

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 48, NÚMERO ESPECIAL 1
RIO DE JANEIRO, AGO 2024
ISSN 2358-2898

**Territórios
Sustentáveis e
Saudáveis**

SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> - marialuciarizzotto@gmail.com

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Adriana Miranda de Castro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1190-5828> - adriana.miranda@fiocruz.br

Bruna Drumond Silveira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9007-8324> - bruna.drumond@fiocruz.br

Edmundo Gallo - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1949-0738> - edmundo.gallo@fiocruz.br

Francco Antonio Neri de Souza e Lima - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5677-2390> - francco.lima@fiocruz.br

Guilherme Franco Netto - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8861-8897> - guilherme.netto@fiocruz.br

Hermano Albuquerque de Castro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1191-5671> - hermano.castro@fiocruz.br

Ricardo Moratelli - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0942-6633> - ricardo.moratelli@fiocruz.br

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> - dottorana@gmail.com

Elda Coelho de Azevedo Bussinger - Faculdade de Direito de Vitória, Vitória (ES), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> - elda.cab@gmail.com

Eli Iola Gurgel Andrade - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> - iola@medicina.ufmg.br

Fátima Sueli Neto Ribeiro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0242-2871> - ingriddavilla@gmail.com

Jamilli Silva Santos - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> - jamilli.santos@ufba.br

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> - lenauralobato@uol.com.br

Mario Parada - Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> - mapale.2008@gmail.com

Maura Vanessa Silva Sobreira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó (RN), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> - maurasobreira@ufrn.br

Raquel Abrantes Pego - Aposentada, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> - rabra.pego@gmail.com

Ronaldo Teodoro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> - ronaldosann@gmail.com

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> - arthur.chioro@unifesp.br

Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> - astolkner@gmail.com

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> - dottorana@gmail.com

Angel Martinez Hernaez - Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, Espanha. <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> - angel.martinez@urv.cat

Breno Augusto Souto Maior Fontes - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> - brenofontes@gmail.com

Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> - cbotazzo@hotmail.com

Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> - stralen@medicina.ufmg.br

Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> - d.diniz@anis.org.br

Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico. <https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> - emenezdez1@yahoo.com.mx

Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> - freese@cpqam.fiocruz.br

Elda Coelho de Azevedo Bussinger - Faculdade de Direito de Vitória, Vitória (ES), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> - elda.cab@gmail.com

Eli Iola Gurgel Andrade - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> - iola@medicina.ufmg.br

Elias Kondilis - Queen Mary University of London, London, England. <https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> - kondilis@qmul.ac.uk

Fátima Sueli Neto Ribeiro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> - fatsuerj@gmail.com

Gicelle Galvan Machneski - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> - gmachneski@gmail.com

Heleno Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> - helenocorrea@uol.com.br

Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> - hugospinelli09@gmail.com

Ingrid D'avilla Freire Pereira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> - ingriddavilla@gmail.com

Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> - jairnil@ufba.br

Jamilli Silva Santos - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> - jamilli.santos@ufba.br

Jean Pierre Unger - Institut de MédecineTropicale, Anvers, Belgique. <https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> - contact@jeanpierreunger.com

José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> - bragajcs@uol.com.br

Jose da Rocha Carneiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> - jrcarval@fiocruz.br

Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> - kenneth@uerj.br

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> - lenauralobato@uol.com.br

Ligia Giovannella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5452-545X> - ligiogiovannella@gmail.com

Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> - luizfacchini@gmail.com

Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> - odorico@saude.gov.br

Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> - maria.salete.jorge@gmail.com

Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> - mariohernandez62@gmail.com

Mario Parada - Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> - mapale.2008@gmail.com

Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> - roveremario@gmail.com

Maura Vanessa Silva Sobreira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó (RN), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> - maurasobreira@ufrn.br

Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> - pauloamarante@gmail.com

Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> - paulo.buss@fiocruz.br

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> - pttarso@gmail.com

Raquel Abrantes Pego - Aposentada, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> - rabra.pego@gmail.com

Ronaldo Teodoro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> - ronaldosann@gmail.com

Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> - radorno@usp.br

Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> - profsoniafleury@gmail.com

Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> - sulamis@uol.com.br

Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> - wfolive@terra.com.br

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet. <https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> - revista@saudeemdebate.org.br

EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

Carina Munhoz. <https://orcid.org/0000-0002-1615-9177> - carina.revisao@cebes.org.br

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND

DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro. <http://www.apoioacultura.com.br> - rita.loureiro@apoioacultura.com.br

DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

NORMALIZAÇÃO, REVISÃO E TRADUÇÃO DE TEXTO | NORMALIZATION,

PROOFREADING AND TRANSLATION

Ana Luísa Moreira Nicolino (português e inglês/portuguese and english)

André Luiz Frizon Faust (português e inglês/portuguese and english)

Annabella Blyth (português e inglês/portuguese and english)

Jean Pierre Barakat (português e inglês/portuguese and english)

Marília Daniele Soares Vieira (espanhol/spanish)

Martim Cordeiro Pereira Cardoso (português e inglês/portuguese and english)

Paulo Victor Sousa Lima (espanhol e português/spanish and portuguese)

Sonia Strong (português e inglês/portuguese and english)

Wanderson Ferreira da Silva (normalização, português e inglês/normalization, portuguese and english)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 48, NÚMERO ESPECIAL 1
RIO DE JANEIRO, AGO 2024

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

Territórios Sustentáveis e Saudáveis

Sustainable and Healthy Territories

Hermano Albuquerque de Castro, Guilherme Franco Netto, Andréa Araujo de Vasconcellos, Maria Inês Corrêa Cárcamo, Francco Antonio Neri de Souza e Lima, Bruna Drumond Silveira, Adriana Miranda de Castro, Edmundo Gallo, Ricardo Moratelli, Luís Carlos Soares Madeira Domingues

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Da Lagoa do Boi Morto à Barragem da Toldinha: a água como elemento central para a construção de territórios sustentáveis e saudáveis no Médio Jequitinhonha

From Lagoa do Boi Morto to Barragem da Toldinha: Water as a central element for the construction of sustainable and healthy territories in the Middle Jequitinhonha

Flora Gonçalves, Polyana Aparecida Valente, Cleiton Rodrigues Mendes

Territórios da gestão socioambiental e saúde na Amazônia

Territories of social-environmental management and health in the Amazonia

Samia Feitosa Miguez, Rayssa da Conceição Brito de Souza, Roseni Pinheiro

'De repente, tudo fechou': rede de cuidado à População em Situação de Rua na pandemia de covid-19

'Suddenly, everything shut down': Care network for Homeless Population in the COVID-19 pandemic

Rafaela Alves Marinho, Ana Luisa Jorge Martins, Anelise Andrade de Souza, Luísa da Matta Machado Fernandes, Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela Dantas, Ana Maria Caldeira Oliveira, Rômulo Paes-Sousa

Promoção da Alimentação Adequada e Saudável no campo: caminhos para reflexão e práxis com Agentes Comunitários de Saúde

Promotion of Healthy and Adequate Food in a rural territory: pathways to reflection and praxis with Community Health Workers

Beatriz Oliveira Blackman Machado, Anelise Rizzolo de Oliveira, Etel Matielo

Reflexos da pandemia de covid-19 na venda de alimentos em feiras livres no Maciço de Baturité-CE

