



Fonte: CONAQ (2024)

É a partir desse marco histórico de realização da conferência livre que o movimento enuncia elementos da concepção de saúde quilombola enraizados na luta pela terra, a preservação da cultura ancestral afro-brasileira, o combate ao racismo e a busca por reparação histórica, conforme consta em seu relatório:

(...) saúde é ter o acesso à terra, regularização e demarcação dos territórios quilombolas assegurados, preservando a natureza ao seu redor e a cultura ancestral e tradicional quilombola afro-brasileira. Ter saúde é verdadeiramente ser livre das amarras do racismo, escravismo e da colonialidade, é ter o direito à cidadania sem ter que obrigatoriamente ir para a cidade. Saúde é reparação, liberdade, igualdade e emancipação do povo negro quilombola. Sem acesso à terra quilombola não se tem saúde, enquanto os territórios quilombolas não forem titulados não haverá saúde, com racismo não se tem saúde. É preciso contra-colonizar! Teremos saúde quando o Brasil-nação for menos desigual social e racialmente.

No relatório final da Conferência Livre o Coletivo de Saúde da CONAQ dá nome a reivindicação histórica do movimento por políticas públicas e demanda pela criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Quilombola. Há também o destaque que, diante do histórico de abandono e negligência do Estado brasileiro, foram as tecnologias ancestrais de cuidado que permitiram ao povo quilombola a sobrevivência e o cuidado a partir do território. Em trecho do documento:

A saúde quilombola precisa ser vista enquanto política pública, é preciso que se crie uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Quilombola, de modo a olhar para as suas especificidades. Foi apenas a partir da Constituição Federal de 1988 que os direitos quilombolas foram reconhecidos pelo Estado brasileiro, mesmo assim, são escassas as iniciativas que se debruçam em garantir o direito à saúde para as comunidades quilombolas, especialmente em territórios rurais e remotos. Em contrapartida ao cenário de escassez de políticas de saúde, ao longo dos seus 450 anos as comunidades quilombolas desenvolveram uma série de tecnologias ancestrais de cuidado em saúde, a medicina quilombola tradicional foi e é o principal responsável pelo cuidado em saúde dentro das comunidades até a atualidade" (...). (CONAQ, 2023, p. 1).

A CONAQ expressa, ainda, a compreensão sobre a operacionalização interiorizada dos serviços do SUS nos territórios rurais a partir da implementação efetiva de uma Atenção Primária à Saúde de base territorial, que dialogue com os saberes e práticas de cuidado da medicina ancestral quilombola. Além disso, sinaliza também seu alinhamento aos pressupostos da Reforma Sanitária e da democracia: É urgente a defesa do SUS, da Reforma Sanitária, da democracia e da garantia dos direitos quilombolas através do acesso à terra, sem-terra não se tem saúde (CONAQ, 2023, p. 3).

Ao tomar como perspectiva a determinação social do processo saúde-doença, deve-se tomar também a compreensão da formação histórico-social e cultural do país, já que como pontua Silva (2022, p.20) “A maneira com que recorremos aos saberes ancestrais se perpetua como um fio d'água através da oralidade, hábitos, sentimentos e costumes, desviando de pedras e demais obstáculos”.

Os movimentos quilombolas populares de busca pela saúde e qualidade de vida, seja através dos movimentos sociais nacionais ou locais organizados pelas associações de moradores, conforme apontam Novaes, Silva, Santos e Gomes (2021) permitem inclusive repensar os conceitos de saúde. Em estudo realizado junto às comunidades quilombolas do agreste pernambucano sinalizam os limites de concepções de saúde como a da OMS, do total bem-estar físico, mental e social diante das realidades complexas das comunidades quilombolas, que envolvem processos históricos de desconfortos e de movimentos de resistência. Situam ainda que a perspectiva de integralidade desejada pelas políticas públicas de saúde é insuficiente nestes territórios, já que essas definições não estão fundamentadas no que seria o bem-estar, o bem viver ou a produção de saúde a partir da realidade desses territórios.

Compreendendo o movimento social quilombola como sujeito coletivo, observa-se a defesa mais ampla de um projeto de país, que por mais que seja marginalizado, reivindica a reparação histórica pelas violências sofridas por negros e indígenas no período colonial-escravista, bem como na superação da colonialidade e do racismo, apostando em uma saída pela via do aquilombamento e da contra-colonização, inclusive das lutas em torno do direito à saúde no Brasil (Brito, 2024).

Em seu estudo, Brito (2024, p.81) faz o exercício de localizar as aproximações da saúde proposta pelo movimento quilombola e a saúde proposta pelo MST. Segundo o autor as convergências dos movimentos estão na adoção de um conceito ampliado que fundamenta a concepção de saúde, e na “compreensão de que, antecede a luta pela saúde, a necessidade de garantia de acesso à terra, defendida pela CONAQ enquanto reparação histórica, e pelo MST a partir da perspectiva da Reforma Agrária”, de modo a reproduzir a ideia da saúde como expressão da vida social e suas determinações (Barros, 2021).

Félix-Silva, Soares, Santos, Rigoti e Nascimento (2019) identificam que as distâncias entre os serviços e os territórios do campo são literais, já que a Unidade

Básica de Saúde mais próxima do local do estudo fica a dez quilômetros. Mas para além disso, há uma distância simbólica e histórica que se mantém e atualiza, assim os autores recorrem: “à concepção de dor, dor mediada pelas injustiças sociais; tal qual o banzo, essa dor mata, por ela morre-se ou se entope de psicotrópico: o sofrimento ético-político.”

Brito (2023) sinaliza em uma revisão de escopo integrante de sua dissertação que a reprodução deste processo de hierarquização e subalternização de saberes e corpos, pode ser observada nas dinâmicas de funcionamento e nas práticas adotadas por profissionais de saúde no âmbito dos serviços de saúde do SUS, que baseados em uma formação profissional voltada ao modelo hegemônico hospitalocêntrico e biomédico, passam a valorizar saberes acadêmico-científicos, concebidos como superiores às práticas e saberes populares e tradicionais de cuidado das comunidades quilombolas e indígenas, aprofundando assim, as barreiras de acessibilidade, discriminações étnico-raciais e culturais vivenciadas por esta parcela da população.

Silva (2022) pontua que quando um intelectual não consegue romper com a herança colonial da violência epistêmica europeia, violências no contexto da prática se perpetuam. Portanto o SUS, apesar de construir um caminho para a equidade, nem sempre consegue romper com a estrutura que mantém camponeses, quilombolas, pessoas negras e outras populações vulnerabilizadas distantes da produção de políticas públicas. Matielo (2009) destaca em seu estudo realizado junto ao MST que uma dimensão importante da luta pela saúde é formar profissionais que consigam estabelecer diálogos no sentido da construção de políticas públicas a partir da realidade do campo.

É nesse sentido que Brito (2024) constrói diálogo necessário com o autor quilombola Antônio Bispo dos Santos (2015), que aponta para a necessidade de voltarmos o nosso olhar para os modos de (re)existência dos povos e comunidades tradicionais do Brasil (nome colonial para “Pindorama” – a terra das Palmeiras), o que inclui a valorização de uma série de saberes e práticas de cuidado centrados em uma relação de biointeração, respeito e harmonia entre todas as formas de vida na terra.

Ideias que guardam semelhanças com o que se tem compreendido como “bem-viver<sup>22</sup>” (Santos, 2015; 2023).

#### 4.4 EDUCAR PARA TRANS(FORMAR) O SUS: OS MOVIMENTOS SOCIAIS DO CAMPO COMO SUJEITOS PEDAGÓGICOS

“O que está em questão, afinal, é ajudar, desde múltiplas e diferenciadas práticas sociais, a buscar mais dignidade à condição humana, rompendo com a lógica deste tempo de tanta barbárie, de tantas iniquidades e de tanta miserabilidade humana, como o que vivemos hoje.”

(Caldart, 2012, p.65)

Segundo Rossato e Praxesdes (2015), historicamente as poucas e precárias escolas oficialmente destinadas aos povos do campo, em geral, inculcar (e muitas seguem inculcando) valores que se coadunam com o processo de modernização do campo, consolidando-se enquanto uma educação assistencialista, instrumental e de controle social. Este fenômeno deu origem à chamada educação rural.

Essa educação, organizada mediante projeto do Estado via políticas públicas, voltou-se a legitimar o modelo urbanocêntrico que estabeleceu uma relação de submissão da educação às necessidades inerentes à industrialização, tratando os valores, as crenças, os saberes do campo ou de maneira romântica ou de maneira depreciativa, como valores ultrapassados, como saberes tradicionais, pré-científicos, pré-modernos (Rossato e Praxesdes, 2015). Nas palavras dos autores:

Pode-se dizer, então, que a educação rural, através de diversas ações educativas governamentais ou não, tratou o camponês como carente, subnutrido, pobre e ignorante, não discutindo efetivamente a origem dos problemas vividos no campo, voltando-se a atender o processo de industrialização em curso (Rossato e Praxesdes, 2015, p. 21)

Na contracorrente ao paradigma de educação rural, estão os movimentos sociais do campo que compreendem a educação a partir de elementos da formação

---

<sup>22</sup> Bem Viver é um conceito profundamente enraizado nas culturas indígenas das Américas, especificamente entre os povos nativos da América do Sul. Alberto Acosta (2016), em seu livro *O Bem Viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos*, problematiza a noção eurocêntrica predominante de bem-estar, contrapondo uma perspectiva que confronta a dinâmica do poder colonial arraigado.

política e humana, que não ocorrem de forma separada. Matielo (2009) em estudo em contexto educativo do MST identificou que o movimento, através de iniciativas educativas voltadas para as suas realidades, busca preparar trabalhadores que tenham coerência política e ideológica (ética, valores) com o projeto de sociedade que o movimento social se propõe a construir, de uma sociedade justa e soberana (Da Ros; Delazzeri; Andreatta, 2007).

Através de análise documental Silva e Prada (2019) identificam que a educação do campo pensada desde o MST está fundamentada na importância de reafirmar o campo não apenas como lugar de produção, mas, sobretudo, como lugar de vida, na necessidade de disputar políticas públicas para as populações camponesas, e na construção de projetos políticos-pedagógicos vinculados à realidade do campo.

Segundo as autoras, essa compreensão está ligada à ideia de que é necessária uma escola que esteja no campo, mas que sobretudo, esteja política e pedagogicamente vinculada à história, à cultura, às causas sociais e humanas dos sujeitos do campo e não um mero apêndice da escola pensada na cidade. O movimento debateu o emprego do termo “do” e “no” campo, em contraposição a educação “para” o campo, elaborada por agentes externos à realidade camponesa (Silva; Prada, 2019). Assim, a Educação do Campo vai considerar que os camponeses têm o direito de pensar o mundo a partir da sua realidade, do lugar onde vivem.

Caldart (2012, p.52) assinala que “estamos diante de um território de valores, das escolhas morais, feitas desde a materialidade de uma crise social sem precedentes, que constituem e expressam a cultura.” A autora argumenta em seu trabalho a ideia de olhar para o MST através de sua dimensão sociocultural, entendendo o movimento que projeta outras opções históricas para a vida em sociedade como: “parte de um processo histórico mais longo, amplo e complexo, e como enraizado em uma cultura que projeta um mundo, ou um tipo de organização da sociedade que ainda não existe, mas cuja ideia resiste no imaginário de um povo que não sucumbiu ao domínio da ideologia do “fim da História” e do chamado “pensamento único” (Caldart, 2012, p.46).

Stedile e Fernandes (2012, p. 76), que acreditam que:

A frente de batalha da educação é tão importante quanto a da ocupação de um latifúndio ou a de massas. A nossa luta é para derrubar três cercas: a do latifúndio, a da ignorância e a do capital”, e assim, podemos compreender que a educação é entendida como sendo uma forma de resistência, de luta e, conseqüentemente, de prática de cuidado para com aqueles que integram

as escolas estabelecidas nos assentamentos e assim perceber que o MST compreende que “para nós, tão importante quanto distribuir terra é distribuir conhecimento.

Dessa forma, podemos entender a educação do campo enquanto forte promotora de práticas de cuidado em saúde no MST (Soares, 2020). Caldart (2012) demarca elementos da matriz pedagógica do movimento que abarca princípios filosóficos do MST e não pode ser compreendida fora de seus vínculos com processos sociais concretos: a pedagogia da luta social, a pedagogia da organização coletiva, a pedagogia da Terra, a pedagogia da cultura e a pedagogia da história que juntas, dão corpo para a práxis da Pedagogia do Movimento.

O movimento social quilombola organizado pela CONAQ construiu o papel histórico do movimento social como sujeito pedagógico, na medida em que se propõe a reconstruir a identidade quilombola a partir dos valores e referenciais que emergem do território:

Neste sentido, uma das principais frentes de atuação que a CONAQ passou a adotar, se deu na construção de referências positivas acerca das narrativas em torno do quilombo no Brasil, buscando construir um trabalho de fortalecimento e resgate da identidade quilombola dos seus ativistas, bem como das suas respectivas comunidades negras rurais. Tendo como horizonte o aquilombamento das lutas e das mobilizações sociopolíticas Brito (2024, p.89).

A ideia de Caldart (2012) do movimento social como novo sujeito social, provoca e prepara mudanças sociais mais profundas. Para a autora a dinâmica da luta pela Reforma Agrária e o MST produz elementos de um tipo de cultura que “não corresponde aos padrões sociais e culturais hegemônicos na sociedade capitalista atual, e na brasileira em particular”, trazendo para o MST a compreensão como movimento sociocultural. A autora exemplifica:

Na sociedade capitalista, a propriedade privada tem um valor supremo, acima de qualquer outro, inclusive o da vida humana. Quando ações do MST relativizam esse valor e propõe uma inversão de prioridade, colocando a vida e o direito ao trabalho como anteriores ao direito à propriedade, e quando essas ações começam a ter respaldo de boa parte da sociedade, podemos pensar na possibilidade de uma “quebra de padrões culturais”, de uma mudança de conceitos, de valores, de postura diante de determinadas realidades (Caldart, 2012, p.39)

Através da teoria pedagógica dos movimentos sociais - que a partir da experiência do MST Caldart (2012) vai chamar de pedagogia do movimento – o movimento social atua e se constitui como princípio educativo, educando na sua teoria

e na sua prática, saindo da lógica individual para a lógica coletiva. Para a autora, esse princípio vem oferecer a sociedade elementos ético-estético-políticos que faltam ou são preteridos diante dos princípios hegemônicos capitalistas:

A sociedade olha para o MST tentando enxergar o que falta a ela mesma, em um tempo caracterizado pela desumanização, pela degradação moral e por uma sensação de caos social. A miséria social tem se desdobrado em uma miserabilidade espiritual ou ética, igualmente desumanizadora e carente de forças sociais que a contraponham, sendo capazes de reacender esperanças nas pessoas (Caldart, 2012, p.51-52).

Numa perspectiva popular de educação gestada pelos movimentos sociais, cabe destacar alguns elementos que compõe o processo educativo que considera a superação das condições desumanizantes impostas pela lógica do capital: a organicidade, a mística e a pedagogia da alternância.

Para Peloso (2012) a ideia de organicidade diz sobre a capacidade de um movimento, - ou espaço, coletivo, proposta educativa - tem de dar corpo às ideias, debates e orientações comuns, de forma que estejam articulados de forma integral e permanente em todo o corpo da organização. O termo vem de órgão, compreendido como parte de um corpo que busca fluxo para sua reprodução, em interação com outros órgãos. Desse modo, a organicidade busca garantir uma unidade de pensamento e ação com autonomia relativa das partes para que possam aplicar, de maneira criativa, suas decisões gerais.

Outro elemento importante destacado por Peloso (2012) é a mística, compreendida não como mistificação (que significaria falsear, enfeitar ou deformar uma realidade), mas como “ânimo interior” ou “alimento da esperança”, uma energia vital que reforça a luta e se expressa em gestos e atitudes, individuais e coletivas.

Embora a mística não se institucionalize em um conceito, pois de um todo não se explica, vive-se, na contemplação e ação cotidiana, Peloso sistematiza o entendimento da mística como conjunto de convicções profundas, como as visões que mobilizam as pessoas e os movimentos na vontade de mudança, ou que inspiram práticas capazes de afrontar quaisquer dificuldades ou sustentar a esperança face aos fracassos históricos. De acordo com o autor:

Mística deriva de mistério. Conhecer mais e mais, entrar em comunhão cada vez mais profunda com a realidade que nos envolve, ir para além de qualquer horizonte. É fazer a experiência do mistério. Todas as coisas têm seu outro lado. Captar o outro lado das coisas é dar-se conta de que o visível é parte do invisível: eis a obra da mística.

Desse modo, a mística poderia ser concretizada tanto na postura pessoa, que envolve a vivência de valores coerentes com as convicções, como a solidariedade, quanto em ambientes através de simbologias, cores, luzes, vivenciadas de forma coletiva em que as pessoas participam com o corpo, a mente e o sentimento (Peloso, 2012).

Do ponto de vista pedagógico, os movimentos populares do campo vão assentar em solo brasileiro a proposta da Pedagogia da Alternância é uma abordagem educativa que alterna períodos de aprendizagem teórica em sala de aula com períodos de prática no contexto de vida e trabalho do estudante. Originada na França na década de 1930, essa metodologia é amplamente utilizada em instituições de ensino que atendem comunidades rurais, como as Escolas Famílias Agrícolas (EFAs) e Casas Familiares Rurais (CFRs) (Rossato; Praxesdes, 2015).

Como princípios fundamentais a pedagogia da alternância estão: alternância educativa que permite uma formação profissional e geral, a participação das famílias em ações de base, educação e formação integral que favoreçam a promoção pessoal e coletiva e por fim, a promoção e o desenvolvimento do meio em que se integram, assim como a animação social e cultural que promove a formação permanente (Rossato; Praxesdes, 2015).

Nesse mesmo movimento, de acúmulo histórico no debate pela luta de uma educação do campo situada e territorializada, está o trabalho desenvolvido pelo Coletivo de Educação da CONAQ, sobretudo o trabalho de Givânia Silva onde a autora elabora a ideia de educação como processo de luta política. A autora reflete desde sua comunidade Quilombola, a construção do Projeto-Político-Pedagógico da educação quilombola.

Em seu trabalho Givânia sistematiza outras perspectivas para o PPP que “Mais do que um mecanismo de efetivação de política educacional, ele é instrumento de construção identitária coletiva e de participação social (Silva, 2012, p. 115)”. A autora identifica como eixo basal do projeto quilombola de educação o sentido de território que está para além das questões produtivas e reprodutivas de existência e não dissociado da escola e do aprender desde o chão da comunidade:

O sentido do território, nessa perspectiva, parece ir muito além dos usos para as atividades de sobrevivência da comunidade. Ele reúne e estrutura, de forma organizada, o conjunto de lutas da comunidade a ele associado. Fazer

com que a escola estude o dia a dia desse território é fazer um currículo vivo, pois é ali que a vida acontece (Silva, 2012, p. 117).