Reflections of the COVID-19 pandemic on food sales in farmer's markets in Maciço de Baturité-CE

José Cláudio Garcia Lira Neto, Maria Wendiane Gueiros Gaspar, Kellen Cristina da Silva Gasque, Márcio Flávio Moura de Araújo

Vigilância Popular em Saúde: luta emancipatória pela vida ante o agronegócio na Chapada do Apodi-CE

Popular Health Surveillance: Emancipatory struggle for life against agribusiness in Chapada do Apodi-CE

Fernando Ferreira Carneiro, Saulo da Silva Diógenes, Antônia Márcia Xavier, Reginaldo Ferreira de Araújo, Leandro Vieira Cavalcante, Aline de Sousa Maia, Ana Cláudia de Araújo Teixeira

Exposição a desertos alimentares e marcadores do consumo alimentar entre crianças acompanhadas no Sisvan

Exposure to food deserts and food consumption markers among children registered in SISVAN

Beatriz Inês Ricardo, Aline Martins de Carvalho, Bárbara Hatzlhofer Lourenço

Huellas de un mar enfermo: reflexiones sobre maritorios sustentables y sufrimiento ambiental en Patagonia chilena

Traces of a sick sea: observations on sustainable maritorios and environmental suffering in Chilean Patagonia

Florencia Diestre, Paulo Victor Sousa Lima, Francisco Araos, Wladimir Riquelme Maulen, Claudio Merino Jara

Processos de vulnerabilização de empreendimentos eólicos em comunidade camponesa no Agreste Meridional de Pernambuco

Processes of vulnerabilization of wind enterprises in a peasant community in the Southern Agrest of Pernambuco

Nadine Gabryella Pontes Maciel, Régia Maria Batista Leite, Suely Emilia de Barros Santos, José Adelson Alves do Nascimento Junior, André Monteiro Costa

Pesquisa participativa com populações expostas aos agrotóxicos em Mato Grosso: aspectos metodológicos e desafios políticos

Participatory research with populations exposed to pesticides in Mato Grosso: methodological aspects and political challenges

Maelison Silva Neves, Mariana Rosa Soares, Stephanie Sommerfeld de Lara, Lucimara Beserra, Luã Kramer de Oliveira, Virginia Luiza Silva Costa, Wanderlei Antonio Pignati

Vulnerabilidades socioambientais na pesca artesanal: desafios e conquistas para Territórios Saudáveis e Sustentáveis em Pernambuco

Socioenvironmental vulnerabilities in small-scale fishing: challenges and achievements for Healthy and Sustainable Territories in Pernambuco

Mariana Olívia Santana dos Santos, Ana Catarina Leite Vêras Medeiros, Evelyn Siqueira da Silva, Rafaella Miranda Machado, José Erivaldo Gonçalves, Aline do Monte Gurgel, Idê Gomes Dantas Gurgel

Impactos socioambientais e psicossociais causados por derramamento de petróleo em Pescadores e Pescadoras Artesanais

Socio-environmental and psychosocial impacts caused by oil spills on Artisanal Fisherwomen and Fishermen

Luiz Rons Caúla Silva, Vanira Matos Pessoa, Antônio Jeovah de Andrade Meireles

Atuação de uma secretaria municipal de saúde diante do desastre-crime do petróleo em Pernambuco

Performance of a municipal health secretariat in the face of the oil disaster-crime in Pernambuco

Ruth Carolina Leão Costa, Mariana Olívia Santana dos Santos, Evelyn Siqueira da Silva, Maria José Cremilda Ferreira Alves, Bianca Cardoso Peixinho, Augusto Fernando Santos de Lima, Idê Gomes Dantas Gurgel

Representatividade indígena no ensino superior: promoção de saúde e sustentabilidade além dos territórios

Indigenous representation in higher education: promoting health and sustainability beyond territories

Ana Elisa Rodrigues Alves Ribeiro, Regina Célia de Souza Beretta, Wilson Mestriner Junior

ENSAIO | ESSAY

A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como estratégia para equidade em saúde e territórios sustentáveis e saudáveis

The 2030 Agenda and the Sustainable Development Goals (SDGs) as a strategy for health equity and sustainable and healthy territories

Ana Luisa Jorge Martins, Wanessa Debôrtoli Miranda, Fabrício Silveira, Rômulo Paes-Sousa

A necessidade de construção de assistência e Vigilância em Saúde no contexto das mudanças climáticas – ‘um passo à frente e você não estará mais no mesmo lugar’

The need to build health care and surveillance in the context of climate change – ‘one step forward and you will no longer be in the same place’

Priscila Tamar Alves Nogueira, Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Suzanne Santos de Lima, Reinaldo Souza dos Santos, Elaine Christine de Souza Gomes

A abordagem territorial nos Territórios Sustentáveis e Saudáveis: um alargamento conceitual a partir da antropologia

The territorial approach in Sustainable and Healthy Territories: a conceptual enlargement from anthropology

Thais Rodrigues Penaforte

Contribuições do conceito de corpo-território e dos feminismos comunitários para pensarmos na construção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis

Contributions of the concept of body-territory and community feminisms to think about building Healthy and Sustainable Territories

Cristiane Coradin, Simone Santos Oliveira

Metodologias sensíveis co-labor-ativas: produzir conhecimentos 'junto com' movimentos sociais e territórios para a transição paradigmática

Sensible Co-Labor-Active Methodologies: Producing knowledges 'together with' social movements and territories for the paradigmatic transition

Marina Tarnowski Fasanello, Marcelo Firpo Porto

Relatos da quarentena: que sociedade(s) emergirá(ão) após o coronavírus? Estratégias solidárias de construção de outros mundos possíveis

Reports from quarantine: what society(ies) will emerge after the coronavirus? Solidarity strategies for building other possible worlds

Edmundo Gallo, Anna Maria de Castro Andrade, Indira Alves França, Marcela Albino Cananéa, Alessandra Bortoni Ninis, Luisa Vilas Boas Cardoso

ARTIGO DE OPINIÃO | OPINION ARTICLE

Território e saúde: apontamentos conceituais para a proposta de territórios sustentáveis e saudáveis

The territory and health: conceptual notes for the proposal of sustainable and healthy territories

Maurício Monken

Territórios Sustentáveis e Saudáveis no SUS: a relação intrínseca com a Agenda 2030

Sustainable and Healthy Territories in the SUS: The intrinsic relationship with the Agenda 2030

Paulo Gadelha, Vinicius Ameixa

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

'O povo cuidando do povo': Agentes Populares na promoção de territórios mais sustentáveis e saudáveis

'People taking care of people': Popular Agents in promoting more sustainable and healthy territories

Carolina Bule de Niemeyer, Paulo Castiglioni Lara, Juliana Benício Xavier, Luiz Otávio Azevedo

Agroecologia e soberania alimentar: lutas por justiça e alimentação saudável em territórios periféricos urbanos

Agroecology and food sovereignty: Struggles for justice and healthy food in urban peripheral territories

Juliano Luís Palm, Marcelo Firpo Porto, Marina Tarnowski Fasanello, Diogo Ferreira da Rocha, Juliana Souza, Ana Paula da Cruz Santos, Rita de Cassia Ferreira dos Santos

Promoção de territórios saudáveis: assessoria técnica à habitação social no Setor 1 da Colônia Juliano Moreira

Promotion of healthy territories: Technical advice on social housing in Sector 1 of Colônia Juliano Moreira

Luís Carlos Soares Madeira Domingues, Gilson Antunes da Silva, Celia Beatriz Ravera

Territorio y carencia de agua: una experiencia educativa en asentamientos informales en Turbo, Antioquia (Colombia)

Territory and lack of water access: an educational experience in disadvantaged neighborhoods in Turbo, Antioquia (Colombia)

Luz Natalia Rodríguez Villamil, Paulina Díaz-Mosquera

Intervenções territoriais e comunitárias em saúde mental de comunidades tradicionais de Paraty

Territorial and community interventions in mental health of traditional communities in Paraty

Helena Fonseca Rodrigues, André Vinicius Pires Guerrero, Mauro de Lima Gomes, Leon de Souza Lobo Garcia, Jaqueline Tavares de Assis

Territórios Sustentáveis e Saudáveis

Hermano Albuquerque de Castro¹, Guilherme Franco Netto¹, Andréa Araujo de Vasconcellos¹, Maria Inês Corrêa Cárcamo¹, Francco Antonio Neri de Souza e Lima¹, Bruna Drumond Silveira¹, Adriana Miranda de Castro¹, Edmundo Gallo¹, Ricardo Moratelli¹, Luís Carlos Soares Madeira Domingues¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E1AP-P

ESTE NÚMERO ESPECIAL DA REVISTA 'SAÚDE EM DEBATE', intitulado 'Territórios Sustentáveis e Saudáveis', celebra os cinco anos do Programa Institucional de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (Pitss), que compõe a Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) e a Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 (EFA 2030) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Por meio desta edição, pretendemos dar visibilidade a experiências que buscaram promover saúde e sustentabilidade nos territórios, trazendo alternativas de ações emancipatórias e de construção de futuros.

A VPAAPS, mediante debates em suas câmaras técnicas, seminários, participação em congressos, indução de produção e disseminação de conhecimento, vem progressivamente se desafiando sobre a necessidade de ação da saúde pública e da saúde coletiva nos territórios vulnerabilizados. Em seus congressos internos, instância máxima de planejamento, a Fiocruz consagrou 'saúde, ambiente e sustentabilidade' como um de seus eixos estruturantes, passando a verificar a necessidade de instituir uma iniciativa que articule saberes e práticas sobre a determinação socioambiental da vida e da saúde no contexto da integralidade aspiracional da Agenda 2030, que vise assegurar qualidade de vida, saúde e sustentabilidade nos territórios¹.

Nesse contexto, e a partir de um intenso debate, o Pitss foi instituído em 2019, por meio da Portaria da Presidência da Fiocruz nº 5.555, quando foram elaborados pressupostos e um modelo de marco lógico-institucional que buscam referenciar a ação da instituição. Desde então, dentre as principais iniciativas do Pitss, destacam-se as articulações entre as unidades e os escritórios da Fiocruz, a formação do Grupo de Trabalho consultivo técnico-científico com representantes dessas unidades e desses escritórios (GT Pitss), o mapeamento de experiências de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (TSS) no âmbito da instituição e a organização de um edital em parceria com o Programa Fiocruz de Fomento à Inovação (Inova Fiocruz). O edital, lançado em 2020, teve como objetivo apoiar estratégias territorializadas de convívio com a covid-19, estruturantes na superação das situações de vulnerabilidade socioambientais de populações periféricas urbanas e do campo, da floresta e das águas, para serem referências para aplicação em contextos pós-pandemia. Esse edital recebeu 60 projetos, sendo 13 deles aprovados, contemplando pesquisas de 11 unidades da Fiocruz.

Este número especial apresenta algumas das contribuições desses projetos, que podem ser vistos nos seguintes artigos selecionados após avaliação por pares: 'Da Lagoa do Boi Morto à

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
pitss@fiocruz.br



Barragem da Toldinha: a água como elemento central para a construção de territórios sustentáveis e saudáveis no Médio Jequitinhonha’, ‘De repente, tudo fechou: rede de cuidado à População em Situação de Rua na pandemia de covid-19’, ‘Agroecologia e soberania alimentar: lutas por justiça e alimentação saudável em territórios periféricos urbanos’, ‘Reflexos da pandemia de covid-19 na venda de alimentos em feiras livres no Maciço de Baturité-CE’, ‘Vulnerabilidades socioambientais na pesca artesanal: desafios e conquistas para Territórios Saudáveis e Sustentáveis em Pernambuco’, ‘Atuação de uma secretaria municipal de saúde diante do desastre-crime do petróleo em Pernambuco’ e ‘O Povo Cuidando do Povo: Agentes Populares na promoção de territórios mais sustentáveis e saudáveis’.

Ao todo, reunimos nesta edição 27 trabalhos publicados, entre eles, artigos originais, ensaios, artigos de opinião e relatos de experiências. Eles apresentam experiências exitosas no campo de TSS, como a realização de cursos e processos formativos envolvendo as comunidades, o desenvolvimento de tecnologias sociais e de novas formas de governança, o estabelecimento de parcerias e articulações com gestores locais e o desenvolvimento de novas metodologias e estratégias de comunicação. Ancorados nas bases teórico-conceituais dos TSS, demonstraram a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para melhoria de vida nos territórios, bem como apontaram a necessidade de apoio e fortalecimento da rede de cuidado e da integração com outros setores.

O conjunto de trabalhos desta edição traz resultados de pesquisas realizadas em diferentes Unidades da Federação (UF) – Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Mato Grosso, Minas Gerais, Pernambuco e Rio de Janeiro – e em países da América Latina (além do Brasil, do Chile e da Colômbia). A distribuição regional e a diversidade de experiências permitem enriquecer o compartilhamento de experiências territorializadas e a apresentação de novas perspectivas teóricas e metodológicas em trabalhos que denunciam conflitos socioambientais decorrentes de diferentes contextos, como o agronegócio, o derramamento de petróleo e a implantação de parques eólicos, além de experiências de enfrentamento da crise sistêmica climática e alimentar, intensificada durante a pandemia da covid-19. Ao mesmo tempo, apresentam soluções para essas questões, baseadas em epistemologias, cosmologias e práticas emancipatórias.

Trabalham, também, com diferentes populações, como aquelas em situação de rua, quilombolas, pescadores, agricultores, agentes comunitários de saúde, estudantes indígenas, profissionais de saúde mental e militantes de diferentes movimentos sociais. Uma característica em comum entre muitos desses trabalhos é a participação dessas populações em diferentes etapas dos estudos, e em boa parte delas como protagonistas, evidenciando um vínculo mais direto entre as necessidades territoriais e as pesquisas emancipatórias.

A Fiocruz desempenha um papel crucial na promoção da saúde e na pesquisa científica no Brasil. Como instituição que mobiliza a ciência para a vida, seu desafio é manter o diálogo permanente com os diversos territórios e as populações que compõem nosso país, como as populações periféricas urbanas e os povos originários e tradicionais. Foi nesse contexto que se iniciou a implementação do Pitss na VPAAPS/Fiocruz. Prosseguir com o Programa exigirá da instituição, de seus pesquisadores, pesquisadoras, trabalhadores e trabalhadoras esforços para a realização de pesquisas e ações que busquem contribuir para o fortalecimento do SUS, sobretudo em territórios vulnerabilizados.