Outro elemento importante para a educação quilombola é a reconstrução da história de luta e defesa do território, tendo a oralidade como instrumento de superação das histórias únicas e de sua manutenção de geração em geração. A educação quilombola acontece no encontro de saberes intergeracionais que constrói “novos conhecimentos”, sendo que esse momento de partilha de saberes nem sempre é feito pelos professores, mas também pelas lideranças quilombolas, através da história oral. A autora destaca que é desde o solo do território que brotam as possibilidades de reconstrução, já que:

Nele, as várias formas de organizar e contar a história se fazem presentes. Apresenta ainda suas referências, levando para o cotidiano escolar outra imagem de negro(a). Imagem positiva de quem lutou e venceu. Contar a história a partir de referenciais positivos da comunidade negra foge da lógica da historiografia do Brasil, dos materiais didáticos disponibilizados, do senso comum da sociedade em relação à população negra brasileira, que negros(as) sempre aparece na condição escravo ou escravizados (Silva, 2012, p. 117).

Walsh (2022) sinaliza a importância de fundamentar e priorizar a construção de pedagogias que defendam a vida, desde uma concepção social integral dos sujeitos, enraizada no social a partir de uma análise crítica e historicizada dos contextos de crise. Para a autora, valorizar as produções nas frestas é o desafio para pensar, criar e aprimorar processos e práticas decoloniais que surgem nas margens, dando corpo à pedagogias de semear vida, semear memórias coletivas, atos de resistências e tradição ancestral cultivados em ensinamentos coletivos e intergeracionais.

Walsh (2022) reforça ainda que as aprendizagens a partir dos solos dos movimentos sociais vem da análise coletiva da crise e do que ela causa nos territórios, através de abordagem integral das questões relacionada com uma crise estrutural, sistêmica, econômica, migratória, climática, alimentar, sanitária, da ciência.

Walsh dialoga com Mignolo<sup>23</sup> e seu conceito de desobediência epistêmica para caracterizar o que chama de fissuras, que seriam essa pedagogia e práxis decolonial que gera brechas, fendas, cortes profundos ou rachaduras por onde atravessam e são construídas as mudanças sociais e institucionais estruturais,

---

<sup>23</sup> Ver mais em Desobediência epistêmica: a opção decolonial e o significado de identidade em política, publicado nos Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Literatura, língua e identidade, nº 34, p. 287-324, 2008.

gerando impacto nas comunidades, nos grupos historicamente violentados por essa estrutura.

Silva (2019) corrobora com a autora quando sinaliza a necessidade de enfrentar as violências expressas na invisibilidade seletiva de questões estruturais no setor saúde, através de mudança e reorientação crítica de opções “metodológicas, teóricas e práticas ainda presentes nos espaços denominados intelectuais, políticos, administrativos e tecnológicos do SUS” que atuam como barreiras para a garantia efetiva dos direitos previstos.

Como forma de encontrar respostas que partam de outros lugares, estabelecendo diálogo com os territórios, Silva (2019) resgata a ideia gramsciana de intelectual orgânico<sup>24</sup>, que podemos reconhecer como educadores de território que introduzem “o saber dos intelectuais orgânicos, oriundos das massas subalternizadas, que carregam e produzem as epistemologias aniquiladas e o conhecimento sobre a realidade desses grupos”

Silva (2019, p.71) considera que o intelectual orgânico armado de sua comunicação dialógica pode possibilitar maior efetividade das políticas públicas de saúde, produzidas em nosso território, com nossas linguagens, símbolos, cultura para buscar romper com a colonialidade e com o racismo, quando o negro, indígena, periférico ou qualquer outro subalternizado pela violência colonial, europeia, ocidental, racista e capitalista deixar de ser razão para ter sua existência excluída da vida no Brasil.

Dessa forma, dialogamos com o pensador quilombola Antônio Bispo dos Santos (Nêgo Bispo) e seu debate entre saber orgânico e saber sintético.

A Educação Popular em saúde como chão que surge a partir do referencial da educação popular de Paulo Freire, se constituindo como uma proposta teórico-metodológica e prática, relacionada com processos pedagógicos de ensino, aprendizagem e partilha de conhecimentos entre sujeitos. Consolidada na América latina a partir dos anos 1970, a educação popular se caracteriza enquanto um movimento político, pedagógico e cultural, conectado com o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (2013), que

---

<sup>24</sup> Os intelectuais orgânicos de Gramsci surgem nas classes populares e permitem, através de habilidades criativas, a socialização da intelectualidade através do exercício de suas atividades profissionais em uma visão ética e política, aplicadas por ações de caráter cultural e educacional de forma organizada para a prevalência do social

busca avançar nas discussões e ações em saúde, baseadas em princípios como o diálogo, amorosidade, problematização, emancipação, construção compartilhada do saber e o compromisso com a construção do projeto político democrático popular (Brasil, 2013; Freire, 2019).

Nesse mesmo caminho, de pensar a importância de valorizar os saberes locais, resgatamos os estudos de Freire (2013) sobre invasão cultural, explicitando que é impossível a mudança de procedimentos técnicos sem repercussões em outras dimensões da existência humana, ressaltando a inviabilidade de uma educação neutra. Ele destaca a necessidade de uma capacitação técnica que seja solidária com outras dimensões além da técnica em si, enfatizando que a educação deve ser integrada à realidade cultural e social dos indivíduos.

Ao refletir sobre o papel dos profissionais técnicos que trabalham em relação com os camponeses, em seu texto “Comunicação e Extensão” Freire destaca a importância da contextualização e historicidade da práxis com base nas realidades do campo, que envolve a compreensão das lutas pela terra e a Reforma Agrária que dão chão político e cultural aos territórios, nos diz que é: “Sobre esta base cultural - em que se constituem suas formas de proceder, sua percepção da realidade - devem trabalhar todos os que tenham esta ou aquela responsabilidade no processo da reforma agrária (Freire, 2013, p.50)”. Neste sentido, o papel do profissional em contextos do campo, por exemplo, deve ir além de um técnico frio e distante, transformando-se em um educador comprometido e inserido na transformação com os camponeses.

Freire (2013) alerta contra a concepção mecanicista da educação, que tende a desprezar contribuições fundamentais de outros setores do saber e se tornar rígida e burocrática. A unilateralidade técnica que não alcança resultados projeta seu fracasso no camponês, ignorando seu processo como ser cultural. Para o autor, a educação tecnicista erra ao negar o contexto e história, erra ao negar a realidade e a complexidade dos modos de vida e organização social que atravessam gerações: “Seu erro ou seu equívoco é desconhecer que o tempo em que gerações viveram, experimentaram, trabalharam, morreram e foram substituídas por outras gerações que continuaram a viver, experimentar, trabalhar, morrer não é um tempo de calendário (Freire, 2013, p.52)

Para a compreensão da realidade Freire (1998) propõe os círculos de Cultura e seus temas geradores como modo de complexificar os contextos de vida e

ultrapassar o enfoque econômico-político dos processos de opressão e dominação, questionando seus fundamentos epistêmicos e éticos moderno-coloniais. Daí então, a inseparabilidade de ética e política no campo da educação.

Para Paulo Freire, a ética é "uma marca da natureza humana, algo absolutamente indispensável à convivência humana" (Freire, 1996, p. 19). Ele a denomina de ética universal do ser humano, vinculando-a à capacidade ontológica do ser humano de ser mais, constituindo-se social e historicamente. Como sujeitos históricos sociais, homens e mulheres desenvolvem a capacidade de comparar, valorar, intervir, escolher, decidir e romper, e é através dessas ações que nos tornamos seres éticos. Freire enfatiza que "só somos porque estamos sendo," indicando que o processo de ser está intrinsecamente ligado à nossa condição de estarmos constantemente em construção e transformação (Freire, 1996, p. 36).

Finkler (2024) resgata as contribuições de Paulo Freire, em sua abordagem ética da educação que se fundamenta em pressupostos teóricos e epistemológicos que valorizam a racionalidade dialética e dialógica. A autora destaca que a perspectiva freiriana argumenta a favor de uma educação problematizadora, crítica e reflexiva como meio para promover a autonomia e a emancipação dos educandos. A imagem-objetivo de sua pedagogia é alcançar a excelência, a humanização e o "ser mais", sempre respeitando o pluralismo moral e defendendo valores democráticos. Esses princípios são centrais para criar uma prática educativa que não apenas instrui, mas transforma e empodera os indivíduos e as comunidades.

Freire (1996, 2013) propõe uma ética do diálogo que descentraliza o saber do educador para o encontro com o educando, transformando os conhecimentos dados e a realidade. A educação deve dar lugar à dúvida e ao erro, promovendo espaços de diálogo e problematização, onde ensinar e aprender são processos interdependentes.

Fleuri (1996), refletindo sobre a produção de consciência crítica, identifica o diálogo e a práxis como fundamentos da educação transformadora. O diálogo atua então como práxis, sendo a ação-reflexão-ação de si mesmo, junto com outros, para transformar a realidade. A ação envolveria também uma devolução organizada em relação aos territórios, sistematizada, acrescentada de elementos que ficam desestruturados, invisibilizados no cotidiano.

O diálogo, portanto, se constrói como relação entre sujeitos mediatizados pelo mundo (Freire, 1998). Corroboro com Fleuri (1996, p.602) quando compartilha os ensinamentos que teve sobre diálogo com a leitura de Paulo Freire:

Ou seja, os sujeitos - capazes de opção autônoma - só interagem criativamente mediante a ação, a práxis, quando assumem problemas ou conflitos que se tornam desafios comuns. Nisto consistiria essencialmente a ação educativa: explicitar os conflitos humanos e sociais para desafiar as pessoas e grupos a interagirem na busca de sua superação.

Moujan (2023) relembra que a educação popular, conforme delineado nos capítulos 1 e 3 da Pedagogia do Oprimido, deve humanizar e localizar os despossuídos na cena pedagógica, não de maneira idealista, mas a partir da constituição histórica da consciência dominada e sua relação dialética com a consciência dominadora, reconhecendo a produção de saberes e cultura não como uma educação bancária, mas como um ato social de humanização.

Paulo Freire (1998), discutindo ética e política na educação, destaca alguns princípios do que se pode entender como uma estética humanizadora, a estética da boniteza, a saber: manifestar sentimentos, solidariedade, esperança, valorização da cultura e comunicação, a alfabetização com outras linguagens, no sentido de resgate e busca de todas as expressões humanas. Dentro do pensamento freiriano, a feiura seria, então, a não diversidade de pensamento e existência.

Fleuri (2020) coloca a perspectiva Freiriana em relação com as culturas locais e originárias da América Latina e assim destaca pontos que considera importantes para as reflexões no campo da educação popular e comunitária. Para o autor, a educação comunitária, em oposição à educação tradicional ou bancária, deve ensinar, compreender e respeitar as leis do cosmo, indo além de uma simples mudança de conteúdo. É fundamental questionar a visão individualista e antropocêntrica da educação tradicional, buscando integrar-se à lógica natural e comunitária. Isso envolve abandonar métodos de ensino e avaliação individualistas em favor da valorização da comunidade, promovendo uma consciência integrada com a natureza e permitindo que os indivíduos expressem suas capacidades naturais<sup>25</sup>.

Nesse sentido, para Fleuri (2020) é necessário romper com o ensino orientado exclusivamente para a formação de força de trabalho, adotando um enfoque que possibilite a expressão das capacidades naturais dos indivíduos. A educação deve transitar de uma teoria direcionada apenas para a razão (entendimento) para um ensino prático que visa a compreensão com sabedoria. Além disso, deve-se

---

<sup>25</sup> Abordagem realizada pelo professor Reinaldo Fleury em vídeo com a temática: Paulo Freire e as culturas de Abya Yala, ver em: <https://www.youtube.com/watch?v=6Stb8tqilUU>

abandonar um ensino que incentiva a competição, substituindo-o por uma aprendizagem complementar que promove a solidariedade e o bem-estar coletivo.

Dialogando com Paulo Freire (2013) aponta a invasão cultural<sup>26</sup> promovida pela educação bancária, que se impõe de fora para dentro, como um ponto crítico de análise. Pensa que através da pedagogia crítica, reconfigurada a partir de uma visão não colonial, pode ser possível desconstruir instituições coloniais e empoderar conexões de resistência. Fleuri (2019) propõe a lógica da conversidade como opção dialógica para a interação universidade-comunidades-movimentos sociais, visando uma universidade costurada no diálogo e compartilhamento, diluindo as fronteiras sem ignorar as tensões, contradições e conflitos no caminho da pluralidade.

É pelo caminho da conversidade com os movimentos sociais que Fleuri (2003, 2019, 2020) costura o aprender com as lutas sociopolíticas como fundamental para radicalizar os projetos de transformação social, transcendendo os limites do Estado-nação, provocando inversão de lógicas coloniais, invenção política, ética, cultural e estética.

A educação popular, proposta por Freire, enfatiza a humanização e a produção de saberes e cultura não como uma educação bancária, mas como um ato social de humanização (Moujan, 2023). Catherine Walsh, refletindo sobre a realidade atual de violência e expropriação promovida por projetos transnacionais, questiona como fazer educação hoje, que tipo de educação e para quem. Ela argumenta que é necessário pensar e construir uma educação que semeie e cultive a vida, considerando as comunidades ancestrais invisibilizadas e marginalizadas.

Promovem-se, assim, diálogos críticos entre culturas, favorecendo processos transculturais de empoderamento epistêmico e ético entre diferentes povos e gerações. Esses processos são orientados por princípios cosmológicos e éticos, que buscam integrar saberes diversos e promover uma educação verdadeiramente emancipatória. Fleuri (2022) reforça que mais do que o intercâmbio de conteúdos culturais distintos, pressupõe o deslocamento do sujeito à vivência intercultural, pois mais do que troca, é a convivência que pode permitir acessar a cosmo percepção, os valores que sustentam o modo de vida.

---

<sup>26</sup> Comunicação e extensão é fruto das reflexões de Paulo Freire, em seu engajamento com movimentos sociais do campo, onde reflete sobre o papel do técnico agrícola na extensão rural abordando temas como o papel deste diante da realidade desses territórios que lutam historicamente pela Reforma Agrária.

Por isso, reforça seus achados de 1996, quando ainda no mestrado estudando Freire, percebeu que a prática educativa transformadora estava diretamente ligada a sua conexão com a práxis social. Ou seja, mais do que métodos ou técnicas, exigia uma ligação teórico-prática com os movimentos sociais.

## 5. MARCO CONTEXTUAL

### 5.1. A SAÚDE DO CAMPO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: POLÍTICAS ESTRUTURANTES PARA PENSAR O TERRITÓRIO CAMPONÊS

Brito (2024) aponta que durante o período 2004-2013, os avanços relacionados à saúde das populações do campo, florestas e água, com a instituição da Portaria nº 2.866, que criou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e Florestas (PNSIPCF), publicada oficialmente em 2013 e atualizada em 2014 por meio da Portaria nº 2.311, incluindo as populações das águas. Por sua vez, o processo de construção, discussão e formulação da PNSIPCFA, ocorreu por meio da instituição do Grupo da Terra, criado em 2005 (Portaria nº 2.460), com foco em oferecer um espaço de construção da política, possibilitando o diálogo entre movimento sociais, incluindo a CONAQ, junto ao Estado e pesquisadores da área.

Vale registrar que após este período, o Grupo da Terra passou a se reconfigurar, passando de um espaço de formulação da política, para um espaço de diálogo permanente em torno do aperfeiçoamento, monitoramento e debate contínuo da PNSIPCFA, estando desativado principalmente nos governos Temer e Bolsonaro (2016-2022), sendo reativado em 2023<sup>27</sup>. Ainda em 2013-2014, registra-se o processo de construção da primeira iniciativa nacional voltada a formação de profissionais especialistas na saúde da população negra e das populações do campo, florestas e águas, na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na Saúde do Campo (2015), Universidade de Pernambuco (UPE), com participação da CONAQ e do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) (Brito et al., 2022).

Após demandas dos movimentos sociais das populações das águas, como o Movimento de Pescadores Artesanais (MPA) a política foi ampliada e passou a contemplar também essas populações, sendo institucionalizada pela Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014, passando a ser então a Política Nacional de Saúde

---

<sup>27</sup> Ministério da Saúde. **Seminário marca retomada do Grupo da Terra do Ministério da Saúde:** seminário sobre saúde do campo, da floresta e das águas reabriu o diálogo com os movimentos sociais que representam estas populações. grupo da terra trabalha para garantir equidade na atenção à saúde. Seminário sobre Saúde do Campo, da Floresta e das Águas reabriu o diálogo com os movimentos sociais que representam estas populações. Grupo da Terra trabalha para garantir equidade na atenção à saúde. 2023. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202310/primeiro-seminario-sobre>

Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), reforçando como característica base desta política um forte elemento de participação popular.

Tal política busca contribuir na ampliação do conceito de saúde, na afirmação desta como um direito, dependente de determinantes sociais, econômicos e culturais, políticos e ambientais, colaborando com o cumprimento do que é estabelecido na Constituição (Brasil, 2011). No âmbito do Ministério da Saúde, a PNSIPCFA surge como política transversal de promoção de equidade, priorizando a melhoria na saúde a partir da implementação de políticas, ações e serviços de forma intersetorial, reconhecendo as especificidades que interseccionam os territórios do campo.

Apesar dos avanços do arcabouço legal que a PNSIPCFA aporta, a política ainda é pouco conhecida pelos trabalhadores e gestores do SUS, havendo pouco interesse – sobretudo no nível municipal – para a mesma seja implementada. Nesse contexto ainda são poucas as iniciativas para avançar na garantia da saúde da população do campo, especialmente relacionados à ampliação do conceito de saúde e às formas de implementação da Política tendo em vista o desconhecimento de gestores e profissionais de saúde sobre a dinâmica populacional de quem vive e trabalha no campo, suas relações sociais, seus modos de produção, aspectos culturais e ambientais, o saber e o conhecimento popular e, de um modo geral, sobre a saúde e necessidades dessas populações (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

O primeiro relatório da PNSIPCFA, produzido pelo Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas em 2014, concluiu que essas populações ainda permanecem invisíveis no que tange ao desenvolvimento e à operacionalidade das políticas públicas.

Considerando o contexto de baixa infraestrutura e precarização dos serviços de atenção à saúde em territórios rurais, a baixa fixação de profissionais nessas áreas aponta para uma dificuldade da longitudinalidade e qualidade do cuidado em saúde na APS, apontando a necessidade de políticas públicas para o conjunto de categorias profissionais, buscando garantir vínculos estáveis e não precarizados (Almeida; Franco; Pereira; Giovanella, 2023).

Em estudo realizado em comunidades quilombolas rurais do agreste de Pernambuco, Silva e Felipe (2024) identificaram que a rede de saúde enfrenta desafios significativos, especialmente em termos de acesso aos serviços de saúde

para as comunidades quilombolas. A Atenção Primária em Saúde (APS) é o nível de cuidado mais próximo dessas comunidades, mas há barreiras geográficas, socioeconômicas e institucionais que dificultam a efetividade do atendimento. Segundo os autores, essas barreiras são exacerbadas pela falta de integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde e pela insuficiência de políticas públicas que contemplem as especificidades das comunidades quilombolas.

Silva e Felipe (2024) identificaram também, a importância de uma abordagem multiprofissional e interprofissional na atenção à saúde, promovendo a equidade e a adaptação dos serviços às realidades locais para superar as desigualdades e garantir o acesso universal e integral à saúde.

Avanços nesse sentido se dão principalmente pelo encontro dos serviços e políticas de saúde com os movimentos sociais, mas para além disso a implantação da política exige profissionais sensibilizados e capacitados para trabalhar nesse contexto, construindo caminhos de formação para além dos incentivos de atuação em territórios do campo centrados na categoria médica. No Brasil, para além dos movimentos sociais do campo, a discussão sobre a prática de saúde em contextos rurais tem sido desenvolvida principalmente no âmbito da medicina de família e comunidade (Savassi *et al.*, 2018; Floss *et al.*, 2020), mas para avançar em um cuidado integral se faz necessário ampliar esse debate para as demais categorias profissionais, compreendendo as diferentes perspectivas colocadas para orientação das práticas nos serviços do SUS.