Alguns desafios enfrentados são institucionais, como o financiamento limitado, que dificulta o investimento em programas de longo prazo, e a necessidade de integração intersetorial e das diferentes políticas de vigilância, atenção e promoção da saúde que contribuam para a construção de TSS na perspectiva socioambiental. Outros desafios estão relacionados com o contexto territorial, como mudanças nas prioridades políticas, que podem afetar a continuidade e a consistência

dos programas de saúde e sustentabilidade, assim como processos de governança territorial democrática essenciais para o desenvolvimento de processos transformadores. Trabalhar em territórios historicamente vulnerabilizados exige a colaboração de diversos atores na gestão das questões políticas locais e territoriais, requerendo um trabalho conjunto e uma coordenação eficaz para garantir que as iniciativas sejam bem-sucedidas e atendam às necessidades das comunidades. As desigualdades socioeconômicas são outro fator significativo que impacta a vida das populações, e superá-las é essencial para o sucesso de qualquer programa em TSS.

A Fiocruz enfrenta, portanto, o desafio de superar diferentes barreiras ao implementar programas que visam à promoção da saúde e da sustentabilidade socioambiental, exigindo parcerias estratégicas, inovação, capacitação de recursos humanos e adaptação a contextos locais específicos. Esses esforços certamente exigirão reflexão política, muito trabalho nos territórios e desenvolvimento de soluções baseadas na ciência e no saber tradicional e popular, como demonstram muitas das pesquisas publicadas neste número especial.

Assim, esperamos propiciar um proveitoso debate sobre experiências, questões teórico-metodológicas e políticas públicas direcionadas à promoção de saúde e sustentabilidade para transformação emancipatória de territórios.

Desejamos uma boa leitura!

Colaboradores

Castro HA (0000-0003-1191-5671)*, Franco Netto G (0000-0002-8861-8897)*, Vasconcellos AA (0000-0001-8578-0859)*, Cárcamo MIC (0009-0008-8980-4975)*, Lima FANS (0000-0001-5677-2390)*, Silveira BD (0000-0002-9007-8324)*, Castro AM (0000-0003-1190-5828)*, Gallo E (0000-0002-1949-0738)*, Moratelli R (0000-0003-0942-6633)* e Domingues LCSM (0000-0002-0902-2770)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referência

1. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Institucional de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (PITSS): termo de referência conceitual e metodológico e proposta de governança [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019 [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/tr-pitss-programa-institucional-de-territorios-sustentaveis-e-saudaveis>

Sustainable and Healthy Territories

Hermano Albuquerque de Castro¹, Guilherme Franco Netto¹, Andréa Araujo de Vasconcellos¹, Maria Inês Corrêa Cárcamo¹, Francco Antonio Neri de Souza e Lima¹, Bruna Drumond Silveira¹, Adriana Miranda de Castro¹, Edmundo Gallo¹, Ricardo Moratelli¹, Luís Carlos Soares Madeira Domingues¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E1AP-1

THIS SPECIAL ISSUE OF THE JOURNAL 'SAÚDE EM DEBATE', entitled 'Sustainable and Healthy Territories', celebrates the five years of the Institutional Program for Sustainable and Healthy Territories (PITSS), which comprises the Vice-Presidency of Environment, Care and Health Promotion (VPAAPS) and the FIOCRUZ Strategy for the 2030 Agenda (EFA 2030) of the Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ). Through this issue, we intend to give visibility to experiences that sought to promote health and sustainability in the territories, bringing alternatives for emancipatory actions and building futures.

Through debates in its technical chambers, seminars, participation in conferences, and induction of knowledge production and dissemination, the VPAAPS has been progressively challenging itself on the need for public health and collective health action in vulnerable territories. In its internal conferences, its highest planning body, FIOCRUZ has consecrated 'health, environment, and sustainability' as one of its structuring axes, beginning to see the need to establish an initiative that articulates knowledge and practices on the socio-environmental determination of life and health in the context of the aspirational integrality of the 2030 Agenda, which aims to ensure quality of life, health, and sustainability in the territories¹.

In this context, and following an intense debate, the PITSS was established in 2019, through Ordinance of the Presidency of FIOCRUZ No. 5,555, when assumptions and a model of a logical-institutional framework were developed that seek to reference the institution's actions. Since then, among the main initiatives of the PITSS, the following stand out: the articulations between FIOCRUZ units and offices, the formation of the technical-scientific advisory Working Group with representatives of those units and offices (GT PITSS), the mapping of experiences of Sustainable and Healthy Territories (TSS) within the institution, and the organization of a call for proposals in partnership with the FIOCRUZ Innovation Promotion Program (Inova FIOCRUZ). The call for proposals, launched in 2020, aimed to support territorialized strategies for living with COVID-19, which would be used to overcome the socio-environmental vulnerability of populations living in peripheral urban areas and in rural, forest, and water areas, and serve as references for application in post-pandemic contexts. This call for proposals received 60 projects, 13 of which were approved, covering research from 11 FIOCRUZ units.

This special issue presents some of the contributions of those projects, which can be seen in the following articles, selected after peer review: 'From Lagoa do Boi Morto to Barragem da

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
pitss@fiocruz.br



Toldinha: water as a central element for the construction of sustainable and healthy territories in the Middle Jequitinhonha’, ‘Suddenly, everything shut down: care network for Homeless Population in the COVID-19 pandemic’, ‘Agroecology and food sovereignty: Struggles for justice and healthy food in urban peripheral territories’, ‘Reflections of the COVID-19 pandemic on food sales in farmer’s markets in Maciço de Baturité-CE’, ‘Socioenvironmental vulnerabilities in small-scale fishing: challenges and achievements for Healthy and Sustainable Territories in Pernambuco’, ‘Performance of a municipal health secretariat in the face of the oil disaster-crime in Pernambuco’, and ‘People taking care of people: Popular Agents in promoting more sustainable and healthy territories’.

In total, this issue has brought together 27 published works, including original articles, essays, opinion pieces, and experience reports. They present successful experiences in the field of TSS, such as the implementation of courses and training processes involving communities, the development of social technologies and new forms of governance, the establishment of partnerships and articulations with local managers, and the development of new methodologies and communication strategies. Anchored in the theoretical and conceptual bases of TSS, they demonstrated the importance of the Unified Health System (SUS) for improving life in the territories, as well as pointing out the need for support and strengthening of the care network and integration with other sectors.

The set of works in this issue brings together the results of research carried out in different Brazilian states (Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Mato Grosso, Minas Gerais, Pernambuco, and Rio de Janeiro) and in Latin American countries (in addition to Brazil, Chile, and Colombia). The regional distribution and diversity of experiences allow for the enrichment of the sharing of territorialized experiences and the presentation of new theoretical and methodological perspectives in works that denounce socio-environmental conflicts arising from different contexts, such as agribusiness, oil spills, and the implementation of wind farms, as well as experiences of confronting the systemic climate and food crises, intensified during the COVID-19 pandemic. At the same time, they present solutions to those issues, based on epistemologies, cosmologies, and emancipatory practices.

They also work with different populations, such as those living on the streets, quilombolas, fishermen, farmers, community health agents, indigenous students, mental health professionals, and activists from different social movements. A common characteristic among many of these works is the participation of these populations in different stages of the studies, and in many of them as protagonists, highlighting a more direct link between territorial needs and emancipatory research.

FIOCRUZ plays a crucial role in promoting health and scientific research in Brazil. As an institution that mobilizes science for life, its challenge is to maintain ongoing dialogue with the diverse territories and populations that make up our country, such as urban peripheral populations and indigenous and traditional peoples. It is in this context that the implementation of the PITSS in the VPAAPS/FIOCRUZ began. Continuing with the Program will require the institution, its researchers, and workers to make efforts to conduct research and actions that seek to contribute to the strengthening of the SUS, especially in vulnerable territories.

Some of the challenges faced are institutional, such as limited funding, which makes it difficult to invest in long-term programs, and the need for intersectoral integration and different health surveillance, care, and promotion policies that contribute to the construction of TSS from a socio-environmental perspective. Other challenges are related to the territorial context, such as changes in political priorities, which can affect the continuity and consistency of health and sustainability programs, as well as democratic territorial governance processes that are essential

for the development of transformative processes. Working in historically vulnerable territories requires the collaboration of various actors in the management of local and territorial political issues, requiring joint work and effective coordination to ensure that initiatives are successful and meet the needs of communities. Socioeconomic inequalities are another significant factor that impacts the lives of populations, and overcoming them is essential for the success of any TSS program.

FIOCRUZ therefore faces the challenge of overcoming various barriers when implementing programs aimed at promoting health and socio-environmental sustainability, requiring strategic partnerships, innovation, human resource training, and adaptation to specific local contexts. These efforts will certainly require political reflection, hard work in the territories, and the development of solutions based on science and traditional and popular knowledge, as demonstrated by many of the studies published in this special issue.

Thus, we hope to provide a fruitful debate on experiences, theoretical-methodological issues, and public policies aimed at promoting health and sustainability for the emancipatory transformation of territories.

We hope you enjoy the reading!

Collaborators

Castro HA (0000-0003-1191-5671)*, Franco Netto G (0000-0002-8861-8897)*, Vasconcellos AA (0000-0001-8578-0859)*, Cárcamo MIC (0009-0008-8980-4975)*, Lima FANS (0000-0001-5677-2390)*, Silveira BD (0000-0002-9007-8324)*, Castro AM (0000-0003-1190-5828)*, Gallo E (0000-0002-1949-0738)*, Moratelli R (0000-0003-0942-6633)* and Domingues LCSM (0000-0002-0902-2770)* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

Reference

1. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Institucional de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (PITSS): termo de referência conceitual e metodológico e proposta de governança [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019 [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/tr-pitss-programa-institucional-de-territorios-sustentaveis-e-saudaveis>

Da Lagoa do Boi Morto à Barragem da Toldinha: a água como elemento central para a construção de territórios sustentáveis e saudáveis no Médio Jequitinhonha

From Lagoa do Boi Morto to Barragem da Toldinha: Water as a central element for the construction of sustainable and healthy territories in the Middle Jequitinhonha

Flora Gonçalves¹, Polyana Aparecida Valente^{1,2}, Cleiton Rodrigues Mendes¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18577P

RESUMO Esse artigo é fruto das reflexões e experiências provocadas a partir do projeto ‘Comunidades Quilombolas e Covid-19: desenvolvimento de tecnologias sociais para promoção de saúde no Médio Jequitinhonha, Minas Gerais’. Nesse sentido, discutiremos os processos da implementação das tecnologias sociais nas Comunidades Quilombolas Córrego do Rocha e Córrego do Narciso, bem como os resultados alcançados, sua importância na efetivação de políticas afirmativas e reparativas na população quilombola e, por fim, o início da consolidação de um território sustentável e saudável no âmbito das comunidades quilombolas do Vale do Jequitinhonha.

PALAVRAS-CHAVE Quilombolas. Equidade. Agricultura sustentável. Saúde pública. Saúde ambiental. Educação em saúde.

ABSTRACT This article is based on the reflections and experiences provoked from the project ‘Quilombola Communities and COVID-19: Development of social technologies for health promotion in the Médio Jequitinhonha, Minas Gerais’. In this sense, we will discuss the processes of implementation of social technologies in the Quilombola Communities Córrego do Rocha and Córrego do Narciso, as well as the results achieved, their importance in the implementation of affirmative and reparative policies in the quilombola population and, finally, on the beginning of the consolidation of a sustainable and healthy territory within the scope of the quilombola communities of Vale do Jequitinhonha.

KEYWORDS Quilombola communities. Equity. Public health. Environmental health. Health education.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas Gerais), Instituto René Rachou (IRR) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
florargoncalves@gmail.com

²Universidade Estadual de Minas Gerais (Uemg) - Ibirité (MG), Brasil.



Introdução

Meu sonho é ver o que meus pais não viram, a água escorrendo da torneira de nossas pias... (Comadre Veia, 2022, Comunidade Quilombola Córrego do Narciso).

A fala da quilombola Mônica, também conhecida como Comadre Veia, sintetiza o sonho antigo de comunidades quilombolas localizadas no Vale Jequitinhonha em terem acesso à água em suas casas. Desse modo, tendo como alicerce a histórica privação hídrica imposta às comunidades rurais, sobretudo as quilombolas, o projeto intitulado ‘Comunidades quilombolas e Covid-19: desenvolvimento de tecnologias sociais para promoção de saúde no Médio Jequitinhonha, Minas Gerais’, teve como objetivo principal auxiliar na melhoria das condições de saúde e de qualidade de vida de duas comunidades quilombolas localizadas na região do Vale do Jequitinhonha no contexto da pandemia da covid-19. Tais melhorias foram pensadas, coletivamente, a partir da implementação de tecnologias sociais de baixo custo e do reaproveitamento de recursos hídricos, no intuito de garantir a sustentabilidade e a autonomia desses territórios durante e no pós-pandemia.

É importante ressaltar que, embora o enfoque da pesquisa se relacionasse diretamente com a covid-19, a água – ou melhor, a falta dela – mostrou-se como eixo norteador do trabalho, compreendida como uma política transversal. Percebe-se que falar sobre água nos quilombos do Vale do Jequitinhonha é falar, sobretudo, de outros aspectos da vida cotidiana das comunidades, tais como: gênero, saúde, soberania alimentar, violência doméstica, direitos humanos, autonomia e protagonismo dos quilombolas na luta pela garantia de direitos básicos.

Nesses territórios, a falta de acesso à água é um dos marcadores mais estruturantes, sendo a ausência de recursos hídricos o ponto inicial de suas pautas. Como se nota na citação que abre o artigo, as memórias (corporais, narrativas, subjetivas) sobre a escassez da água estão

incrustadas nos discursos sobre suas vivências cotidianas, passadas de mães e pais para seus filhos a cada nova geração.