Marco histórico na qualidade da assistência à saúde dessas populações, a política atua na qualificação do acesso aos serviços, na redução de riscos decorrentes do trabalho, no reconhecimento dos saberes e das práticas tradicionais de saúde, na melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.

É crescente o debate sobre a necessidade de atender os povos a partir de suas necessidades e realidades, adequando a política pública às suas complexidades e não o contrário. Brito (2024) destaca que os quilombolas participaram da criação e estão inseridos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (2017) e das Populações do Campo, Floretas e Águas (2014), contudo, para além de defendê-las, os quilombolas também registram que as suas especificidades não são observadas em uma política de saúde própria, inclusive que seja capaz de promover a equidade em saúde, como segue:

Para que quilombolas tenham verdadeiramente acesso à saúde se faz necessário fortalecer a Atenção Básica de base territorial, que adentre os quilombos, especialmente os rurais, de modo a garantir a implementação da Estratégia de Saúde da Família em todos os quilombos do Brasil. Os saberes e práticas de cuidado em saúde da medicina tradicional e ancestral quilombola precisam ser reconhecidos e valorizados pelo SUS, além disso é preciso combater as barreiras de acesso que os quilombolas tem de enfrentar para adentrarem e permanecerem em espaços de participação social no SUS. Por fim, os quilombolas do Brasil afirmam “Um novo modelo de saúde é possível”, um modelo onde, de fato a medicina quilombola tenha valor e que o povo quilombola tenha acesso à saúde. É urgente a defesa do SUS, da Reforma Sanitária, da democracia e da garantia dos direitos quilombolas através do acesso à terra, sem-terra não se tem saúde. (CONAQ, 2023c, p. 3).

O apagamento da população quilombola das políticas públicas em geral pode ser verificado pelo fato histórico de que apenas em 2022 o IBGE contempla, pela primeira vez em um levantamento censitário, a população quilombola e suas características demográficas, geográficas e socioeconômicas. De acordo com os resultados do Censo Demográfico 2022, a população quilombola residente no Brasil é de 1 327 802 pessoas, correspondendo a 0,65% da população.

O censo aponta ainda que no universo das pessoas quilombolas residentes no país, as pessoas localizadas em Territórios Quilombolas oficialmente delimitados representam apenas 12,59% da população quilombola, de modo que 1 160 600 (87,41%) pessoas quilombolas encontram-se fora de áreas formalmente delimitadas e reconhecidas. Verificou-se que 1 270 360 (95,67%) das pessoas quilombolas estão localizadas fora de Territórios Quilombolas titulados, o que significa que o quantitativo de pessoas que obtiveram os títulos definitivos de suas terras no âmbito do processo formal de regularização fundiária é de 4,33% do total.

Nos 35 anos do SUS é possível vislumbrar diversos avanços a nível de saúde pública no Brasil, avanços que vão desde a constitucionalização do direito à saúde, a formação de redes de cuidado buscando garantir a integralidade da atenção à saúde, bem como a universalização do acesso. Contudo, atualmente um dos principais desafios para as políticas de saúde tem sido efetivar a promoção da equidade, a fim de produzir respostas específicas para a diversidade cultural e geográfica do país.

Pensando no contexto das populações do campo, uma atenção primária à saúde integral com forte componente cultural é peça-chave para garantir o direito à saúde dessas populações (Bousquat *et al.*, 2022). Um passo importante está na indução de políticas que incluam no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades,

demandas e especificidades das populações do campo, da floresta e das águas, considerando a interculturalidade na atenção aos povos e comunidades tradicionais.

## 5.2. POLÍTICA DE EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE: AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

A política de educação e trabalho na saúde é compreendida como atribuição finalística do SUS e adota, portanto, o trabalho como princípio educativo a partir de uma Política de Educação Permanente em Saúde que tem como pressuposto o desenvolvimento do trabalho em tempo integral (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

A consolidação e qualificação do SUS, bem como seu controle social são necessidades permanentes, o que demanda processos formativos para contribuir com o pleno atendimento do direito à saúde através do desenvolvimento de profissionais considerados agentes das mudanças necessárias para tal. A institucionalização de uma formação em saúde pautada pelos princípios e diretrizes do SUS vem sendo construída em marcos legais importantes que apontam para a necessidade da integração entre o ensino e os serviços, apontando para um fortalecimento do “SUS como escola” (CNS, 2017).

São grandes os desafios para que o SUS mantenha seu lugar essencial de “SUS escola”, entre eles a ultra precarização dos trabalhadores, a relação entre indivíduo e trabalho, e a distância que a lógica produtivista impõe ao fundamento de aprender a aprender desde a complexidade do trabalho feito em território.

É crucial rever o processo de formação de profissionais da saúde em todos os níveis, a fim de promover a produção de conhecimento e compromisso social com o SUS. Regular a abertura de cursos e incidir diretamente nas metodologias e conteúdo dos processos formativos, para contemplar a diversidade de saberes e práticas que atendam as reais necessidades da população em toda a sua diversidade humana e territorial, além de construir e consolidar novas estratégias de provimento e fixação de profissionais.

Uma análise institucional pode provocar movimentos importantes quando compreende-se as práticas de educação e trabalho na saúde como instituição que

carregam em sua concepção a capacidade de problematizar a produção de conhecimento e valores a partir da concretude da pluralidade da vida, criando novos caminhos para as políticas de indução da formação em saúde, a partir de elementos complexos que partem do bojo das instituições com efeito na formação de sujeitos, como pontua Matias *et al.* (2016, p. 58):

Se entendermos a formação como instituição, ou seja, representante de certo conjunto de práticas sociais historicamente produzidas, que constrói verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação, ela reveste-se de outra relevância: a possibilidade de poder problematizar o mundo e os modos de subjetivação existentes, as formas pelas quais nos constituímos como sujeitos, portadores de crenças, valores, opiniões, modos singulares de ser e de estar em relação.

Apesar dos esforços para qualificar e transformar as práticas, a formação ainda reproduz práticas fragmentadoras, desvinculados da experiência concreta, como assinala a autora:

Entretanto, na Saúde, apesar dos vários esforços para qualificar as práticas, percebe-se que a formação ainda reproduz práticas fragmentadoras, fundamentando-se em métodos que dissociam teoria/prática, estudo/intervenção, sujeito/objeto, constituindo-se em processos de formação desvinculados da experiência concreta (Matias *et al.* 2016, p. 58)

Em busca de caminho para situar os processos de educação pelo trabalho na saúde, surge a ideia de se criar residências em saúde, que aparece como consequência do processo de Reforma Sanitária na luta contra uma formação acadêmica fragmentada e inadequada dos profissionais, embasada somente na origem biológica das doenças (Ceccim *et al.*, 2018).

As residências multiprofissionais em saúde surgem em 2003, no interior da Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o Trabalho no SUS, conduzida pela recém-criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Já em 2005, foi promulgada a Lei Federal nº 11.129, que criou a residência em área profissional da saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

A legislação de 2005 cria a residência em área profissional da saúde como programa de formação pós-graduada de caráter *lato sensu*, com exigência de dedicação exclusiva, na qual a qualificação dos profissionais acontece por meio da imersão nos serviços de saúde, sob supervisão docente-assistencial, de

responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. Em 2009, foi publicada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, que orienta as residências na área profissional da saúde, institui o programa nacional de bolsas para residência e estrutura a CNRMS (Brasil, 2009).

As residências se estruturam como especialização voltada para a Educação em serviço que consiste em uma pós-graduação Lato-sensu, realizada na forma de educação pelo trabalho (formação em serviço) sob supervisão, composta de 5.760 horas, com dois anos de duração. As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), surgem em um cenário de reestruturação da formação não como forma-repetição, mas como uma form-AÇÃO, que permite estar em contato ativo através de sensações, de presença, de criação, constituindo uma prática formativa contextualizada, de convivência, de vivência. Almeida et al. (2020) corrobora que é importante situar a potência das equipes multiprofissionais, para ampliação e consolidação de possibilidades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Considerando como pressuposto ético-operativo a integração ensino-trabalho-comunidade, os cenários de produção do cuidado em saúde das residências tornam-se também cenários de produção de conhecimentos, sujeitos e práticas. É nessa conexão de distintos atores da política de saúde (trabalhadores, gestores, comunidades e movimentos sociais) que o processo de educação pelo trabalho acontece, proporcionando análises mais complexas e próximas das reais necessidades locais, bem como a produção de redes de cuidado em saúde (Pasche e Passos, 2010).

Os processos de educação e trabalho em saúde no âmbito das Residências em Saúde expõe alguns conflitos históricos. As diferentes bases que acabam fundamentando a gestão do trabalho e da educação na saúde, emergem em sintomas geralmente presentes em contextos de residências.

Frequentemente, para os gestores, os programas de Residência são compreendidos de forma reducionista e produtivista mais como um aumento de força de trabalho do que com um processo de educação pelo trabalho que pode potencialmente transformar e qualificar as práticas dos serviços. As ofertas de campo de prática para os processos de educação pelo trabalho no formato Residências ocorrem também pelo interesse em ter mais trabalhadores. No contexto da saúde do

campo isso é ainda mais sintomático devido a defasagem histórica de trabalhadores da saúde nos territórios rurais.

Cabe, portanto, compreender as Residências a partir da integração ensino-trabalho-comunidade, percebendo que as relações de trabalho – sobretudo com gestores – também influenciam no contexto do cenário da educação e do trabalho em saúde, sobretudo porque as relações de trabalho que são produzidas no SUS são pouco educativas: precarizantes, racistas, homofóbicas, misóginas, capacitistas.

Tomando o trabalho como categoria central que determina as condições de vida, Caldart (2012) assinala que é o trabalho que nos aloca também no sentido da cultura pois ao transformar a natureza, transforma-se o mundo e a si mesmo. Dialogar com o princípio da educação pelo trabalho envolve o desafio de integrar as dimensões da educação, comunicação e trabalho para um trabalho em saúde que atenda as necessidades de saúde e não do mercado.

Existe um histórico no campo da política de educação e gestão do trabalho no que diz respeito aos debates sobre os desafios éticos intrínsecos a esse cenário. Ao longo da história do SUS foram realizadas 3 (três) Conferências Nacionais de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Já na II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde que aconteceu em 1993, o tema “Os desafios éticos frente às necessidades no setor saúde” surgiu como centro da discussão, tensionando os porquês das escolhas do processo de implementação do SUS e sua relação com a formação, o desenvolvimento dos recursos humanos e a gestão do trabalho em saúde (BRASIL, 1994).

Depois desse lapso temporal de 18 anos de uma conferência para outra, já que a 3ª CNGTES foi realizada no ano de 2006, o documento orientador da 4ª CNGTES elaborado no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (2024, p.5) destaca que:

A convocação da 4ª Conferência Nacional de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde marca a recuperação do conceito de trabalho em saúde de relevância pública, tendo em vista que são as trabalhadoras e trabalhadores do SUS os sujeitos políticos que constroem cotidianamente, em conjunto com pessoas usuárias e gestoras comprometidas com o SUS, as ações e serviços de saúde pública.

Com o tema “Democracia, Trabalho, e Educação na Saúde para o Desenvolvimento: Gente que faz o SUS Acontecer” o atual cenário de realização da

4ª CNGTES busca dar subsídio, adubo, para a construção da política já que são enormes os desafios para sua implementação.

O documento orientador da 4ª CNGTES, em seu subeixo 3.7 que versa sobre as residências em saúde como produção de aprendizagens experienciadas no trabalho, em articulação com o cotidiano de vida, trabalho e coletividade de pessoas nos territórios para, no e com o SUS assinala em sua página 35, que:

As residências em área profissional da saúde são potentes ferramentas de integração do saber-fazer no eixo ensino-serviço-comunidade, entrelaçando a capacidade criativa de costurar o que pulsa no território: por um lado, as pessoas, seus trabalhos, suas relações e seus equipamentos comunitários, por outro, as possibilidades das redes de atenção à saúde, a articulação intersetorial (ou a falta dela) com diferentes políticas (assistência social, educação, cultura, justiça, etc.), por meio da vivência nos serviços, junto às equipes e as diversas formas de gestão e participação.

Como desafios atuais identificados pelos atores do controle social do SUS estão a necessidade de reorientação dos serviços a partir do território, lugar de onde a vida pulsa e acontece, com priorização de tecnologias leves em detrimento de tecnologias duras<sup>28</sup>. Entretanto, os atores pontuam barreiras historicamente presentes na institucionalidade da política pública de saúde brasileira, como é o caso do racismo institucional que dificulta o reconhecimento de incorporação de outros atores ao fazer saúde no cotidiano dos serviços.

O racismo institucional atua como fator de invisibilidade dos cenários de saúde do campo do âmbito das discussões da política de educação e gestão do trabalho na saúde, dado que a maioria dos espaços não propicia contato com os territórios rurais, seja na educação ou no trabalho em saúde.

A histórica invisibilidade dessas populações dos cursos da área da saúde, forma profissionais com baixo ou nenhum interesse, disponibilidade ou conhecimento para atuar nesses cenários. Seja nas graduações, nos projetos de extensão, nas pós-graduações, na educação permanente as temáticas relacionadas ao cuidado em saúde em zonas rurais permanece invisibilizado e incipiente.

---

<sup>28</sup> Referência ao entendimento desenvolvido por Merhy (2002) em “Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato”. De acordo com o autor, as tecnologias classificam-se em leves, que são as tecnologias de relações (produção de vínculo e das relações, autonomização, acolhimento, gestão de processos de trabalho); leve-duras, como no caso dos saberes bem estruturados, que operam no trabalho em saúde (como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica) e duras, como no caso de equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais.

Várias iniciativas têm sido feitas para viabilizar uma formação em saúde que seja comprometida ético-politicamente com o SUS. DCNs, Ver-SUS, PET-Equidade. Muitas iniciativas centradas na categoria médica, como é o caso do Programa Mais médicos. Projetos de extensão, programas de pós-graduação relacionados aos territórios do campo, floresta e águas têm aumentado, como é o caso do pioneiro (em pleno 2023) programa de pós-graduação em Saúde da Pop Negra (UFRB).

Construir iniciativas de formação para a saúde do campo, no formato residência multiprofissional, discutindo possíveis contribuições dos programas para a construção de políticas públicas para a formação de profissionais para atuarem a partir da realidade dos territórios rurais, bem como desafios ético-políticos se faz urgente, como bem enfatizado no documento orientador da 4ª CNGTES.

### **5.2.1. As Residências Multiprofissionais em Saúde da Família com Ênfase na População do Campo do Brasil**

A partir da articulação um grupo de docentes da Universidade de Pernambuco (UPE) com militantes de entidades como o Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e com a Associação Quilombola de Castainho - vinculada a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) - surge no ano de 2015 o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na Saúde do Campo (REMSFCampo) como forma de subsidiar um processo educativo e possíveis ações voltadas à especificidade da realidade dessa população, através da aproximação entre ensino-serviço-comunidade (Dantas, 2017).

Como programa pioneiro, a equipe de residentes foi composta pelas seguintes categorias profissionais: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Serviço Social. Mas categorias como Fonoaudiologia e Medicina Veterinária já fizeram parte do processo seletivo, tendo sido retiradas do escopo de atuação por dificuldades estruturais. A equipe selecionada por procedimentos públicos é distribuída em dois grupos de dez pessoas representantes das categorias acima citadas nos territórios rurais com e sem assentamentos de reforma agrária e quilombos dos municípios de

Caruaru e Garanhuns, localizados na região do agreste do Estado de Pernambuco (Almeida et al., 2020).

Como política base do programa da REMSFC está a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), apoiando as secretarias de saúde dos municípios Caruaru e Garanhuns com atuação nas áreas rurais.

O processo de formação dos residentes é embasado na discussão dos princípios filosóficos e pedagógicos do MST e na concepção de saúde dos movimentos sociais do campo, num diálogo permanente entre teoria e prática, com o objetivo de contribuir no processo de formação integral de sujeitos autônomos e na luta pela transformação social (UPE, 2015).

A REMSFC pode ser considerada um avanço enquanto inserção nesses territórios do campo e de comunidades tradicionais, como as Quilombolas, dos quais emergem pesquisas importantes para o avanço da implementação de políticas e para contribuir na disputa pela garantia do acesso ao direito à saúde, bem como a produção de saúde e práticas ampliadas a partir da realidade desses territórios (Cavalcante, 2021).

Finkler *et al.* (2021) apontam a intencionalidade como uma condição importante para garantir uma aprendizagem ética na universidade. Desse modo, a intencionalidade política que estrutura a REMSFC - a partir dos movimentos sociais e das comunidades rurais e quilombolas – de trazer outros personagens integrados de forma orgânica ao fazer interprofissional, não apenas como recebedores, mas sobretudo como produtores de cuidado, conhecimento e saberes, parte de um compromisso ético de superar hierarquias pautadas em uma visão de mundo colonial onde a visão legitimada é a branca eurocentrada, a científica positivista e não a popular.

As iniciativas de educação pelo trabalho na saúde do campo podem provocar o que Matias (2017, p.153) chama de outros modelos e racionalidades que podem trazer para o cenário dos serviços do SUS bem como apontar as estratégias político-pedagógicas que são necessárias para tanto. Em um contexto rural de integração ensino-serviço-comunidade pode emergir um cenário de ensino-trabalho, onde as comunidades assumam protagonismo central como educadores, provocando o

reconhecimento de outras formas de saber de forma efetiva – os educadores de território.

Como problemas vividos pelos territórios da região do campo Pernambucano estão momentos de tensões e conflitos que envolviam ameaças e invasão de terras por parte de grileiros, que tentaram expulsar por diversas vezes os moradores dali e atualmente, ainda é possível ver o quanto imobiliárias e grileiros tentam se apossar das terras e invadir um espaço que é das comunidades por direito (Silva e Felipe, 2024; Cavalcante, Sena e Silva, 2018).

Silva e Felipe (2024, p.5) destacam que:

(...) diante dessa realidade, a organização comunitária e a formação das associações de moradores são a principal forma de colocar em discussão problemas existentes na comunidade e dialogar coletivamente sobre estratégias de enfrentamento. Esse aspecto é reconhecidamente relevante, sobretudo nos discursos dos moradores mais velhos.

O processo de luta e resistência deixa inevitavelmente marcas, que são reflexos da colonização; por outro lado, atrelado a esse histórico de luta, Cavalcante, Sena e Silva (2018), a partir de um estudo realizado em dois quilombos de Garanhuns, afirmam que é possível perceber a resiliência nas pessoas e nas comunidades, sobretudo no que diz respeito à manutenção da luta e do vínculo com a terra, bem como a existência de grupos de dança e tradições culturais, que fortalecem a resistência e tradição do povo negro quilombola.

No estudo de Silva e Felipe (2024), aparecem como instrumentais do trabalho dos residentes junto às equipes de saúde da família, entre outros<sup>29</sup>, a territorialização e o diagnóstico, a partir de narrativas ouvidas de diversas pessoas, incluindo referências das comunidades. Nesse processo de reconhecimento do território, busca-se reconhecer comorbidades prevalentes, mas também outras dimensões, como a história das comunidades, aspectos sociais e culturais envolvidos e dispositivos comunitários existentes.

---

<sup>29</sup> Silva e Felipe (2024) descrevem algumas ferramentas de atuação. Como ações de núcleo aparecem: atendimento, avaliação e acompanhamento de pessoas, matriciamento dentro do núcleo profissional. Como ações de campo colocam: a educação permanente, práticas integrativas e complementares, programa de saúde na escola, intervenções grupais, sala de espera, atendimentos compartilhados, ações intersetoriais e visitas domiciliares.

Finalizando as reflexões sobre a atuação da REMSFC nos quilombos de Garanhuns, Silva e Felipe (2024, p.7-8) pontuam:

Durante o processo formativo na RMSFC, as práticas em saúde sempre estiveram atreladas a um modo de fazer que envolveu a escuta, o diálogo e a construção a partir do olhar para o território e as pessoas que ali habitam, de modo a compreender as lógicas instituídas e costurar caminhos possíveis de intervenção.

Atualmente a Fiocruz conta com 25 Programas de Residência no país (incluindo uni e multiprofissional). Em 2019, a Fiocruz- Brasília iniciou com 3 (três) Programas de Residência Multiprofissional. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo é o único na Fiocruz e o 2º do Brasil com essa ênfase.

Esse cenário de formação foi idealizado em parceria com o Programa Saúde, Ambiente e Trabalho da Fiocruz Brasília (PSAT), da Escola de Governo da Fiocruz – Brasília (EGF), junto à Secretaria de Saúde do DF. Consiste em uma pós-graduação Lato-sensu, realizada na forma de educação-trabalho (formação em serviço) sob supervisão, composta de 5.760 horas, com dois anos de duração.

A equipe de residentes é composta pelas seguintes áreas profissionais: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social. As atividades práticas dos residentes serão desenvolvidas, prioritariamente, em áreas rurais na Região de Saúde Norte do Distrito Federal, junto às Unidades Básicas de Saúde e seus respectivos territórios e espaços comunitários, assim como em unidades de gestão da Secretaria de Saúde (SES/DF).

O programa busca especializar profissionais, por meio da formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipes de saúde da família com ênfase em Saúde da População do Campo de forma inter, multi e transdisciplinar junto ao SUS. Para isso busca articular políticas específicas da saúde e as demais políticas de equidade que se relacionam com as condições de existência da população do campo, compreendendo os fatores de risco e agravos a saúde desta, as fases de construção e implementação de uma política pública no federalismo brasileiro e os ritos e normativas da administração pública.

A implementação de programas de residência em área profissional da saúde com foco na formação de especialistas na saúde do campo, florestas e águas tem a potencialidade de contribuir na promoção da equidade em saúde para estas

populações, de modo a mitigar barreiras de acesso à saúde, imprimindo um olhar para as especificidades em saúde das populações e as suas relações com o ambiente.

Neste sentido, é importante ratificar este conceito ampliado de saúde, que apoiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), deve ter apoio científico para assegurar atendimentos com qualidade e condições de acesso que priorizem a população do campo em sua especificidade, sendo este programa de Residência uma proposta que pode subsidiar possíveis ações vinculadas à forma dinâmica que vivem estas populações e discutir as barreiras de acesso perante os serviços do SUS que ainda existem.

## **6. METODOLOGIA**

De acordo com Minayo (2015) a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, inclui concepções teóricas da abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade. É a partir desse entendimento que o presente estudo pretende adotar um caráter qualitativo, descritivo e analítico. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, e pretende se aproximar de uma realidade com a finalidade de compreendê-la. Ela trabalha com o 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 devem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A escolha metodológica do projeto foi se configurando a partir da necessidade de tatear, conhecer, tornar visível a dimensão ético-estético-política dos programas de Residência do Campo. Buscamos por elementos que emergem do contexto, para isso, a pesquisa utilizou da análise documental. Cellard (2012) aponta para a importância dos documentos como possibilidade de reconstrução de processos vividos como experiência humana, que deixam vestígios de determinada época, determinado contexto.

Portanto, documentos permitem adicionar às análises de registros e produções a dimensão do tempo que vem contribuir para compreensão das questões sociais. O autor propõe que uma análise documental remete a materiais de fonte primária, ou seja, que não receberam tratamento analítico. Há diversos tipos de

materiais que podem ser considerados nessa análise, como cartas, fotografias e documentos históricos. A consulta às fontes documentais revela-se de grande valia para que possam ser conhecidos os marcos orientadores da ação educativa em questão.

No âmbito desse trabalho a análise documental teve como fontes os Projetos Políticos Pedagógicos (PPPs) das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família com ênfase nas Populações do Campo no Brasil, que até o momento da coleta e análise dos dados desta pesquisa abarcavam dois programas, um da região nordeste e outro do centro-oeste do país.

A escolha dos documentos se deu por considerar que representam uma síntese fundamental dos projetos de educação pelo trabalho dos programas, já que os PPP's<sup>30</sup> são diretrizes e princípios que devem guiar a formação e intervenção nos contextos referidos.

A ideia inicial era olhar para os elementos dos PPPs e relacionar com os fatores da prática através da análise dos TCRs e entrevistas com os atores pedagógicos dos programas como coordenadores, egressos, tutores, trabalhadores preceptores, os movimentos sociais.

Por limitação de tempo, necessidade de prorrogação da pesquisa e mudança de objeto de pesquisa ao longo dos 2 anos, a metodologia foi reduzida à análise dos PPPs o que levou a uma reorganização da pergunta de pesquisa.

Este trabalho considera como universo os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase nas populações do Campo existentes no Brasil até o período de realização dessa pesquisa: do segundo semestre de 2022 ao segundo semestre de 2024.

---

<sup>30</sup> É projeto porque reúne propostas de ação concreta a executar durante determinado período de tempo. É político por considerar as Residências em Saúde como um espaço de formação de trabalhadores conscientes, responsáveis e críticos, que atuarão individual e coletivamente na sociedade, modificando os rumos que ela vai seguir. É pedagógico porque define e organiza as atividades e os projetos educativos necessários ao processo de ensino e aprendizagem.

Quadro 1 – Síntese das categorias profissionais, ano de início e territórios de atuação das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família com ênfase nas Populações do Campo no Brasil.

Residências	REMSFC/UPE - início (2015)	REMSFC/ Fiocruz - início (2019)
<b>Categorias profissionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educação Física</li> <li>- Enfermagem</li> <li>- Farmácia</li> <li>- Fisioterapia</li> <li>- Nutrição</li> <li>- Odontologia</li> <li>- Psicologia</li> <li>- Serviço Social</li> <li>- Terapia Ocupacional</li> <li>- Saúde Coletiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educação Física</li> <li>- Enfermagem</li> <li>- Farmácia</li> <li>- Fisioterapia</li> <li>- Nutrição</li> <li>- Odontologia</li> <li>- Psicologia</li> <li>- Serviço Social</li> </ul>
<b>Campos de atuação</b>	Territórios rurais com e sem assentamentos de reforma agrária e quilombos dos municípios de Caruaru e Garanhuns, junto às Unidades Básicas de Saúde e seus respectivos territórios e espaços comunitários localizados na região do agreste do Estado de Pernambuco	Territórios rurais na Região de Saúde Norte do Distrito Federal, junto às Unidades Básicas de Saúde e seus respectivos territórios e espaços comunitários
<b>Perfil do egresso</b>	Profissional especialista em atenção primária, capaz de manejar instrumentais éticos, epistemológicos e científicos com vistas à prática de uma atenção primária de base comunitária, territorial, coordenadora do cuidado, integral e resolutiva; capaz de formular e executar planos úteis à melhoria qualitativa e quantitativa da produção social da saúde e da autonomia; crítico da desigualdade social que é determinada pela supremacia do modelo biomédico, pela concentração de terra e de outras formas de opressão de classe; crítico do racismo, da misoginia, da lgbtobia e da intolerância religiosa, que podem gerar doenças e mortes passíveis de prevenção.	Profissional da área da saúde com atuação voltada ao cuidado centrado na pessoa, à transformação social e sanitária da realidade local e à resolubilidade das necessidades de saúde em todos os âmbitos do Sistema Único de Saúde. Utiliza-se da educação interprofissional e competências técnica, política e ética pautadas nos princípios e diretrizes da APS e sustentadas pela base epistemológica de sua profissão

Fonte: Autoria própria

## 6.1 PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A primeira etapa da pesquisa consistiu em contactar as coordenações pedagógicas dos programas a fim de localizar os documentos para a análise documental, os projetos políticos pedagógicos como já mencionado. Vale ressaltar que por tratar-se de documentos de caráter estruturante institucionais, não se encontram disponíveis em plataforma online publicamente acessível.

Os documentos utilizados como base de dados para essa pesquisa estão sistematizados no Quadro 2 (Apêndice A).

A partir desse mapeamento, efetivou-se a coleta de dados propriamente dita de acordo com o roteiro para análise documental (Apêndice B), buscando identificar os elementos implicados na formação ético-estética-política dos residentes.

Após a organização dos documentos, foi realizada análise de conteúdo temático, que segundo Minayo (2015) visa verificar hipóteses e/ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto. A análise de conteúdo temática teve como ponto de partida a organização dos dados coletados e organizam-se em torno de três polos: (1) a pré-análise; (2) a exploração do material e (3) tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

A análise de conteúdo é um método que pode ser aplicado tanto na pesquisa quantitativa como na investigação qualitativa, mas com aplicações diferentes, sendo que na primeira, o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo, enquanto na segunda é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é levado em consideração (Bardin, 2009).

Na análise dos dados, em um primeiro momento, os discursos foram sistematizados por condensação de significados, o que orientou a identificação dos temas centrais relacionados ao objetivo da pesquisa. Essa primeira etapa é tida como uma pré-análise, funcionando como uma fase de organização, na qual é definido o esquema de trabalho a partir de uma leitura flutuante para estabelecer o primeiro contato com os documentos.

A leitura flutuante vai dando base para a escolha de índices ou categorias na medida em que sempre retoma os pressupostos e objetivos da pesquisa. A organização destes em indicadores e temas faz com que os temas que aparecem muito acabem sendo recortados e agrupados para formarem unidades comparáveis de categorização para a análise temática. São essas distintas codificações que servem como referência para o registro dos dados e orientação da interpretação.

Alguns critérios são importantes para auxiliar no processo de análise e conformação das categorias. Segundo Minayo (2015) são os de exaustividade, representatividade, homogeneidade (dados referentes ao mesmo tema), pertinência (documentos adaptados para o conteúdo e objeto da pesquisa) e exclusividade (um elemento que não pode ser classificado em mais de uma categoria).

Ainda segundo a autora, as unidades de análise temática podem ser: palavras, sentenças, parágrafos, texto. As unidades de análise temática podem ser tratadas de

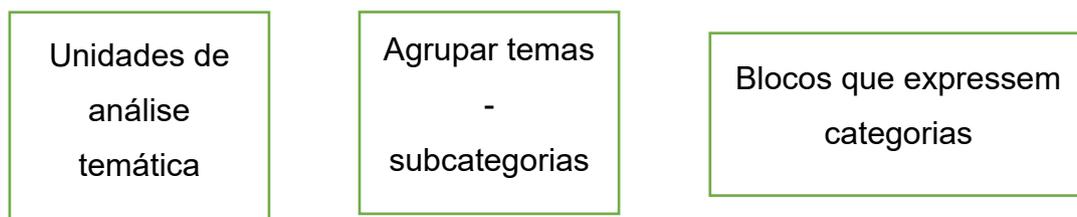
várias maneiras. Pode-se contar as palavras ou a expressão para averiguar sua presença pela repetição, comum em estudos que utilizam software de análise. Pode-se realizar uma análise da estrutura lógica ou partes dos textos. Por fim, pode-se centrar a atenção da análise em determinados temas, geralmente determinados pelo referencial e pelas perguntas da pesquisa. Esta última foi a abordagem escolhida para essa pesquisa.

A partir da pré-análise foi possível perceber que só é possível pensar a dimensão ético-estética-política da educação e do trabalho na saúde do campo a partir da compreensão de qual território, qual saúde (SUS e o trabalho na política pública de saúde) e qual educação estamos falando.

Câmara (2013) resgata os passos propostos por Bardin (2011) quanto à análise de conteúdo dados. Traça o caminho de que após a pré-análise, onde foi realizada a exploração do material de maneira analítica, a fim de realizar a escolha das unidades de análise temática através de um procedimento que conta com três passos. O primeiro chamado de codificação. Nele ocorre a escolha das unidades de registro, através de recortes e enumeração dos termos. O pensamento é o de reunir grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns.

O segundo é chamado de classificação, onde através de um exercício semântico, sintático e léxico é buscado o agrupamento. Ou seja, buscamos agrupar os termos também pelo sentido das palavras, considerando repetições expressivas. O sentido aqui também entendido junto ao referencial teórico, buscando por exemplo, agrupar sentidos de direito à saúde do campo a partir da compreensão da determinação social da saúde.

Já o terceiro, é chamado de categorização. Essa etapa final busca reunir o maior número de informações às custas de uma esquematização para correlacionar classes de acontecimentos.



É considerada uma boa categoria aquela que atende a alguns elementos, a saber: exclusão mútua (cada elemento só existe em uma categoria), homogeneidade (para definir categoria tem que ter só uma dimensão de análise, se tiver diferentes

níveis de análise separa em nova categoria), pertinência (as intenções e objetivos de quem pesquisa), objetividade e fidelidade, produtividade.

Nessa última etapa, de inferência e interpretação, os resultados brutos em suas categorias são interpretados, a fim de torná-los significativos e válidos para os objetivos da pesquisa. Cellard (2012) relembra que a interpretação é um processo que vai além do conteúdo dos documentos, já que considera também o conteúdo latente, que emergem das relações estabelecidas com as lentes teóricas, epistêmicas e de vida que realizam a inferência.

Fui residente do campo, hoje sou tutora de um dos programas. O que vejo, o que compreendo, o que percebo é o que a Ya Dalzyra de Ogum<sup>31</sup> vai chamar em suas pesquisas de “cosmopercepção”. É um saber que não descarta o corpo de quem pensa do ato de pensar. Está embebido pela experiência, pela vivência, pela convivência, pela confluência com os programas de Residência do Campo.

Retomando, a inferência estaria na busca por polos de atenção e de atração da comunicação. Para que ela fosse realizada foi construído um instrumento de indução, um roteiro da análise documental (APÊNDICE B) que guiou a busca pelos pólos de investigação.

Junto a inferência é realizada a interpretação, que consiste na construção e articulação de conceitos e proposições (Câmara, 2013). Conceitos entendidos como sentidos de referência geral que produzem uma imagem significativa. Derivam do contexto estudado e linguagem dos informantes e não de definição científica. Já as proposições são enunciados gerais baseados nos dados. Derivam do estudo cuidadoso dos dados.

Partindo da contextualização histórico-social, podemos identificar valores e princípios que dão base para a práxis da saúde em territórios do campo e que podem, em relação com os contextos em que venham a se desenvolver ações de educação e trabalho na saúde, fornecer elementos importantes para atuação prática-pedagógica nessas realidades.

---

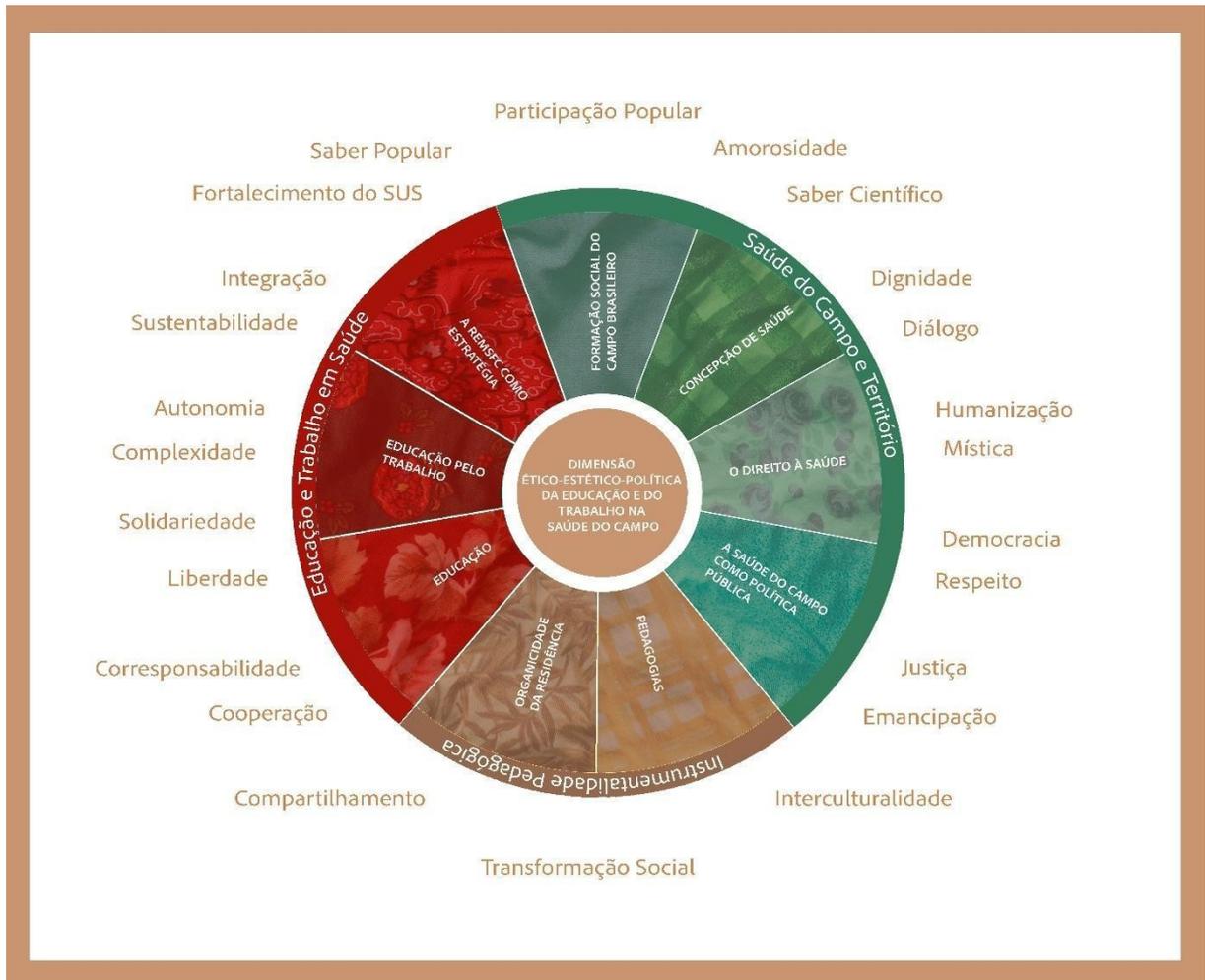
<sup>31</sup> YAGUNÃ, Dalzira Mharia Aparecida. Templo religioso, natureza e os avanços tecnológicos: os saberes do candomblé na contemporaneidade. 2013. 160 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2013 e YAGUNÃ, Dalzira Maria Aparecida. Professoras Negras: gênero, raça, religiões de matriz africana e neopentecostais na educação básica. 2022. Tese (Doutorado em Educação) Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2022.

Foram encontradas no total 89 unidades temáticas que deram origem a nove subcategorias e a quatro categorias, sendo uma delas considerada categoria transversal. Dessas 89 unidades temáticas, 33 estiveram vinculadas à categoria concepção de saúde do campo, 34 à categoria concepção de educação e trabalho, e 22 unidades temáticas ligadas à categoria Instrumentalidade da Saúde do Campo.