Dessa forma, a experiência de inserção da equipe e dos quilombolas na execução do projeto atualizou o que se entende por tecnologias sociais e territórios sustentáveis e saudáveis, fazendo com que a troca de saberes fosse, também, uma construção de vínculos e de fluxos comunicacionais além das melhorias implementadas. Afora a construção das tecnologias sociais em si, elaboraram-se, em conjunto com as comunidades, boletins informativos, notas técnicas, termos de compromisso com secretarias de saúde dos municípios, oficinas sobre a saúde das mulheres, entre outros.

Neste artigo, tentar-se-á abarcar a potencialidade desse encontro entre as Comunidades Quilombolas e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Vale ressaltar que essas experiências foram protagonizadas pelos quilombolas, sobretudo, pelas lideranças femininas, visando ao fortalecimento e à sustentabilidade dos seus territórios e à efetivação dos seus direitos enquanto comunidades remanescentes quilombolas que estão – ainda – à margem das políticas públicas de saúde, latifundiárias, culturais e histórico-sociais dada a força do racismo estrutural da sociedade. Por fim, o objetivo deste artigo é colaborar para a produção científica a partir da confluência de saberes quilombolas, problematizando, na medida em que se torna possível, o conceito de tecnologias sociais. Além disso, são trazidos os processos executivos da implementação das tecnologias, como fins de replicabilidade, apresentando alguns resultados observados após monitoramento destas.

Material e métodos

Metodologias qualitativas

Dadas a variedade e as especificidades das metodologias utilizadas nos encontros com a Comunidade Quilombola do Córrego do

Rocha e a Comunidade Quilombola Córrego do Narciso, dividiram-se os métodos em duas frentes: a qualitativa e a técnica. A pesquisa e sua metodologia foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou – IRR/Fiocruz Minas, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE 43259121.3.0000.5091, número do parecer: 4.702.705, que previu um trabalho de caráter qualitativo e exploratório, construído de forma colaborativa com a comunidade. No que diz respeito aos métodos qualitativos em ambas as comunidades, desenvolvemos a pesquisa-ação. A opção pelo método de pesquisa-ação¹ justifica-se pelo caráter continuado, sistemático e empírico com objetivo de aprimoramento da prática, sendo premissas da pesquisa a participação, o papel da reflexão, a administração do conhecimento e a ética no processo. Por se tratar de uma pesquisa que tem caráter exploratório, ela foi construída de forma colaborativa com as comunidades, especialmente pautada na pesquisa-ação.

A pesquisa-ação parte do caráter participativo em: a) identificação do problema; b) planejamento de soluções; c) resolução de um ou mais problemas coletivos; d) monitoramento; e e) a avaliação de sua eficácia. Na prática do projeto, a pesquisa-ação esteve presente em todas as etapas da pesquisa, ou seja, no diálogo para identificação dos problemas enfrentados na pandemia, com destaque para a escassez hídrica, as possibilidades de resoluções, via tecnologias sociais, a execução compartilhada das tecnologias e a checagem da sua eficácia e benefícios para comunidade. Como elementos da pesquisa-ação, destaca-se a realização de protocolos de consultas a cada ação realizada, com o objetivo de informar previamente e obter a aprovação da comunidade nas ações a serem implementadas.

O uso e direito dos protocolos de consultas sobre os povos indígenas e tradicionais foram estabelecidos pela 169^a Convenção Internacional do Trabalho, em 1989, em Genebra, reconhecendo as aspirações desses povos a assumir o controle de suas formas

de vida, identidades, línguas e religiões, bem como o direito destes em decidir como querem ser acionados pelas instituições públicas em suas variadas instâncias, instituições de pesquisa e outros. No Brasil, a incorporação de tal direito deu-se no contexto dos anos 2000 com ampla participação das associações civis e movimentos sociais; no caso quilombola, destaca-se a Coordenação Nacional de Quilombos (Conaq). Apesar da conquista e regulamentação desse direito, muitas comunidades ainda são violadas.

Seguindo os preceitos da pesquisa-ação e dos protocolos de consulta, a pesquisa dividiu-se nas seguintes etapas: 1) etapa diagnóstica: mapeamento, levantamento de dados e cartografia dos territórios quilombolas, assim como a realização do protocolo de consulta prévio, livre e esclarecido; 2) diálogo com gestão pública: estratégias possíveis de parcerias; 3) reuniões formativas, oficinas e festividades na comunidade: realização de oficinas pedagógicas e operacionais para elaboração de estratégia da implementação das tecnologias sociais e a realização de oficinas sobre mulheres, territórios, direitos humanos e festividades de encerramento do projeto.

Ainda no campo das pesquisas qualitativas, realizaram-se entrevistas de história oral com mulheres das comunidades. A história oral é um recurso moderno, inaugurado depois da Segunda Guerra Mundial, que passou a ser um mecanismo utilizado para validar algumas experiências que não estão registradas em documentos escritos ou, ainda, quando estão presentes em documentos escritos, porém, com um caráter mais subjetivo. Recentemente, especialmente com o florescimento das mídias sociais, vive-se outro momento, no qual os arquivos e registros orais fazem parte do acervo da mesma forma que os jornais, os manuscritos, os textos etc., e tem se mostrado como fonte privilegiada aos pesquisadores do tempo presente.

A história oral é uma narrativa na qual a entrevista, gravada ou filmada, tem fundamento de um registro de suporte material,

que permite, quase sempre, que haja variações das possibilidades da documentação escrita². Como sugere Bosi³, a história oral possui uma amplitude de vibração que falta à informação; no caso das comunidades quilombolas, a ausência de fontes históricas e registros textuais sobre as comunidades, bem como a prevalência da oralidade e dos saberes tradicionais em seus territórios. O registro oral permite acessar memórias e histórias perdidas no tempo, que são reconstruídas na fala das pessoas que vivem na comunidade, especialmente nas mulheres, que têm atuado como guardiãs das tradições e porta-vozes dos quilombos na perspectiva histórica e nas demandas atuais. A narrativa oral, nesse sentido, aponta o conjunto das experiências de vida de uma pessoa ou de um coletivo, revelando o seu protagonismo e sua agência narrativa, ou seja, sua potencialidade enquanto salvaguarda das memórias e registros históricos fundamentais para a compreensão histórica. Uma narrativa pessoal, profunda e íntima, permite descortinar mais que os fatos em si, mas impressões, visões de mundo, entre outros.

Dentro da história oral, existem algumas variações, destas, destacam-se a história oral de vida, a história oral temática, a tradição oral e a história oral testemunhal. A presente pesquisa apoiou-se na história oral testemunhal, alternativa para quem estuda as comunidades estruturadas pela tradição oral, sendo, portanto, muito utilizada em pesquisas que investigam comunidades indígenas e quilombolas. Segundo Meihy e Seawright⁴, a memória construída pela fala não se atenta para exatidões informativas, diferindo-se das invalidades e usos de dados qualitativos. Os produtos das entrevistas são sempre subjetivos e correspondem a uma narrativa constituída pela memória individual e coletiva.