A categoria transversal é de onde emergem – ou que engloba – as demais categorias e subcategorias, conforme representada pela mandala-síntese da figura 5, composta por elementos estéticos relacionados à valores da cultura campesina e quilombola: a circularidade e os retalhos da ancestralidade.

A fim de demonstrar a organização dos dados, englobando a escala unidades temáticas> subcategorias>categorias, apresentamos as figuras 6, 7 e 8.

**Figura 5 – Mandala síntese dos resultados da análise documental**



Fonte: autoria própria

**Figura 6 - Categoria Concepção de Saúde, subcategorias e unidades temáticas**

Concepção de Saúde do campo	
Subcategorias	Unidades Temáticas
FORMAÇÃO SOCIAL DO CAMPO BRASILEIRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização social (os meios de produção ligados à terra)</li> <li>• Compreensão histórico-política</li> <li>• Origem das comunidades quilombolas</li> <li>• Quilombo de Palmares: símbolo de resistência e organização</li> <li>• Segregação racial e violências históricas da população negra</li> <li>• Compreensão do capitalismo e da sociedade de classes</li> <li>• Desenvolvimento sustentável dos territórios</li> <li>• Desenvolvimento rural e a segurança alimentar</li> </ul>
O DIREITO À SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidação, expansão e qualificação da ESF e da PNAB</li> <li>• Saúde dos camponeses como direito universal</li> <li>• O papel do Estado e as políticas públicas</li> <li>• Direitos sociais (CF 88)</li> <li>• Direito e acesso à saúde (SUS) em suas especificidades</li> <li>• Análise crítica do SUS</li> <li>• Acesso desigual às ações e serviços</li> <li>• Historicidade da APS e ESF</li> <li>• Poucas iniciativas saúde do campo</li> </ul>
A SAÚDE DO CAMPO COMO POLÍTICA PÚBLICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimentos Sociais do campo com força no setor Saúde</li> <li>• Construção da PNSIPCFA</li> <li>• Descentralização e regionalização do SUS</li> <li>• Diagnóstico rural participativo</li> <li>• Poucas iniciativas na saúde das populações do campo</li> <li>• Construção da PNSISPN</li> <li>• Políticas de equidade do SUS</li> <li>• Racismo Institucional</li> <li>• PNEPS</li> </ul>
CONCEPÇÃO DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinação social da saúde</li> <li>• Conceito ampliado de saúde</li> <li>• Concepção dos movimentos sociais</li> <li>• Cuidado integral</li> <li>• Necessidades humanas essenciais de saúde</li> <li>• Racismo estrutural</li> <li>• Crítica às desigualdades sociais</li> </ul>

Fonte: Autoria própria

**Figura 7 - Categoria Concepção de Educação e Trabalho, subcategorias e unidades temáticas**

Concepção de Educação e Trabalho	
Subcategorias	Unidades Temáticas
EDUCAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freire: educar é humanizar e situar o processo educativo nas lutas populares</li> <li>• Interação com o mundo que os rodeia</li> <li>• Problematicar conhecimentos adquiridos</li> <li>• Educação popular em Saúde</li> <li>• Educação permanente em saúde</li> <li>• Educação do campo</li> <li>• Processos educativos com a comunidade</li> <li>• Construção de conhecimentos através da vivência no campo territorial</li> <li>• Diálogo interdisciplinar</li> </ul>
EDUCAÇÃO PELO TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreensão da realidade das populações e seus territórios</li> <li>• Diagnóstico Rural Participativo (DRP)</li> <li>• Acolhimento</li> <li>• Atenção à saúde aos ciclos de vida</li> <li>• Processo formativo pelo trabalho em saúde</li> <li>• Formar profissionais críticos e humanizados para atenção integral</li> <li>• Trabalho colaborativo na equipe multi visando interprofissional</li> <li>• Fazer clínico ampliado e em rede</li> <li>• Clínica que dialogue com o saber popular</li> <li>• Processos educativos com a comunidade</li> <li>• Espaços de compartilhamento</li> <li>• Conhecimentos e habilidades para planejamento e gestão</li> <li>• Intersetorialidade</li> <li>• Promoção e Vigilância da Saúde</li> </ul>
A REMSFC COMO ESTRATÉGIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perspectiva de interiorização da saúde</li> <li>• Potencializar implementação da PNSIPCFA</li> <li>• Integrar e fortalecer RAS (linhas de cuidado para saúde do campo)</li> <li>• Fortalecer práticas tradicionais de cuidado à saúde</li> <li>• Desenvolver soberania e segurança alimentar</li> <li>• Vivência cotidiana de novas relações sociais</li> <li>• Vivência pelo trabalho colaborativo</li> <li>• Construção do conhecimento coletivo</li> <li>• Residentes protagonistas na construção de novos saberes e práticas no cuidado em saúde</li> <li>• Refletir sobre o papel do profissional como agente transformador</li> <li>• Efetivo exercício do controle social</li> </ul>

Fonte: Autoria própria

**Figura 8 – Categoria Concepção de Instrumentalidade, subcategorias e unidades temáticas**

Instrumentalidade da Saúde do Campo	
Subcategorias	Unidades temáticas
PEDAGOGIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedagogia da Alternância</li> <li>• Disciplinas em perspectiva dialética de transversalidade</li> <li>• Apresentação de situações clínicas ou de saúde</li> <li>• Atividades teóricas procuram se relacionar com as práticas</li> <li>• Pedagogia Histórico-crítica</li> <li>• Pedagogia do Oprimido</li> </ul>
ORGANICIDADE DA RESIDÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NAES: Núcleos de Aprendizagem e Estudo</li> <li>• Núcleos de Base como sujeito pedagógico</li> <li>• Estágios</li> <li>• Aprendizagem significativa</li> <li>• Relação concreta com o mundo do trabalho</li> <li>• Reunião clínica</li> <li>• Análise de Conjuntura</li> <li>• Tempos pedagógicos</li> <li>• Tempo trabalho</li> <li>• Tempo reuniões de núcleo de base</li> <li>• Tempo aula</li> <li>• Tutoria de campo e núcleo</li> <li>• Tempo reunião organizativa</li> <li>• Tempo cuidado</li> <li>• Tempo Preceptoria</li> <li>• Estudo individual</li> </ul>

Fonte: Autoria própria

## 6.2 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

O fato de haverem sido analisados apenas os PPPs não diminuiu a complexidade da análise empreendida, mas atuou como uma limitação da pesquisa, dado que a narrativa dos sujeitos carrega dimensão importante das compreensões que muitas vezes não são transcritas ao papel. Sobretudo quando se trata de documentos que abarcam uma função burocrática, como é o caso dos PPPs que são construídos para validação dos programas na plataforma SINAR, pois já possui um modelo padrão para sua elaboração. Esse padrão burocrático pode deixar de lado elementos da dimensão ético-estética-política importantes, às vezes até mesmo contrário ao que consta no papel, que poderiam emergir das narrativas dos sujeitos que constroem esse PPP.

Sugerir estudos que aprofundem. A falta da escuta dos atores que atuam na prática dos programas limitou a reflexão sobre os fatores envolvidos na produção da

DEEP, saber dos TCRs e ouvir das pessoas exemplos, vivências práticas e dialética – outras camadas pra essa DEEP.

Do mesmo modo, a incipiente literatura dentro do campo da Bioética voltada para a temática da saúde do campo, sobretudo no âmbito da educação e do trabalho em saúde, também pode configurar-se como uma dificuldade, visto que os referenciais analíticos tiveram que ser costurados e construídos de modo interdisciplinar, buscando elementos a partir de pesquisas e experiências de análise Bioética Social latinoamericanas que não necessariamente emergiram de contextos camponeses, de reforma agrária ou quilombolas.

### 6.3 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa documental através de dados secundários, a partir da análise de documentos, o estudo ficou dispensado da necessidade de submissão a um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), seguindo as disposições da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNSa), para pesquisas com seres humanos e a Resolução nº 510/2016 do CNSa, para pesquisas em ciências humanas e sociais.

Contudo, o acesso aos documentos foi feito mediante ciência das coordenações dos dois Programas em referência a uma construção compartilhada e de acordo com os atores político-pedagógicos do contexto do estudo.

## 7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o Regimento do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, que define a apresentação dos resultados da dissertação de mestrado sob o formato de artigo científico, apresentaremos esta etapa do estudo no artigo que compõe a parte II desta dissertação. O artigo foi elaborado de acordo com as normas de submissão da revista *Ciência e Saúde Coletiva*.

Para o referido artigo, optou-se por apresentar e discutir os resultados da categoria identificada considerada transversal: a dimensão ético-estético-política da educação e do trabalho na saúde do campo.

Ainda assim, compreendendo que a imagem exerce um papel importante na nossa sociedade e em suas construções sociais, como uma pesquisadora e curiosa também pelo universo audio-visual, para além da produção de artigos e do texto acadêmico optou-se pela elaboração de material de divulgação científica, através de síntese imagética produzida com fotografias captadas pelo fotógrafo e antropólogo Éder Braz.

As imagens fizeram parte do projeto de pesquisa “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” (2021-2022). Através da sobreposição das mandalas (mandala com imagens de territórios sobrepostas às mandalas de valores e categorias fundamentais identificadas nesta dissertação) pretende-se a construção de uma fanzine que possibilite a circulação desses pressupostos em cursos de graduação, projetos de extensão, comunidades, unidades e residências em saúde.

**Figura 6 - Mandala imagética síntese da DEEP da educação e do trabalho em saúde do campo, produzida com fotos captadas durante os anos de 2021-2022**



Fonte: fotografias e designer gráfico de Éder Braz, fotógrafo e antropólogo.

## REFERÊNCIAS

ADICHIE, Chimamanda Ngozi. O perigo de uma história única. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. Tradução de Julia Romeu.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; FRANCO, Cassiano Mendes; PEREIRA, Aline Gonçalves; GIOVANELLA, Ligia. Força de trabalho em Saúde em Municípios Rurais Remotos: desafios para a atração e fixação de profissionais na atenção primária à saúde. In: FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al (org.). **Atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2023. p. 387.

ARAÚJO, Juciany Medeiros et al. Relação entre território e residência em saúde: uma possibilidade de experiência decolonial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 196-206, dez. 2022.

BATISTA, Patricia Serpa de Souza *et al.* Ética nas ações educativas e de cuidado em saúde orientadas pela Educação Popular. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, s.2, v. 18, p. 401-412, 2014.

BEZERRA, Patricia Araújo; CAVALCANTI, Pauline; MOURA, Leides Barroso de Azevedo. Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 33, n. 33025, p. 1-17, 2023. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333025>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CADERNOS RH PARA A SAÚDE, II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final**. 1993, Brasília. Ministério da Saúde - Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos, Brasília, 1994. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, n.8, 1986, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761 de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário oficial da República Federativa do Brasil*: Brasília, 2013.

BREILH, J. Uma Perspectiva Emancipadora da Pesquisa e da Ação Baseadas na Determinação Social da Saúde. Cidade do México: Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 2008.

BRITO, Mateus dos Santos. Aquilombar a saúde, contra-colonizar as lutas: o projeto político do movimento quilombola para a saúde no Brasil. 2024. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2024.

BRITO, Mateus dos Santos. Descolonialidade do poder, ser e saber em saúde. In: FLEURI, Reinaldo Matias (ed.). *Viver em plenitude: compartilhando práticas e tecendo saberes decoloniais*. São Carlos: Pedro & João Editores, 2024. p. 186-197.

BRITO, Thais C. S. et al. Territórios Saudáveis e Sustentáveis: estratégias de cuidado para a saúde da população negra do campo em Caruaru/Pernambuco. *Rev. Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1017-1032, Out-Dez 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2021.v45n131/1017-1032/pt> . Acesso em 05 de abril de 2024.

CALDART, R. S. “O MST e a formação dos sem terra: o movimento social como princípio educativo”. *Estudos Avançados*, vol. 15, n. 43, dezembro, 2001.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, Brasília, v. 6, n. 2, p. 179-191, dez. 2013.

CARNEIRO, E. **O Quilombo dos Palmares**. São Paulo: Companhia Editorial Nacional, 1958.

CARNEIRO, A. S. (2005). *A construção do outro como não-ser como fundamento do ser* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.

CARNEIRO, Fernando Ferreira. *A Saúde no Campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005*. 143 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina Veterinária Preventiva e Epidemiologia, Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CAVALCANTE, E. V. S., SENA, J. R. F., & SILVA, E. A. B. E. (2018). Identidade cultural e resiliência nas comunidades quilombolas do Castainho e Estivas, Garanhuns, Pernambuco. *Revista Caravana – Diálogos entre Extensão e a Sociedade*, 3(1), 137-158.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J *et al.* (org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

CERQUEIRA, Daniel *et al.* **Atlas da Violência no Campo no Brasil**: condicionantes socioeconômicos e territoriais. Brasília: Livraria Ipea, 2020. 56 p.

CERQUEIRA, Juliana Maria Magalhães Lopes; VIEIRA, Denes Dantas. Aspectos estruturais da violência no campo: uma revisão bibliográfica a partir do caso brasileiro. **Revista Inter Ação**, [S.L.], v. 43, n. 2, p. 378-392, 14 dez. 2018. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ia.v43i2.52517>.

CONAQ. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. **Relatório do 2º Encontro Nacional de Comunidades Negras Rurais**. Salvador. 2000. Acesso em: 20 ago 2023. Disponível em: <https://conaq.org.br/nossa-historia/> .

CONAQ. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde Quilombola. 2023. Acesso em: 15 mar 2024. Disponível em: <https://conaq.org.br/noticias/relatorio-final-1-conferencia-nacional-livre-de-saude-quilombola/>

CONAQ. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. **Cartilha de Cultivo da Saúde Quilombola no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Fortaleza/Ce: Expressão Gráfica, 2024. 16 p. Coletivo de Saúde da CONAQ.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**: documento orientador. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 42 p. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/images/4cngtes/documento orientador revisado 5 fevereiro.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/4cngtes/documento_orientador_revisado_5_fevereiro.pdf). Acesso em: 10 jul. 2024.

CORTINA, Adela. A ética como filosofia moral. In: CORTINA, Adela; MARTÍNEZ, Emilio. Ética. São Paulo: Loyola, 2005. Cap. 1. p. 09-26.

CORTINA, Adela. ¿Para qué sirve realmente la ética? Barcelona, Es: E Espasa Libros, S. L. U., 2013. 156 p.

COSTA, Francisco de Assis; CARVALHO, Horacio Martins de. Campesinato. In: CALDART, Roseli Salete et al (Org.). **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro: Expressão Popular, 2012. p. 113-120.

DANTAS, Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela. **Relatos e vivências em saúde do campo**: a produção do cuidado em assentamentos da reforma agrária no interior de pernambuco. 2017. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva., Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

DA ROS, D.; DELLAZERI, D. T.; ANDREATTA, M. O curso técnico em saúde comunitária do IEJC. In: ITERRA – INSTITUTO TÉCNICO DE CAPACITAÇÃO E PESQUISA NA REFORMA AGRÁRIA. O Instituto de Educação Josué de Castro e a educação profissional. Veranópolis, 2007. p. 129-177.

DA ROS, Marco Aurelio; KIELING, Marina Goelzer. O conceito de saúde e a determinação social do processo saúde-doença. In: ROS, Marco Aurelio da (org.). **Como Pensa a Contra-hegemonia na Área da Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. p. 1-130. (Série Conhecimento em Movimento).

DOMINGUES, Renata Cordeiro et al. DETERMINAÇÃO SOCIOAMBIENTAL DA SAÚDE EM TERRITÓRIOS PRODUTORES DE CANA-DE-AÇÚCAR EM PERNAMBUCO. Ciência e Saúde Coletiva, nov. 2023. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/determinacao-socioambiental-da-saude-em-territorios-produtores-de-canadeacucar-em-pernambuco/18975> . Acesso em: 10 maio 2024.

FÉLIX-SILVA, Antonio Vladimir; SOARES, Gabriela Pinheiro; SANTOS, Ana Caroline; RIGOTI, Lara Mendes Braga; NASCIMENTO, Maria Valquiria Nogueira. A Psicologia no Contexto das Comunidades Tradicionais: da Emergência Étnica à Perspectiva Ético-Estético-Política. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasil, v. 39, p. 130-146, 2019. Semestral. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/SjsDfXjhq4T8r5XrDXmZQ9y/?format=pdf&lang=pt>

FANON, Franz. Sobre a violência. In: FANON, Franz. **Os Condenados da Terra**. São Paulo: Zahar, 2022. p. 29-102

FINKLER, Mirelle. EDUCAÇÃO E BIOÉTICA: em busca da autonomia moral e da responsabilidade. In: SILVA, Paulo Fraga da; CAMPATO, Roger Fernandes; CAMPATO JUNIOR, João Adalberto (org.). CIÊNCIAS E VALORES HUMANOS: o tecer da bioética. São José do Rio Preto: Editora Hn, 2024. p. 306p. (Coleção Produção Acadêmica).

FINKLER, Mirelle; NEGREIROS, Daniel Philippi de. Formação x educação, Deontologia x ética: repensando conceitos, reposicionando docentes. Revista da Abeno, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 37-44, 27 abr. 2018. Associação Brasileira de Ensino Odontológico ABENO. <http://dx.doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i2.561>.

FINKLER, Mirelle; MORATELLI, Lucas Berté; VÁSQUEZ, Maria Fernanda; VERDI, Marta; BARA, Francisco Esteban. Formação ética de profissionais de saúde: contribuições de uma vivência interprofissional. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S.L.], v. 25, p. 1-15, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.210096>.

FLEURI, Reinaldo Matias. Diálogo e Práxis. In: Paulo Freire: uma biobibliografia. São Paulo: Cortez, IPF, Unesco, 1996a, p.604-605. Disponível em: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/182332/lc1996\\_Di%c3%a1logo%20e%20Praxis.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/182332/lc1996_Di%c3%a1logo%20e%20Praxis.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 03 maio 2024.

FLEURI, Reinaldo Matias. Conversidade: diálogo entre universidade e movimentos sociais. João Pessoa: Editora do CCTA, 2019.

FLEURI, Reinaldo Matias. Paulo Freire e as culturas de Abya Yala. Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=6Stb8tqiIUU>. Acesso em: 21 abr. 2024.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Política De Saúde: uma política social. In: FLEURY, Sonia. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Brasil: Fiocruz, 2000. Cap. 1. p. 1-43.

FRANCO CM; LIMA JG, GIOVANELLA L. Atenção Primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**; 37(7): 01-22. 2021.

FREIRE, P. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p.

FREIRE, Paulo. *Extensão ou Comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 71. ed. Rio de Janeiro/são Paulo: Paz e Terra, 2019. 256 p.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1992.

HOSSNE, William Saad. *Bioética: princípios ou referenciais?*. O Mundo da Saúde. São Paulo, p. 673-676. 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Censo Demográfico 2022 - Quilombolas: primeiros resultados do universo**. Rio de Janeiro, 2023. 125 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102016>. Acesso em: 24 nov. 2023.

JUNGES, Jose Roque; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. *Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 1049-1060, abr. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000400026>.

LAGO, Thairara Dornelles; SILVA, Ana Lis da Silva e. *Narrativas Colcha de Retalhos: por uma concepção de saúde não colonial*. In: FLEURI, Reinaldo Matias (ed.). *Viver em plenitude: compartilhando práticas e tecendo saberes decoloniais*. São Carlos: Pedro & João Editores, 2024. p. 161-201.