Por essa característica, ainda segundo os autores, a tradição oral é uma das mais complexas e raras manifestações da história oral. Além disso, ela trabalha com a ‘transcendência do tempo’ e, muitas vezes, anula os espaços físicos. Ela admite, ainda, a presença das crenças e

demais valores de explicações não racionais, em que, infelizmente, a tradição oral é vista como algo menos aceito na/pela comunidade acadêmica. Isso revela um grave preconceito acadêmico, visto que a memória de expressão oral tem sido rebaixada como se fosse algo meramente folclórico, como coisa do ‘povo’ e pouco prezada como matéria de estudos. Este trabalho visou exatamente superar esses preconceitos e estabelecer diálogos entre o mundo acadêmico e as comunidades quilombolas, sem hierarquização dos saberes, construindo narrativas publicadas em capítulos de livros e artigos, assinados pelas mulheres quilombolas e pelos pesquisadores deste artigo, visando a superação das versões eurocêntricas e homogeneizadoras sobre as comunidades quilombolas.

Nos territórios quilombolas, as entrevistas a partir da história oral trouxeram um riquíssimo material analítico, em que o presente histórico é marcado pelo passado permeado pela ausência de políticas públicas, principalmente relacionadas com a falta d’água. Ainda assim, as narrativas não apontam apenas ausências. É crucial que se saiba que, mesmo envoltos em adversidades e vulnerabilidades aos quais estão expostos, os quilombolas, em suas histórias de vida, apontam para uma luta contínua por seus direitos territoriais, pautando invenções e bricolagens ancestrais para contrapor à falta de recursos hídricos que assola a região. Suas histórias são fruto do protagonismo quilombola na busca por um bem viver circunscrito nas suas relações com a terra, com as folhas, com o tempo e com a memória.

Por fim, os trabalhos de campo foram sucedidos da observação participante, no sentido de construir uma escuta qualificada para as demandas trazidas e agenciadas pelas comunidades. A observação participante proporcionou a sistematização dos materiais coletados a partir do cotidiano dos territórios, levando em consideração que as experiências de pesquisa são relatos parciais e que fazem parte de ‘um campo de poder dos

posicionamentos discursivos'. A escolha da história oral, em conjunto com a observação participante, alargou os referenciais teóricos e construiu uma ciência coletiva, racializada, corporificada e localizada. Essa escolha, que parte também das discussões feministas de Haraway⁵, apostou que a objetividade só pode ser alcançada e corporificada a partir do saber localizado. Sabe-se que a objetividade, geralmente, trata de uma ciência sem subjetividades, sem contaminantes: descorporificada. No entanto, Haraway defende que a visão da objetividade que tanto se almeja precisa ser parcialmente compartilhada: e é isso que se produz, dialogicamente, com os territórios quilombolas.

Metodologias técnicas

Para cada comunidade, foram implementadas tecnologias sociais distintas, atentando-se para o desejo das comunidades, viabilidade técnica e estudo de impacto ambiental. No caso da Comunidade Quilombola do Córrego do Rocha, em Chapada do Norte, foi realizado o cercamento da nascente seguido de curva de nível, e na Comunidade Quilombola Córrego do Narciso, em Araçuaí, realizou-se a revitalização da Lagoa Boi Morto.

Optou-se pela descrição técnica ciente de que, embora exaustiva, ela é importante para os fins de replicabilidade em outros territórios. Vale destacar que a descrição, apesar de técnica, foi elaborada na confluência dos conhecimentos técnico-agrícolas com os saberes tradicionais praticados nos territórios pelos quilombolas, visando à diminuição dos impactos da escassez hídrica provocada historicamente nos territórios quilombolas do Vale Jequitinhonha. O intuito é de que, a partir da divulgação científica desses processos,

possa-se democratizar o acesso não só às tecnologias em si, mas também aos procedimentos executivos que as estruturam. De toda forma, é importante ressaltar que tais tecnologias foram pensadas como forma de mitigar o acesso aos recursos hídricos da região, a fim de minimizar os impactos ambientais possíveis e maximizar seu uso pelas comunidades.

CERCAMENTO DA NASCENTE/BARRAGEM DA TOLDINHA - COMUNIDADE QUILOMBOLA DO CÓRREGO DO ROCHA

Devido ao relevo irregular do Quilombo Córrego do Rocha e a existência de cisternas de contenção das águas da chuva, em quase todas as casas do território, abastecidas por poços artesianos implementados pela prefeitura recentemente, a comunidade optou por uma tecnologia de longo prazo: a recuperação da nascente da Toldinha, também conhecida como barragem da Toldinha. A nascente fica localizada abaixo da rodovia que liga os municípios de Chapada do Norte a Berilo, e as fortes enxurradas são responsáveis, também, por provocar o assoreamento da nascente.

A primeira etapa de desenvolvimento da tecnologia foi a análise do terreno pelo técnico agrícola da equipe, para avaliação de possíveis impactos ambientais. Posteriormente, foi realizado o cercamento da nascente, uma área equivalente a aproximadamente 3 mil metros quadrados, com o apoio do mutirão realizado em conjunto com a comunidade (*figura 1*). A área cercada contempla uma parcela maior que a nascente, visando impedir o acesso de animais e o desmatamento dentro da área e fortalecer a recuperação da nascente. As etapas do cercamento foram feitas com mão de obra da comunidade a partir do recebimento de diárias de trabalho.

Figura 1. Mutirão do cercamento



Fonte: equipe Fiocruz, 2022.

Houve também intervenções com horas-máquina visando à ampliação de uma barraginha que fica logo acima da nascente que é a principal fonte de recarga. Além disso, foram construídas três bacias de contenção, com o objetivo de manutenção e recarga do lençol freático da região.

As chamadas barraginhas, muito comuns nessa região, são pequenas bacias escavadas dentro de um território, no intuito de captar as águas da chuva e armazená-las nos tempos de estiagem. Por serem conhecidas por esse termo na região, optou-se por usá-lo também. Tal técnica, aprimorada pelas populações tradicionais, foi apropriada pela Empresa Brasileira de Tecnologia Agropecuária (Embrapa), que oferece parcerias para replicá-las, auxiliando na mitigação da erosão e na infiltração de água nos lençóis freáticos. Esse assunto será retomado abaixo.

A partir das tecnologias sociais implementadas – o cercamento, a construção da barraginha

e as bacias de contenção –, pretende-se que as chuvas proporcionem o acúmulo das suas águas e permitam que seu volume seja infiltrado no solo. A previsão é atingir, no prazo de um ano, um volume de água de aproximadamente 1,2 milhão de litros disponibilizado diretamente para a nascente e para o lençol freático da comunidade.

As bacias de contenção funcionam como um sistema de drenagem bastante eficaz, como explicaram vários quilombolas e o técnico agrícola responsável. Elas são importantes não apenas para abastecer os lençóis freáticos, mas também para impermeabilização e drenagem de materiais. A bacia é uma pequena escavação que tem como objetivo principal reter materiais sólidos carregados pela erosão laminar do solo, bem como promover a infiltração de água no solo.

Na *figura 2*, podem-se visualizar a implementação da bacia de contenção e a bacia ampliada.

Figuras 2. Bacia de contenção à esquerda e bacia ampliada à direita



Fonte: equipe Fiocruz, 2022.

Outra ação foi a medição da vazão de água da nascente, realizada em meados do mês de junho (2022), em que se conseguiu aferir que, nessa data do ano, ela estava minando cerca

de 45 litros por hora (*figura 3*). Tal medida faz parte do monitoramento e da mensuração ao longo do tempo pela equipe e pela comunidade.