LAURELL, Asa Cristina. *A saúde-doença como processo social*. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, n. 2, p. 7-25, jul. 1982.

LIMA, W. "Lutar por saúde é lutar pela vida". **Portal Eletrônico do MST** [07/06/2018]. Disponível em <<https://mst.org.br>>. Acesso em: 21/09/2023.

LINO, Antonio. *Branco Vivo*. São Paulo: Elefante, 2017. 252 p.

MAESTRI, M. *A Aldeia Ausente: Índios, caboclos, cativos, moradores e imigrantes na formação da classe camponesa Brasileira*. In: Stedile, J.P. *A questão agrária no Brasil: O debate na esquerda – 1960 – 1980*. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2005. p. 217-275.

MANSAN, Paulo Rogério Adamatti; COSTA, Caetano De' Carli Viana; OLIVEIRA, André Luiz Soares de; SANTANA, José Ubiratan Rezende; MATTOS, Jorge Luiz Schirmer de. *Campesinato brasileiro: resistência e perspectivas na atualidade*. *Contribuciones A Las Ciencias Sociales*, São José dos Pinhais, v. 17, n. 1, p. 5873-5886, 25 jan. 2024. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.55905/revconv.17n.1-351>.

MARTINS, J. S. *Os camponeses e a política no Brasil*. 4 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1990. v. 1.

MATIAS, Maria Claudia Souza et al. A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA HUMANIZAÇÃO E A FORMAÇÃO DE APOIADORES INSTITUCIONAIS. Revista Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 55-75, 2016.

MATIAS, Maria Claudia Souza. O DESAFIO ÉTICO-ESTÉTICO-POLÍTICO DO SUS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA: uma análise do programa mais médicos. 2017. 190 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MATIELO, Etel. **DIALOGANDO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ÉTICA A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO CURSO TÉCNICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA DO MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA.** 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

MBEMBE, Achille. Necropoder e ocupação colonial na modernidade tardia. In: MBEMBE, Achille. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte. São Paulo: N-1 Edições, 2018. p. 38-49.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MOUJAN, Inés Fernández. El diálogo y la problematización: aportes a la formación pedagógica en Bioética. In: **Educación en bioética: marcos referenciales y abordajes pedagogicos.** IX Congresso Internacional da Redbioética: Unesco, 2023. Mesa redonda 10. Disponível em: <https://www.youtube.com/live/FedRCSyXM7g?si=mRCjsaX3kDWAuwie>. Acesso em: 01 maio 2024.

MOURA, Clóvis. **Os quilombos e a rebelião negra.** São Paulo: Brasiliense, 1981.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. **A História da luta pela terra.** 2024. Disponível em: <https://mst.org.br/nossa-historia/inicio/>.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TERRA. **Caderno de Saúde.** São Paulo: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Coletivo Nacional de Saúde. Lutar por saúde é lutar pela vida. .abril, 1999. 16p; Disponível em: <https://mst.org.br/download/caderno-de-saude-no-01-lutar-por-saude-e-lutar-pela-vida/>

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. COLETIVO NACIONAL DE CULTURA. **Cultura e Reforma Agrária Popular.** Cadernos de Cultura: Secretaria Nacional, 2018. Caderno de Cultura n. 1.

NASCIMENTO, Abdias. **O Quilombismo: Documentos de uma militância pan-africanista.** São Paulo: Perspectiva, 2019.

NASCIMENTO, M. B.; GERBER, R. **Documentário Orí.** Rio de Janeiro: Angra Filmes, 1989.

NASCIMENTO, Beatriz. O conceito de quilombo e a resistência cultural negra. **Afrodiaspórica**, n. 6-7, p. 41-49, 1985.

NASCIMENTO, Wanderson Flor do. Por uma vida descolonizada: diálogos entre a bioética de intervenção e os estudos sobre a colonialidade. 154 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós Graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

NASCIMENTO, Wanderson Flor do. Bioética y colonialidad epistémica. In: **Educación en bioética: marcos referenciales y abordajes pedagogicos**. IX Congreso Internacional de La Redbioética: Unesco, 2023. Mesa redonda 10. Disponível em: <https://www.youtube.com/live/FedRCSyXM7g?si=mRCjsaX3kDWAuie>. Acesso em: 01 maio 2024.

NOVAES, Laura Nunes; SILVA, Maria Catarina Félix da; SANTOS, Suely Emilia de Barros; GOMES, Wanessa da Silva. Contribuições acerca do compartilhamento de saberes em encontros com a comunidade quilombola. Revista de Extensão da UPE, v. 6, edição especial, p. 14-23, 2021.

OLIVEIRA, A . U. A longa marcha do campesinato brasileiro: movimentos sociais, conflitos e Reforma Agrária. Estud. Av. São Paulo, v.15, n. 43, dez. 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142001000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142001000300015&lng=en&nrm=iso)

OLIVEIRA, Fatima. FEMINISMO, LUTA ANTI-RACISTA E BIOÉTICA. Cadernos Pagu, Campinas, v. 5, p.73-107, 1995.

PASCHE, Dário Frederico. **Desafios Éticos para a consolidação do SUS**. In: CAPONI, Sandra et al (org.). Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Editora Unisul, 2010. p. 418.

PELOSO, Ranulfo (org.). **TRABALHO DE BASE**. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (1), p. 719-729, 2011.

QUIJANO, A. (2005). Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In E. Lander (Org.), A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas (pp. 107-130). Buenos Aires: Clacso.

ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-251, 1993.

Rolnik, Suely. (2018). Esferas da Insurreição. São Paulo, SP: n-1 edições.

ROSSATO, Geovanio; PRAXEDES, Walter. Fundamentos da Educação do Campo: história, legislação, identidades camponesas e pedagogia. São Paulo: Edições Loyola, 2015.

ROTOLO, L. M. A participação dos movimentos sociais do campo na construção das políticas públicas de saúde (Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública). Recife: Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

RÜCKERT, Bianca; ARANHA, Antônia Vitória Soares. Lutar por saúde é lutar por reforma agrária: estudo sobre práticas de saúde no movimento dos trabalhadores rurais sem terra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 116-127, 2018.

SEGATO, Rita Laura. E-cadernos CES. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura de um vocabulário estratégico descolonial, 18, 2012, p. 106-131.

SILVA, Felype Ribeiro da; FELIPE, Dara Andrade. Saúde da Família do Campo e Atuação do Psicólogo em Comunidades Quilombolas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, [s. l], v. 44, p. 1-15, 2024.

SILVA, Camila Goes da; PRADA, Clara Aleida. Saúde no campo: caminhos percorridos pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 50-65, dez. 2019

SILVA, João Pedro Santos da. SUS de retalhos Amefricanos: a luz antirracista da abadfal. 2022. 74 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

SILVA, Giselda Shirley & SILVA, Vandeir José (2014). Quilombos brasileiros: Alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. *Revista Mosaico*, 7(2), 191-200. <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/download/4120/2352>

SILVA, Givânia Maria da. **EDUCAÇÃO COMO PROCESSO DE LUTA POLÍTICA**: a experiência de educação diferenciada do território quilombola de Conceição das Crioulas. 2012. 199 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

SIQUEIRA, S. A. V., Holanda, E., & Motta, J. I. J. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(5), 1673-1684, 2017.

SOARES, Gênesis Guimarães. MST ENQUANTO REDE SOCIAL PROMOTORA DE CUIDADOS: reflexões acerca de uma luta por saúde. **Zenodo**, Boa Vista, v. 4, n. 12, p. 1-4, 1 dez. 2020. Zenodo. <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.4247273>.

SOUZA, B. O. **Aquilombar-se: Panorama histórico, identitário e político do Movimento Quilombola Brasileiro**. [Dissertação]: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília, 2008.

STEDILE, J.P. (org). História e natureza das Ligas Camponesas, São Paulo: Expressão Popular, 2002. 192 p.

STEDILE, J. P.; FERNANDES, B. M. Brava gente: a trajetória do MST e a luta pela terra no Brasil. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

TESSER, C. D. (2007). A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(3), 465-484.

TRINDADE, A. L. **Valores e referências afro-brasileiras**. In: BRANDÃO, A. P. (org.). *A cor da cultura: Caderno de atividades, saberes e fazeres*. V. 3: Modos de interagir. Rio de Janeiro: Fundação Roberto Marinho, 2006.

VERDI, MARTA. UM OLHAR BIOÉTICO PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE. Texto Produzido Para A Disciplina Bioética e Saúde Coletiva: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2023. 9 p.

WALSH, Catherine; OLIVEIRA, Luiz Fernandes de; CANDAU, Vera Maria. Colonialidade e pedagogia decolonial: para pensar uma educação outra. *Education Policy Analysis Archives*, [S.L.], v. 26, p. 83, 23 jul. 2018. Mary Lou Fulton Teacher College. <http://dx.doi.org/10.14507/epaa.26.3874>.

ZOBOLI, E.L.C.P; FORTES, P.A.C. Bioética e Saúde Pública: entre o individual e o coletivo. In: ZOBOLI, E.L.C.P; FORTES, P.A.C. *Bioética e Saúde Pública*. 2 ed. São Paulo: Loyola, p. 11-24, 2004

#### **4 CAPÍTULO 8 – ARTIGO CIENTÍFICO**

**“A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO NA SAÚDE DO CAMPO:  
CONTRIBUIÇÕES DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA COM ÊNFASE NAS POPULAÇÕES DO CAMPO DO BRASIL”**

**A DIMENSÃO ÉTICO-ESTÉTICO-POLÍTICA DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO NA SAÚDE DO CAMPO: CONTRIBUIÇÕES DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE NAS POPULAÇÕES DO CAMPO DO BRASIL**

Thaiara Dornelles Lago

Discente do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva – Departamento de Saúde Pública – Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Marta Inez Machado Verdi

Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Departamento de Saúde Pública – Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

## RESUMO

Este estudo discute a dimensão ético-estético-política da educação e trabalho na saúde do campo, a partir dos projetos político-pedagógicos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase nas Populações do Campo do Brasil. Através de pesquisa qualitativa realizada por análise documental o estudo buscou compreender como a dimensão ético-estético-política se expressa nos projetos político-pedagógicos dos referidos programas. Através da análise documental, foi possível identificar, três categorias que apontavam para uma compreensão imbricada do que chamamos de DEEP da educação e trabalho na saúde do campo. A compreensão desta dimensão está em relação dialógica com o entendimento de o que é saúde, o que é educação e trabalho e o que é pedagogia nos contextos campestinos. Os resultados foram analisados em diálogo com a Bioética Social Latinoamericana e sua perspectiva decolonial.

Palavras-chave: Ética, Saúde da população do campo, Educação

## Abstract

This study discusses the ethical-aesthetic-political dimension of education and work in rural health, based on the political-pedagogical projects of the Multiprofessional Residency Programs in Family Health with an emphasis on Rural Populations in Brazil. Through qualitative research conducted via document analysis, the study aimed to understand how the ethical-aesthetic-political dimension is expressed in the political-pedagogical projects of these programs. Document analysis allowed the identification of three categories that pointed to an intertwined understanding of what we call the DEEP dimension of education and work in rural health. This dimension is understood in a dialogical relationship with the concept of what health, education, work, and pedagogy are in rural contexts. The results were analyzed in dialogue with critical-social Bioethics and its decolonial perspective.

Key words: Ethics, Rural Population Health, Education

## INTRODUÇÃO

Pesquisar a partir das reflexões bioéticas no campo da Saúde Coletiva, mais especificamente nos seus cruzamentos com o campo da educação, ainda é um desafio na área, já que suas afinidades, objetos de análise e trabalho em comum estão para além do ensino de bioética enquanto disciplina (Finkler, 2024). Quando se fala em ética no contexto da formação em saúde não se trata de “ensinar coisas de ética” como se fossem um código, de uma ética deontológica, que versa sobre os imperativos prescritivos sobre as condutas profissionais reduzida ao entendimento de uma ética profissional, concepção predominante na área da saúde (Batista *et al.*, 2014).

Ética, aqui, é compreendida a partir da capacidade de reflexão sobre a realidade concreta e suas contradições, sobre as ações e atitudes contextualizadas sócio historicamente. Como situou Cortina (2013, p.22) “uma ética filosófica que reflete sobre moral”, ou seja, que reflete e questiona sobre os códigos morais.

Ao envolver também os problemas éticos cotidianos no âmbito das políticas públicas de saúde, organizada no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a reflexão acerca das questões éticas torna-se ainda mais dinâmica e multidirecionada, como assinala Verdi (2023). O impacto acontece, então, em vários aspectos da vida social, a autora pontua, com base em Fleury (2008): na construção e difusão de valores cívicos, na definição de referenciais culturais que afetam o padrão de relações sociais, na definição da fronteira entre o público e privado, na definição de critérios valorativos para decidir sobre distribuição de recursos coletivos, na construção de ideais estéticos e morais.

Pasche (2010) identificou a necessidade de visualizar o projeto de saúde do SUS como uma reforma política, cultural e ética. A formação em saúde é, então, parte da tarefa ética desencadeada pelo SUS. A formação predominante nos cenários de educação em saúde permanece tecnicista, universalista, pautada em valores neoliberais, mas deve ser provocada a atualizar-se para uma formação de bases humanísticas, no sentido de abrir-se à diferença, ao processo de alteridade que pressupõe uma pluralidade moral para reconhecer as diferentes necessidades de saúde e de atuação profissional que singularizam os processos de cuidado, legitimando as distintas humanidades (Matias *et al.* 2016).

Em diálogo epistêmico e metodológico com Matias et al. (2017), toma-se como objeto para esta pesquisa uma categoria mais ampla da interface entre Educação e Bioética: a dimensão ético-estética-política (DEEP) da educação e do trabalho na saúde. Compreende-se a educação como educação problematizadora e não como transferência bancária de conhecimentos, portanto pensar sobre os valores, princípios e diretrizes que orientam os processos formativos em saúde é possibilidade de reencontro concreto com os pressupostos do SUS e de exercício dialético de pensar a si mesmo e ao mundo (Freire, 2019).

Assim, como lente de análise para a DEEP da formação, opta-se por dialogar com a bioética social latinoamericana à luz de referenciais decoloniais, não reduzida apenas a princípios como forma de checklist para análises bioéticas, mas uma bioética social que pode atuar como pontes de referências para a reflexão bioética (Hossne, 2006). Considera-se que essa abordagem vai de encontro à construção histórica das bioéticas latino-americanas e brasileiras, que foram agregando ao seu modo de fazer o diálogo com referências diversas e conectadas para que possam analisar, descrever e propor caminhos aos conflitos éticos que se colocam contrários à saúde em seu sentido mais amplo (Porto; Garrafa, 2011).

Porto e Garrafa (2011) sinalizaram que a Bioética social, independentemente de sua vertente teórica, reconhece a dignidade humana como valor inerente e inalienável, para todos, considera as especificidades locais, individuais e coletivas e a noção da dimensão social como âmbito da produção do adoecimento, criando uma ponte de conexão aos pressupostos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), os princípios do SUS e a luta pelo direito integral à saúde.

A reflexão bioética dos problemas éticos em saúde pública a partir de distintas realidades morais e solos histórico-culturais, é movimento importante para as reflexões bioéticas sociais latinoamericanas (Nascimento, 2023). Por isso, para pensar sobre a DEEP da formação em saúde, toma-se a saúde do campo como contexto singular desta pesquisa, na busca de diálogo com uma plataforma bioética situada em saberes e valores locais.

A saúde do campo historicamente está relacionada à forte ligação das populações do campo com a Terra, bem como pelos processos de desterritorialização geradores de conflitos em um país colonialista construído com base na expropriação da terra e de latifúndios. É a partir da luta coletiva e do modo como se organizam as comunidades para garantir sua sobrevivência que são produzidos os adoecimentos e

também possibilidades de cuidado, partindo de uma concepção ampliada e de direito à saúde (Carneiro; Búrigo; Dias, 2012).

Os serviços da APS são aqueles com maior capilaridade territorial no âmbito do SUS. Franco, Lima e Giovanella (2021) constataram que o modo de funcionamento e a racionalidade que dão base ao processo de trabalho da APS em serviços de saúde interiorizados, reproduzem práticas e métodos utilizados no trabalho em saúde na zona urbana, o que gera incongruências no cotidiano de trabalho e ineficiência ou baixa resolutividade diante das necessidades de saúde desses territórios, o que pode ser considerado como um problema ético cotidiano no âmbito das políticas públicas que buscam a integralidade.

Entre os conflitos morais e éticos persistentes na saúde do campo está a ausência, inadequação ou ineficiência dos serviços à realidade dos territórios. Partindo de uma universalização do modelo de atenção à saúde com referência na cidade (oferta de serviços, lógica de funcionamento, equipamentos, estrutura), a falta de conhecimento, de relação com os territórios o SUS acaba sendo conduzido por gestões distante das reais necessidades. Invasão cultural que ocorre quando existem os serviços, são pensados desde uma universalização do cuidado, de lógica tecnicista e biomédica, centrada na tecnologia e tendo como limitação técnico-operacional a falta de conhecimento histórico-social sobre as populações do campo (Freire, 2019).

A partir da legislação que sinaliza a competência do SUS em ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, a formação de profissionais com capacidade de trabalhar na realidade campesina também vira pauta dos movimentos sociais do campo (Brasil, 1990). Articula-se, então, a criação dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase nas Populações do Campo (REMSFC), o pioneiro no agreste de Pernambuco, iniciado em 2015 e outro no Distrito Federal, iniciado em 2019. Os programas surgem como desdobramento da PNSIPCFA, como forma de subsidiar um processo de formação em saúde e possíveis ações voltadas à especificidade da realidade dessa população, com base no direito à saúde para todos, de forma integral, através da aproximação entre ensino-serviço-comunidade, centrada na Atenção Primária à Saúde (APS) e na atuação multiprofissional (Dantas, 2017; Silva e Felipe, 2019).

Apesar dos avanços a partir da criação da política, e implementação dos programas de residência em área estratégica, os desafios históricos seguem atuais. Estudos recentes identificam que entre os desafios para a promoção do direito à saúde

nesses territórios está a escassez de força de trabalho em saúde, que sinaliza a baixa adesão de profissionais aos territórios de zona rural e camponos (Almeida *et al.*, 2023).

Espaços de educação e trabalho em saúde a partir de realidades específicas constroem interações com o outro que são mediadas por diferentes perspectivas, o que pode influenciar no acesso e na qualidade dos cuidados oferecidos, demonstrando a importância do desenvolvimento da competência ética nos prestadores deste cuidado (Siqueira, 2017). Quando pensamos na realidade da saúde do campo, sobretudo àquela permeada de movimentos sociais, interações que promovam alteridade se tornam ainda mais fundamentais, dado que em comunidades camponesas encontramos outras epistemologias, outras estruturas morais e éticas que embasam a compreensão e a produção do cuidado em saúde, pautadas em distintas compreensões de mundo e de território (Araújo *et al.*, 2022).

Nesta pesquisa, buscou-se investigar a dimensão ético-estético-política (DEEP) da educação e do trabalho na saúde do campo nos projetos políticos pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família com ênfase nas Populações do Campo (REMSFC), identificando elementos fundamentais e relacionando-os com o processo histórico de construção dos programas e da saúde no campo. A pesquisa visa contribuir para a análise de conflitos éticos na educação e trabalho na saúde do campo que considera o SUS como escola, fornecendo subsídios para construção de políticas de educação e trabalho na saúde congruentes com as realidades das comunidades camponesas.

## **METODOLOGIA**

Minayo (2015) define metodologia como o caminho do pensamento e a prática na abordagem da realidade, envolvendo concepções teóricas, realidade empírica e reflexões sobre esta. Com base nesse entendimento, o estudo adota uma abordagem qualitativa, descritiva e analítica, focando-se em aspectos da realidade que não podem ser quantificados, como significados, valores e atitudes. A escolha metodológica foi direcionada pela necessidade de explorar e tornar visíveis as dimensões éticas, estéticas e políticas dos programas de Residência do Campo, com o objetivo de compreender sua relação com os referenciais da Bioética social latinoamericana no que tange sua intersecção com o a educação e o trabalho na saúde.

Para isso, utilizou-se a análise documental, destacada por Cellard (2012) como crucial para reconstruir processos históricos e sociais através de vestígios documentais. A análise envolveu fontes primárias, como cartas, fotografias e documentos históricos. No contexto deste estudo, os principais documentos foram os Projetos Político-Pedagógicos (PPP) das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família voltadas para as Populações do Campo no Brasil, abrangendo programas das regiões nordeste e centro-oeste.

Utilizando análise de conteúdo temática, conforme Minayo (2015), o processo analítico passou por três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise, os discursos foram sistematizados por condensação de significados, identificando temas centrais. A leitura flutuante orientou a escolha de índices e categorias, organizando-os em unidades comparáveis para a análise temática. Critérios como exaustividade, representatividade e homogeneidade foram fundamentais para a conformação das categorias, de acordo com Minayo (2015).

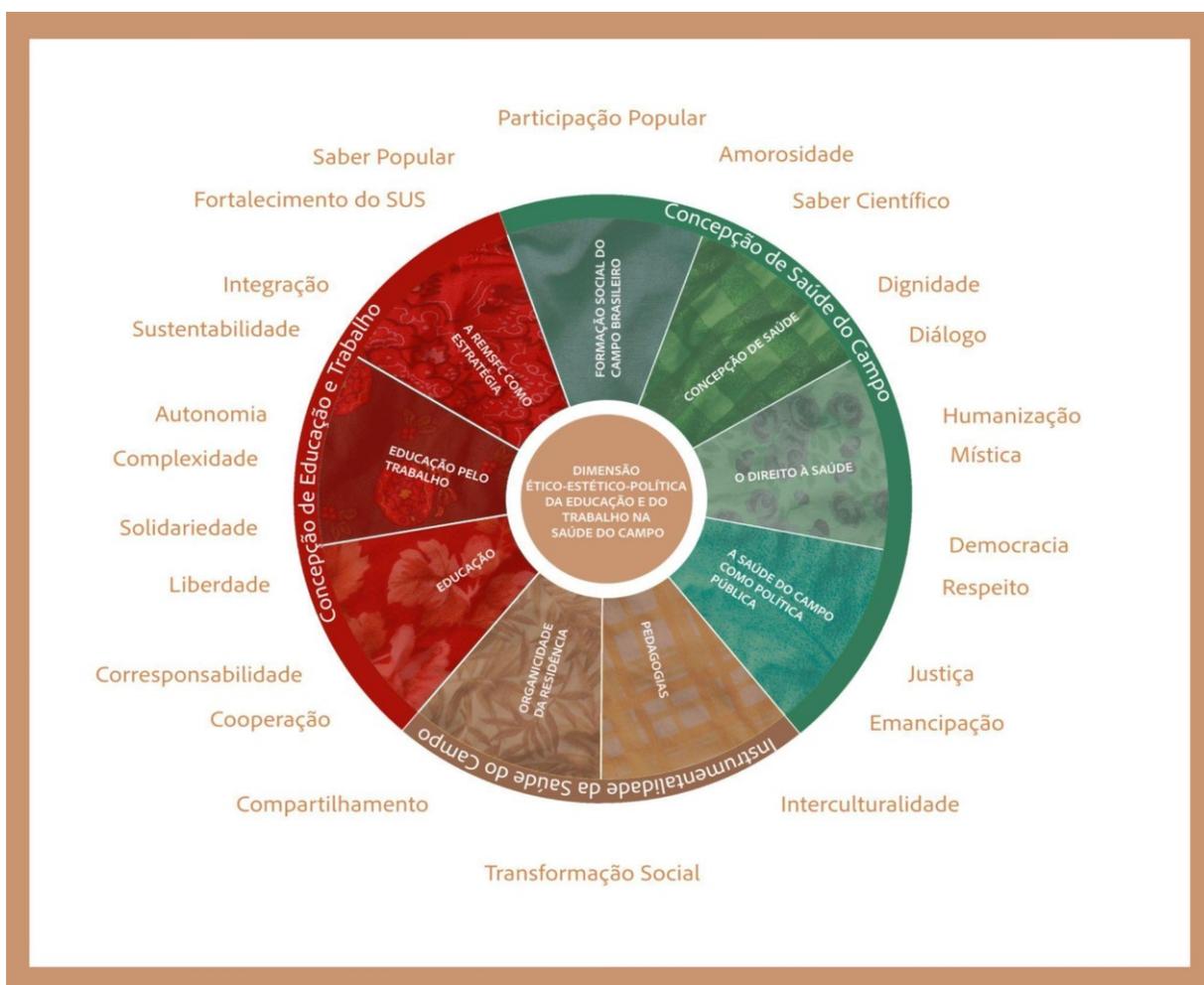
A análise foi conduzida em três etapas: codificação, classificação e categorização. A codificação envolveu a escolha de unidades de registro, classificando-as semanticamente, sintaticamente e lexicamente. Na categorização, as informações foram organizadas em esquemas correlacionando classes de acontecimentos.

Na última etapa, os resultados foram interpretados a partir das categorias

identificadas. Cellard (2012) enfatiza que a interpretação deve considerar tanto o conteúdo manifesto quanto o latente dos documentos, relacionando-os às lentes teóricas e experiências de vida do pesquisador.

No processo analítico, emergiram três categorias principais e nove subcategorias, além de uma categoria transversal, as quais foram representadas em uma mandala-síntese (Figura 1), partindo de elementos estéticos e culturais da tradição campesina e quilombola, como a circularidade e os retalhos da ancestralidade.

Figura 1 - Mandala-síntese das categorias e subcategorias analíticas.



## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Considerando a categoria DEEP da educação e do trabalho em saúde como fundamento de onde emergem as demais, para a análise dos resultados procuramos promover um diálogo entre a proposta da DEEP da educação e do trabalho na saúde do campo e alguns referenciais em Ciências Sociais e Humanas, como a Bioética social latinoamericana e a perspectiva decolonial, campo que se encontra com a Bioética em temas voltados à colonialidade da vida e da saúde, indo na direção da valorização dos saberes situados, e da produção de distintos conteúdos morais para pensar as problemáticas da saúde desde outros territórios e povos (Nascimento, 2010).

A Bioética latinoamericana entende a saúde como processos inseridos no plano da produção social da saúde e do que se pode compreender desde solos latino-americanos como situações persistentes, se debruçando sobre temas como o das desigualdades como fator de produção de doenças, a saúde como direito coletivo e dever do Estado, e o respeito ao pluralismo moral e cultural.

Os resultados encontrados neste estudo possibilitaram o delineamento de três categorias, sustentadas pela categoria transversal da dimensão ético-estético-política da educação e do trabalho na saúde do campo, e ao modo como esta tem sido construída no âmbito dos projetos político-pedagógicos dos dois programas de Residência do Campo existentes no Brasil. As categorias delineadas foram: a concepção de saúde do campo, a concepção de educação e trabalho na saúde do campo e a instrumentalidade da saúde do campo, sendo todas estas, retalhos da colcha que forma a dimensão ético-estético-política da educação e trabalho na saúde do campo. Abordaremos as três primeiras categorias de forma mais breve, dando ênfase na categoria transversal a fim de dialogar com o objetivo da pesquisa. As demais categorias serão posteriormente abordadas em outros artigos.

### **Saúde do campo: a historicidade do território como elemento fundamental**

A primeira categoria sistematizada foi a de concepção de saúde do campo, composta por quatro subcategorias estruturadas a partir de trechos dos documentos analisados que enfocavam os seguintes temas: a formação social do campo brasileiro, a concepção de saúde do campo, o direito à saúde e a saúde do campo como política pública.

Apontou como base da concepção de saúde a determinação social da saúde, trazendo elementos como a luta pela terra, o racismo como base dos conflitos fundiários, compreensão que historicamente vai ganhando força no bojo da disputa tensionada pelos movimentos sociais do campo.

No contexto da democratização do Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) atualizou as concepções de saúde ao incorporar a determinação social e histórica do processo saúde-doença, abrangendo aspectos culturais, psicológicos e subjetivos, vinculando-se ao território como base do cuidado e produção social da saúde, expressando as relações entre o capitalismo e a saúde (Da Ros; Kieling, 2019).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 destacou que saúde resulta das condições de vida e organização social da produção, geradoras de desigualdades, sendo que a questão do acesso e posse de terra aparece em seu histórico relatório final. No contexto latino-americano, Breilh (2010) propõe a ampliação da determinação social da saúde para a determinação social da vida, criticando o modelo capitalista de desenvolvimento como incompatível com modos de vida saudáveis e defendendo uma economia sustentável, política solidária e cultura libertária, alcançáveis pela organização e luta dos trabalhadores.

Ao compreender a saúde a partir da determinação social, os documentos analisados corroboram com a ideia proposta pelo MST, de que lutar por saúde e terra é lutar pelo direito à vida (MST, 1999). Os projetos político-pedagógicos apontam que para a compreensão da saúde no contexto do campo brasileiro é preciso fundamentalmente, conhecer a formação social do campo.

Os projetos colocam luz sobre a questão agrária e na compreensão da organização social do campo em função dos meios de produção na dinâmica do capitalismo e da sociedade de classes. Mas para além disso, incorporam à questão agrária o elemento racial, trazendo a segregação e violências históricas sofridas pela população negra como base dos problemas persistentes na saúde do campo.

Reconhecer o território brasileiro marcado pelo projeto colonial seria um elemento importante para essa compreensão, já que esse projeto transatlântico de dominação europeia sobre o sul do mundo buscou hierarquizar a sociedade a partir de uma concepção racista, elitista e latifundiária de fortalecimento da hegemonia branca, criando categorizações e cisões nos territórios e modos de vida nativos. Mbembe (2018, p.38) sinaliza que a “ocupação colonial” configurou novas relações

espaciais, que ele chama de “territorialização”, que se projeta na produção de fronteiras e hierarquias não apenas geográficas.

Essa historicidade dos territórios do campo desvela que as questões de raça, classe e de luta pela terra estão na origem das desigualdades de nosso país corrobora com a definição da PNSPCFA (Brasil, 2016, p.31) onde o território é entendido como um “espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável”.

Nesse sentido, a conformação dos quilombos brasileiros aparecem como referência de resistência e organização social. Ao incorporar elementos da organização quilombola sobretudo da “República dos Palmares”, fundada no Quilombo dos Palmares, Serra da Barriga, atual União de Palmares, Alagoas, propõe-se o reconhecimento do quilombo como experiência contra-colonial de relação com a terra, já que Palmares pôs em questão a estrutura colonial inteira: o exército, o sistema de posse da terra dos patriarcas portugueses, ou seja, o latifúndio (Abdias Nascimento (2019).

Este processo histórico se atualiza e reverbera nas condições de vida, o MST pontua as consequências do processo histórico nos valores dominantes, que são até os dias de hoje também valores racistas e excludentes (MST, 2018, p.24)

Por consequência, os valores dominantes são até os dias de hoje também valores racistas, segregadores. Após o fim da escravidão, em 1888, os negros e negras não tiveram a oportunidade de se tornarem proprietários de terras, pois não foi realizada a reforma agrária; no lugar dela o Estado brasileiro decretou a Lei da Vadiagem para prender todos aqueles que não tinham postos de trabalho e que não tinham como comprovar local de moradia fixa. A liberdade do cativo da escravidão não foi acompanhada da conquista de direitos, a população negra não teve garantidas as mesmas oportunidades que os colonos brancos. Quando os corpos se tornaram livres, a terra se tornou mercadoria, e até hoje a maior parte da população sem-terra do país é negra.

Outro fator importante é reconhecer que os conflitos no campo são, portanto, a base da estrutura social do Brasil, sendo a violência uma das características de dominação e ataque à luta pela terra no país. Habitar esses territórios existenciais, é, portanto, deparar-se com práticas discursivas que denunciam conflitos, a falta de políticas públicas e a descredibilidade com a política (Silva e Felipe, 2024).

Para isso, os programas se propõem a beber da fonte das lutas dos movimentos populares pela reforma agrária (sobretudo as lideradas pelo Movimento

dos Trabalhadores Rurais Sem Terra) e, por outro, para a luta ancestral pelo reconhecimento das terras quilombolas (organizadas na contemporaneidade pelo movimento quilombola rural, principalmente pela CONAQ).

O direito à saúde emergiu como um tema central dos projetos, evidenciando a saúde dos camponeses como um direito universal garantido pelo Estado e pelas políticas públicas, destacando as iniciativas e desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) na promoção da equidade. A concepção de saúde foi ampliada para incluir a determinação social da saúde e o racismo estrutural como fatores determinantes.

No campo da política pública, destaca-se a participação dos movimentos sociais do campo com força no setor saúde, como no caso da construção da PNSIPCFA. A presença dos movimentos junto à gestão do SUS contribuiu para descentralização e regionalização do SUS e se insere na construção das políticas de equidade do SUS, buscando enfrentar o racismo institucional ainda recrudescido nos espaços da saúde pública.

Segundo Girardi (2017) o racismo é um elemento estrutural da sociedade brasileira e é indissociável da questão agrária, que é igualmente um problema estrutural. Recentemente o Brasil viveu mais um caso simbólico que traz a marca das disputas territoriais, o assassinato de Mãe Bernadete, liderança quilombola da Bahia que foi executada dentro de sua casa de forma brutal. Esse crime reforça o que denuncia Elionice Sacramento: que historicamente o modelo desenvolvimentista tem adoecido povos e comunidades tradicionais, atuando como modelo que ameaça, violenta e extermina povos, extermina modos de vida em nome do capital.

### **Concepção de Educação e Trabalho na Saúde do Campo**

A segunda categoria sistematizada foi a de concepção de educação e trabalho, composta por três subcategorias estruturadas a partir de trechos dos documentos analisados que enfocaram os seguintes temas: educação, a educação e trabalho na saúde do campo e a REMSFC como estratégia.

A categoria concepção de educação e trabalho na saúde do campo trouxe elementos que emergem da pedagogia de Paulo Freire e da educação popular, ressaltando a importância da interação com a realidade social e a problematização

dos conhecimentos adquiridos para a vivência cotidiana de novas relações sociais. A educação pelo trabalho destacou a formação de profissionais críticos e humanizados, o trabalho colaborativo em equipes multiprofissionais e a integração do saber popular com o saber científico. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase nas Populações do Campo (REMSFC) foi pensada como uma estratégia de interiorização da saúde, fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e construção de novas práticas e saberes em saúde.

Do ponto de vista da fundamentação, por um lado, os projetos destacam que educar é humanizar e situar o processo educativo nas lutas populares, por isso apontam a importância da interação com o mundo que rodeia o processo de educação e do trabalho em saúde, ou seja, relação com o território. Esse elemento dialoga com Freire (2013) e seu argumento de que é impossível a mudança de procedimentos técnicos sem repercussões em outras dimensões da existência humana, ressaltando a inviabilidade de uma educação neutra. Ele destaca a necessidade de uma capacitação técnica que seja solidária com outras dimensões além da técnica em si, enfatizando que a educação deve ser integrada à realidade cultural e social dos indivíduos.

A construção das práticas de educação e do trabalho em saúde nas REMSFC estão pautadas na problematização dos conhecimentos adquiridos desde uma perspectiva biomédica, para desconstrução crítica do fazer saúde tecnicista e descontextualizado das realidades territoriais. Para isso apontam os processos educativos com a comunidade como práxis para construção de conhecimentos através da vivência no campo territorial, alimentados pelo diálogo interdisciplinar e com o saber popular. Freire (2013) alerta contra a concepção mecanicista da educação, que tende a desprezar contribuições fundamentais de outros setores do saber e se tornar rígida e burocrática. A unilateralidade técnica que não alcança resultados projeta seu fracasso no camponês, ignorando seu processo como ser cultural. Para Freire a educação tecnicista erra ao negar o contexto e história, erra ao negar a realidade e a complexidade dos modos de vida e organização social que atravessam gerações.

Por outro lado, os projetos apontam para a centralidade da educação pelo trabalho em saúde. Destacam a vivência do trabalho colaborativo na equipe

multiprofissional visando interprofissionalidade para buscar um fazer clínico ampliado e em rede como modo de reconstruir as relações de trabalho no SUS. Essa transformação, segundo os documentos, estaria vinculada a uma clínica que dialogue com o saber popular para atender as necessidades dos territórios, fortalecendo práticas tradicionais de cuidado à saúde.

Os projetos reconhecem as REMSFC como um espaço de construção do conhecimento coletivo a partir da relação com os territórios, tendo os residentes como protagonistas na construção de novos saberes e práticas no cuidado em saúde. Além disso, a partir de uma análise crítica do SUS e das práticas de saúde junto às comunidades e movimentos sociais do campo, os projetos buscam estimular a reflexão sobre o papel do trabalhador da saúde como agente transformador das relações no âmbito das políticas públicas de saúde, tendo como base o incentivo dos territórios para o efetivo exercício do controle social.

Nesse sentido, corroboram com a análise documental de Silva e Prada (2019) onde identificam que a educação do campo pensada desde o MST está fundamentada na importância de reafirmar o campo não apenas como lugar de produção, mas sobretudo, como lugar de vida, na necessidade de disputar políticas públicas para as populações camponesas, e na construção de projetos políticos-pedagógicos vinculados à realidade do campo.

### **Instrumentalidade da Saúde e da Educação do Campo**

A instrumentalidade da saúde e da educação do campo, composta por duas subcategorias estruturadas a partir de trechos dos documentos analisados que enfocavam os seguintes temas: organicidade da residência e pedagogias.

Abordou a organicidade dos programas de residência e as pedagogias adotadas. A alternância como princípio pedagógico destacou a Pedagogia da Alternância e a integração entre teoria e prática.

Para Peloso (2012) a ideia de organicidade diz sobre a capacidade de um movimento, - ou espaço, coletivo, proposta educativa - tem de dar corpo às ideias, debates e orientações comuns, de forma que estejam articulados de forma integral e permanente em todo o corpo da organização. O termo vem de órgão, compreendido como parte de um corpo que busca fluxo para sua reprodução, em interação com

outros órgãos. Desse modo, a organicidade busca garantir uma unidade de pensamento e ação com autonomia relativa das partes para que possam aplicar, de maneira criativa, suas decisões gerais.

Na subcategoria “organicidade da Residência” aparecem os temas: dos Núcleos de Aprendizagem e Estudo (NAEs) e Núcleos de Base (NB) como sujeito pedagógico; os estágios; a aprendizagem significativa; a relação concreta com o mundo do trabalho; a reunião clínica; a análise de conjuntura; e os tempos pedagógicos (Tempo trabalho, Tempo reuniões de núcleo de base, Tempo aula, Tutoria de campo e núcleo, Tempo reunião organizativa, Tempo cuidado, Tempo Preceptorial e Estudo individual).

A alternância como princípio pedagógico combina períodos de estudo com períodos de aplicação prática no ambiente de origem do estudante, a pedagogia da alternância promove uma ligação direta entre teoria e prática, a fim de desenvolver competências técnicas e humanas, adaptando a formação às necessidades do trabalho e da comunidade. Além disso incentiva o desenvolvimento sustentável, fortalece a comunidade, e proporciona uma educação contextualizada que respeita as especificidades culturais e socioeconômicas dos alunos.

### **Dimensão Ético-Estético-Política da Educação e do Trabalho na Saúde do Campo**

A dimensão ético-estético-política da educação e do trabalho na saúde do campo evidencia valores e princípios fundamentais como liberdade, solidariedade, dignidade, justiça, democracia, participação popular e interculturalidade. Estes valores dialogam com a defesa de valores feitas por referenciais teóricos em Ciências Sociais e Humanas, como a Bioética Latinoamericana e a perspectiva decolonial, que abordam a colonialidade da vida e da saúde, as desigualdades como fatores de produção de doenças e a valorização dos saberes locais.

A análise dos dados revelou uma categoria transversal, considerada fundamental por estar imbricada com todas as demais categorias descritas. Chamamos esta categoria de dimensão ético-estético-política da educação e do trabalho na saúde do campo nas REMSFCs. Esta categoria transversal é composta por valores morais, sociais, políticos distribuídos soltos ao redor das demais categorias e foi chamada “Valores e Princípios”, que abrange temas como liberdade, fortalecimento do SUS, solidariedade, sustentabilidade, respeito, complexidade,

dignidade, emancipação, diálogo, justiça, humanização, amorosidade, democracia, participação popular, transformação social, corresponsabilidade, cooperação, integração, interculturalidade, autonomia, mística, saber popular e saber científico, e compartilhamento.

A ética, portanto, é produzida social, histórica e culturalmente, não se limitando à mera declaração de "somos éticos". Como pontuam Finkler, Moratelli, Vásquez, Verdi e Bara (2021), a ética exige atitude situada e contextualizada com intencionalidade.

Pensar a produção de educação e trabalho na saúde a partir dos territórios do campo significa um esforço analítico para compreender a formação social do Brasil enquanto território atravessado pela colonização e como esse processo histórico implica na produção de valores. Esse esforço está atrelado à necessidade de intencionalidade, pois a ética informa atitude situada que requer práxis.

Brito (2024) destaca os valores do quilombo, que estão entranhados na história brasileira como projeto político insurgente e contra-colonial desde 1569. Apesar de muitas vezes marginalizados na história, os quilombos defendem uma alternativa possível rumo a um avanço civilizatório nos trópicos, antecipando valores como "liberdade, igualdade, fraternidade" que emergiram na Revolução Francesa. Isso representa um convite à sociedade brasileira para valorizar as experiências concretas e históricas do Brasil profundo.

Valores como liberdade, igualdade e emancipação inspiraram a constituição dos quilombos no Brasil colonial (Moura, 1981) e permanecem vivos nas reivindicações do movimento quilombola contemporâneo (CONAQ, 1995; 2000), estabelecendo relações diretas com a necessidade de superar as chagas da escravização negra no Brasil (Brito, 2024). A CONAQ (1996) destaca que a busca dos quilombolas por liberdade está conectada à garantia de direitos, como o uso coletivo da terra e dos bens produzidos nela, reconhecendo a identidade etnocultural e ancestral quilombola.

Brito (2024), ao estudar o projeto de saúde quilombola para o Brasil a partir dos acúmulos da CONAQ, ressalta que as contribuições quilombistas abrangem desde uma perspectiva estética até os modos de organização política do povo negro no Brasil, focando em estratégias concretas de combate ao racismo e exclusão social. O quilombismo enfatiza a produção da vida negra em comunidade, baseada em valores igualitários como cooperação, criatividade e propriedades e riquezas coletivas. Isso

oferece um contraponto à produção da vida em moldes europeus e ao apagamento das contribuições negras na produção de alternativas e experiências autênticas (Nascimento, 2019).

A pressão dos movimentos sociais, como MST e CONAQ, para orientar a educação e o trabalho em saúde produziu práticas colaborativas baseadas em valores que podem estruturar o cuidado em saúde em consonância com os territórios camponeses, fortalecendo a construção de práticas e ações de saúde a partir do território.

Paulo Freire (1998) discute a ética e política na educação, destacando princípios de uma estética humanizadora, a estética da boniteza, que inclui manifestar sentimentos, solidariedade, esperança, valorização da cultura e comunicação, e alfabetização com outras linguagens, resgatando todas as expressões humanas. Freire considera a feiura como a ausência de diversidade de pensamento e existência.

Formar profissionais capazes de elaborar políticas e modos de cuidado em saúde comprometidos ético-politicamente com camponeses, quilombolas, pescadores e povos tradicionais é essencial. Identidade, mística, respeito às práticas e saberes do território, coerência, construção de ciência engajada, disponibilidade para organização e cuidado com sujeitos e ambiente são aspectos fundamentais.

Escutar o território é fundamental, pois ele grita e convoca ao redirecionamento das práticas hegemônicas em saúde. Atender às especificidades e necessidades locais desafia e reformula as abordagens tradicionais, promovendo intervenções mais inclusivas e eficazes que respeitam e incorporam o conhecimento e as vivências das comunidades envolvidas, criando caminhos para superar a lógica da colonialidade da saúde (Bezerra; Cavalcanti; Moura, 2023).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As Residências Multiprofissionais em Saúde da Família com ênfase nas Populações do Campo (REMSFC) ainda estão em construção, mas já se configuram como uma estratégia valiosa para desenvolver processos educacionais e de trabalho em saúde nos contextos camponeses. Os Projetos Políticos Pedagógicos (PPPs) destes programas reforçam o compromisso com a educação e o trabalho em saúde no campo, alinhados com os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) descritos no artigo 7 da Lei 8.080/90, como Universalidade, Integralidade e

Equidade. Além disso, os PPPs incorporam princípios da Educação Popular, Educação Permanente em Saúde e Educação do Campo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um avanço significativo nas políticas públicas de saúde, assim como as REMSFC. No entanto, é crucial reconhecer que o contexto de saúde vigente está profundamente enraizado em concepções capitalistas e coloniais. Desse modo, torna-se fundamental construir iniciativas de educação e trabalho na saúde em territórios rurais sem reproduzir práticas colonialistas. A Estratégia de Saúde da Família, embora essencial, pode atuar como um instrumento de controle e colonização, caso opere desconectada dos movimentos sociais do campo corre o risco de reproduzir um modelo de formação fragmentado, igualmente desconectado das necessidades de saúde das comunidades e das necessidades educativas dos residentes.

Portanto, é necessário tensionar os próprios princípios do SUS, promovendo uma construção de práticas de educação e trabalho em saúde fundamentada em um projeto popular que historicize e compreenda a determinação social da saúde. Isso implica uma concepção do trabalho em saúde que incorpore a consciência do processo histórico, a cultura camponesa e os conflitos agrários que afetam a saúde das comunidades rurais. Pensar a formação em saúde para o SUS é uma tarefa permanente que permite constantes retomadas dos sentidos e necessidades do sistema de saúde, acessar complexidade.

Compreendendo formação como educação emancipadora e não como transferência de conhecimentos, pensar sobre os valores, princípios e diretrizes que orientam os processos formativos é possibilidade de reencontro com o SUS que queremos. Diante de um contexto de recrudescimento dos desafios históricos do SUS, pensar a formação é pensar qual orientação estamos construindo para os trabalhadores do SUS e, refletir se o trabalhador que formamos ajuda a sustentar e construir a política pública.

A análise da dimensão ético-estético-política (DEEP) da educação e trabalho na saúde do campo é essencial diante dos desafios estruturais de fortalecimento e necessidade de ampliação de iniciativas que considerem os valores e compreensões presentes nesses territórios específicos. As ações voltadas para a equidade e para as particularidades das diversas realidades de saúde no Brasil têm sido valorizadas

na política do SUS, promovendo espaços de diálogo e construção compartilhada de políticas públicas baseadas nas necessidades locais.

Partindo dos acúmulos da Bioética Latinoamericana, foi possível caminhar com as lacunas do campo para pluralizar as compreensões de valores base da bioética social latinoamericana como solidariedade, justiça, dignidade, coletividade entre outros identificados ao longo da pesquisa a partir da saúde do campo. Os princípios e bases epistêmicas construídas no âmbito desses programas podem contribuir com o processo de formação qualificada de pesquisadores da Saúde Coletiva e trabalhadores do SUS, trazendo elementos para uma educação e trabalho na saúde do campo que ultrapasse os critérios utilitaristas de que se vale a Universidade, na direção da construção de identidades pessoais, profissionais e cidadãs moralmente autônomas e eticamente ativas.

“É preciso aprender a voltar pra casa”, frase do pensador quilombola Nego Bispo, sinaliza o que verificamos aqui: as nossas respostas estão nos lugares de onde nunca saíram. Nos quilombos, no campo brasileiro feito de mulheres, trabalhadores, indígenas, negros, organizados em movimentos sociais orgânicos que historicamente construíram caminhos de fuga, que escapam à lógica colonialista mas que não recebem a devida atenção do campo da educação e trabalho na saúde.

A bioética ajuda a identificar valores fundamentais para ações mais adequadas e contextualizadas. No campo da saúde, a lente pluralista da bioética é essencial, especialmente considerando a complexidade e singularidade dos ambientes e territórios onde o SUS atua. Ela propõe um modo de pensar e compreender situações práticas, facilitando a tomada de decisões mais apropriadas. A ética é um componente essencial do processo saúde-doença-cuidado e sua compreensão deve incluir a realidade material das ações, convergindo com a saúde coletiva.

A abordagem hierárquica e opressiva das diferenças reflete a colonialidade do ser, saber e poder, manifestando-se na educação através da hierarquização dos saberes. A lógica colonial impôs uma hierarquia de conhecimentos que historicamente determinou a relação hegemônica das academias com os territórios. Essas instituições, vistas como grandes referências de saber e, portanto, de poder, legitimam formas de produzir conhecimento que não emergem das realidades local, mas são importadas, herdadas ou impostas pelos colonizadores.

Portanto incorporar os valores que emergem do campo brasileiro, através da dimensão ético-estético-política da educação e do trabalho em saúde do campo, desde uma compreensão bioética social situada ao sul do mundo, pode trazer nova vida para a educação de trabalhadores do SUS situada em territórios do campo.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Juciany Medeiros et al. Relação entre território e residência em saúde: uma possibilidade de experiência decolonial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 196-206, dez. 2022.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; FRANCO, Cassiano Mendes; PEREIRA, Aline Gonçalves; GIOVANELLA, Ligia. Força de trabalho em Saúde em Municípios Rurais Remotos: desafios para a atração e fixação de profissionais na atenção primária à saúde. In: FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al (org.). **Atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2023. p. 387.

BATISTA, Patricia Serpa de Souza *et al.* Ética nas ações educativas e de cuidado em saúde orientadas pela Educação Popular. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, s.2, v. 18, p. 401-412, 2014.

BREILH, J. Uma Perspectiva Emancipadora da Pesquisa e da Ação Baseadas na Determinação Social da Saúde. Cidade do México: Taller Latinoamericano de Determinantes Sociais de la Salud, 2008.

BRITO, Mateus dos Santos. Aquilombar a saúde, contra-colonizar as lutas: o projeto político do movimento quilombola para a saúde no brasil. 2024. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2024.

CARNEIRO, Fernando Ferreira. A Saúde no Campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005. 143 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina Veterinária Preventiva e Epidemiologia, Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J *et al.* (org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

CORTINA, Adela. A ética como filosofia moral. In: CORTINA, Adela; MARTÍNEZ, Emilio. *Ética*. São Paulo: Loyola, 2005. Cap. 1. p. 09-26.

CONAQ. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. **Documento final do 1º Encontro Nacional de Comunidades Negras Rurais**. Brasília. 1995. Acesso em: 20 ago 2023. Disponível em: <https://conaq.org.br/nossa-historia/> .

DA ROS, Marco Aurelio; KIELING, Marina Goelzer. O conceito de saúde e a determinação social do processo saúde-doença. In: ROS, Marco Aurelio da (org.). **Como Pensa a Contra-hegemonia na Área da Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. p. 1-130. (Série Conhecimento em Movimento).

FINKLER, Mirelle. EDUCAÇÃO E BIOÉTICA: em busca da autonomia moral e da responsabilidade. In: SILVA, Paulo Fraga da; CAMPATO, Roger Fernandes; CAMPATO JUNIOR, João Adalberto (org.). CIÊNCIAS E VALORES HUMANOS: o tecer da bioética. São José do Rio Preto: Editora Hn, 2024. p. 306p. (Coleção Produção Acadêmica).

FINKLER, Mirelle; MORATELLI, Lucas Berté; VÁSQUEZ, Maria Fernanda; VERDI, Marta; BARA, Francisco Esteban. Formação ética de profissionais de saúde: contribuições de uma vivência interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 25, p. 1-15, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.210096>.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Política De Saúde: uma política social. In: FLEURY, Sonia. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Brasil: Fiocruz, 2000. Cap. 1. p. 1-43.

FRANCO CM; LIMA JG, GIOVANELLA L. Atenção Primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**; 37(7): 01-22. 2021.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 71. ed. Rio de Janeiro/são Paulo: Paz e Terra, 2019. 256 p.

FREIRE, Paulo. *Extensão ou Comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

MATIAS, Maria Claudia Souza et al. A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA HUMANIZAÇÃO E A FORMAÇÃO DE APOIADORES INSTITUCIONAIS. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 55-75, 2016.

MBEMBE, Achille. Necropoder e ocupação colonial na modernidade tardia. In: MBEMBE, Achille. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte*. São Paulo: N-1 Edições, 2018. p. 38-49.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MATIAS, Maria Claudia Souza. O DESAFIO ÉTICO-ESTÉTICO-POLÍTICO DO SUS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA: uma análise do programa mais médicos. 2017. 190 f. Tese (Doutorado) - Curso de Rograma de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MOURA, Clóvis. **Os quilombos e a rebelião negra**. São Paulo: Brasiliense, 1981

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TERRA. **Caderno de Saúde**. São Paulo: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Coletivo Nacional de Saúde. Lutar por saúde é lutar pela vida. .abril, 1999. 16p; Disponível em: <https://mst.org.br/download/caderno-de-saude-no-01-lutar-por-saude-e-lutar-pela-vida/>

NASCIMENTO, Abdias. **O Quilombismo: Documentos de uma militância pan-africanista**. São Paulo: Perspectiva, 2019.

NASCIMENTO, Wanderson Flor do. Por uma vida descolonizada: diálogos entre a bioética de intervenção e os estudos sobre a colonialidade. 154 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós Graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

NASCIMENTO, Wanderson Flor do. Bioética y colonialidad epistémica. In: **Educación en bioética: marcos referenciales y abordajes pedagogicos**. IX Congreso Internacional de La Redbioética: Unesco, 2023. Mesa redonda 10. Disponível em: <https://www.youtube.com/live/FedRCSyXM7g?si=mRCjsaX3kDWAuwie>. Acesso em: 01 maio 2024.

PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (1), p. 719-729, 2011.

SILVA, Felype Ribeiro da; FELIPE, Dara Andrade. Saúde da Família do Campo e Atuação do Psicólogo em Comunidades Quilombolas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l], v. 44, p. 1-15, 2024.

SIQUEIRA, S. A. V., Hollanda, E., & Motta, J. I. J. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(5), 1673-1684, 2017.

VERDI, MARTA. UM OLHAR BIOÉTICO PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE. Texto Produzido Para A Disciplina Bioética e Saúde Coletiva: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2023. 9 p.

### APÊNDICE A – Documentos analisados

Nº	REFERÊNCIA COMPLETA (AUTOR, ANO, TÍTULO)	CONTEXTO DE ELABORAÇÃO	NATUREZA DO DOCUMENTO	ESTRUTURA ANALISADA	
01	UPE (Universidade de Pernambuco). <b>Projeto Político Pedagógico.</b> Recife. 2015.	Momento de surgimento do programa, aparecendo como iniciativa pioneira para viabilizar a educação e trabalho em saúde na perspectiva da saúde do campo. Pré-golpe e entrada em cenário político de retrocesso no campo das políticas públicas. Acontece após uma edição de VER-SUS, reunindo movimento estudantil, movimentos sociais do campo e universidade.	Documento contendo as bases político-pedagógicas do programa, direcionado à submissão do projeto a plataforma do SINAR  (32 páginas).	O olhar para os documentos foi direcionado para partes que carregavam conteúdo relacionado as bases político-pedagógicas do programa:  Tópico 2. Caracterização do Curso Tópico 3. Objetivos e necessidades do Curso Tópico 4. Estrutura e Funcionamento do Curso	Os trechos extraídos da análise documental foram sintetizados em unidades temáticas disponíveis nas figuras 7,8 e 9  Foram analisados os conteúdos relativos à compreensão de saúde, educação e trabalho na saúde do campo, bem como valores e princípios de base do programa
02	UPE (Universidade de Pernambuco). <b>Projeto Político Pedagógico.</b> Recife. 2022.	Momento de fortalecimento e reestruturação do programa, aparecendo como protagonista na indução de novos programas de residência em área estratégica. Cenário político de retomada no campo das políticas públicas.	Documento contendo as bases político-pedagógicas do programa direcionado à submissão do projeto a plataforma do SINAR  (32 páginas).	O olhar para os documentos foi direcionado para partes que carregavam conteúdo relacionado as bases político-pedagógicas do programa:  Tópico 2. Caracterização do Curso Tópico 3. Apresentação do Curso Tópico 4. Estrutura e Funcionamento do Curso	Os trechos extraídos da análise documental foram sintetizados em unidades temáticas disponíveis nas figuras 7,8 e 9  Foram analisados os conteúdos relativos à compreensão de saúde, educação e trabalho na saúde do campo, bem como valores e princípios de base do programa
03	FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – BRASÍLIA - (FIOCRUZ). <b>Projeto Político Pedagógico.</b> Recife. 2022.	Momento de fortalecimento do programa em cenário político de retomada no campo das políticas públicas.  Acontece após a pandemia de COVID-19 que provocou as fragilidades estruturais das residências.	Documento contendo as bases político-pedagógicas do programa direcionado à submissão do projeto a plataforma do SINAR  (42 páginas).	Documento direcionado à submissão do projeto a plataforma do SINAR	Os trechos extraídos da análise documental foram sintetizados em unidades temáticas disponíveis nas figuras 7,8 e 9  Foram analisados os conteúdos relativos à compreensão de saúde, educação e trabalho na saúde do campo, bem como valores e princípios de base do programa

## **APÊNDICE B – Roteiro de análise documental**

### **1. Identificação e caracterização do documento**

- Referência completa
- Quem produziu(ram) o documento
- Contexto em que foi produzido
- Objetivo com que foi produzido
- A quem se destina o documento

### **2. Descrição do documento**

- Tema central
- Partes utilizadas para a pesquisa

### **3. Análise do documento**

- Abordagem das seguintes categorias do referencial teórico:
  - Elementos relacionados à Dimensão ética-estética-política da educação e do trabalho em saúde do campo
  - Principais valores e princípios identificados

### **4. Contribuições do documento para a pesquisa**

- Registro das reflexões, questionamentos e encaminhamentos suscitados pela leitura do documento, bem como na indicação de como podem ser utilizados na elaboração do texto final