Figura 3. Aferição de vazão de água



Fonte: equipe Fiocruz, 2022.

CONSTRUÇÃO DA LAGOA BOI MORTO - COMUNIDADE QUILOMBOLA CÓRREGO DO NARCISO

A Comunidade Quilombola Córrego do Narciso elegeu a implementação e a revitalização de uma barragem conhecida como Lagoa do Boi

Morto. Como dito, o projeto baseou-se em reuniões, diálogos e assembleias deliberativas realizados em conjunto com a comunidade durante os dois anos de execução do trabalho.

O território contribuiu para as informações e visitas técnicas nas áreas possíveis de implementação do projeto, baseado em

tecnologias já desenvolvidas pela comunidade. Tais tecnologias foram aperfeiçoadas por meio de máquinas e materiais que garantem mais eficiência e durabilidade para a estrutura de reserva de água da chuva. Para a comunidade, diante dos limites a que estão expostos para acesso a recursos hídricos, especialmente nos períodos de seca, a lagoa garante usos diversos da água durante todo ano. Além disso, o espaço da lagoa compõe no quilombo uma área de lazer e de preservação das histórias e memória do lugar. Nesse sentido, com a consultoria de um técnico agrícola e de uma arquiteta, a lagoa foi planejada e construída em uma área alagadiça próxima à escola da comunidade, de forma arredondada, com diâmetro aproximado de 50 metros.

Por ser considerado um local estratégico, devido à sua localização geográfica dentro da

comunidade, na entrada do quilombo, pela qualidade de material e potencialidade de armazenamento de água, foi dado início ao processo de drenagem da água ali presente, para, assim, permitir o acesso do maquinário. A drenagem foi realizada por um morador da comunidade que aproveitou a água para encher os tanques escavados de sua propriedade e irrigar uma pequena produção de milho. Esta tem sido uma dimensão importante das tecnologias sociais dentro dos quilombos: a sua capacidade produtiva e de geração de renda.

Depois da drenagem do local, deu-se início à limpeza da área, a fim de retirar todo o material que pudesse gerar contaminação e/ou atrapalhasse o processo de construção. A limpeza foi realizada com uma pá carregadeira e dois caminhões caçamba, como é possível visualizar na *figura 4*.

Figura 4. Limpeza e início da perfuração da área da barragem



Fonte: equipe Fiocruz, 2022.

Após a limpeza, foram realizados a demarcação e o balizamento da barragem dentro do parque; e para facilitar a visualização dos operadores, foi demarcada uma área circular com raio de 25 metros. Além disso, foi utilizada uma escavadeira hidráulica giratória para fazer a remoção de todo o material.

Para a conclusão da construção, foram necessários 21 dias de trabalho contínuo e ininterruptos. Foram utilizadas 124 horas de escavadeira hidráulica – destas, 74 via projeto e 50 via Prefeitura Municipal de Araçuaí. Ao final, as medidas da barragem seguiram as seguintes dimensões: Diâmetro (D) = 50

m; Raio (r) = 25 m; Perímetro (P) = 157 m; Profundidade (p) = 2 m; Área (A) = $\pi r^2 = 3,14 \times (25 \text{ m})^2 = 1.962,50 \text{ m}^2$; Volume (V) = $A \times p = 1.962,50 \text{ m}^2 \times 2 \text{ m} = 3.925 \text{ m}^3$.

Com tais dimensões, objetiva-se que a Lagoa do Boi Morto possa armazenar

aproximadamente 3.925 litros (figura 5). Para a proteção das mudas que foram plantadas, bem como o pisoteio do solo e contaminação da água, foi realizado o cercamento de uma área de 5 mil metros quadrados no entorno da barragem, utilizando arame liso e madeira tratada.

Figura 5. A Lagoinha do Boi Morto depois de dois meses de chuva



Fonte: equipe Fiocruz, 2022.

Para a execução das obras, como já mencionado, teve-se a parceria da Secretaria de Obras da Prefeitura Municipal de Araçuaí, que cedeu horas-máquina além das que haviam sido contratadas pelo projeto. A parceria com as gestões públicas são ferramentas importantes para construir, coletivamente, obras de ação conjunta com os territórios e comunidades quilombolas, auxiliando no seu protagonismo e nas suas pautas com o poder público.

A aproximação com a gestão pública municipal deu-se de forma complexa. Reuniões burocráticas, processos morosos e o pouco conhecimento sobre a realidade da comunidade foram questões importantes e que impactaram

a execução. Ao mesmo tempo, a parceria com a Secretaria de Obras (e de Saúde, já em outro contexto) possibilitou uma vivência prolongada dentro do território, além da compreensão dos fluxos específicos do quilombo pelo município. Com base nesse ponto de vista, acredita-se que o poder público teve a oportunidade de alargar seu arcabouço legal, técnico e orçamentário a partir da parceria ao mesmo tempo que a comunidade conheceu os dirigentes e secretários municipais. No entanto, observa-se a necessidade do aprofundamento do diálogo entre a gestão pública e a comunidade, para soluções estruturais, que permita que a água chegue efetivamente aos quilombos.

É importante salientar que, durante os processos de discussão sobre a construção da lagoa e do cercamento da nascente da Toldinha, participou-se de um trabalho que visa ao fortalecimento, à salvaguarda e ao protagonismo quilombola, traduzidos no Termo de Cessão de Uso Coletivo. Em conjunto com a assessoria jurídica especializada em direitos das comunidades tradicionais por parte dos pesquisadores, elaborou-se um documento que resguarda o direito coletivo aos usos das tecnologias sociais por toda a comunidade. Esse documento foi registrado em cartório e teve como objetivo destinar o local conhecido como Lagoa do Boi Morto para o usufruto de todos os moradores da Comunidade Quilombola Córrego do Narciso; e o cercamento da nascente da Toldinha, para o usufruto de todos os moradores da Comunidade Quilombola do Córrego do Rocha.

Resultados e discussão

O Vale Jequitinhonha e as comunidades quilombolas

Conhecido de forma equivocada como ‘Vale da pobreza’, o Médio Jequitinhonha pode ser considerado uma das regiões mais impactadas pelo projeto político de expansão da chamada Revolução Verde, iniciada na década de 1970, que promoveu impactos socioambientais ainda em curso. Estimuladas pelo governo do estado por meio de benefícios fiscais, muitas empresas produtoras de eucalipto se instalaram na região de forma agressiva, resultando na expulsão de milhares de camponeses de suas terras tradicionalmente ocupadas, no impacto à bacia hidrográfica da região – sobretudo pelo plantio nas chapadas e áreas de recarga – e na exposição de conflitos territoriais, até então nunca vivenciados na região; tudo isso com o aval do estado de Minas Gerais e seus municípios.

Ao contrário de um estereótipo ainda vigente sobre a região, ela apresentava no

passado um grande potencial ambiental, sendo cortada por grandes rios, como o Araçuaí e o Jequitinhonha, e córregos, além de uma diversidade de espécies do cerrado e da caatinga, sendo área de transição. Não seria uma coincidência o fato de ser uma das regiões com a maior concentração de comunidades remanescentes de quilombos do estado, sendo uma característica predominante a busca por áreas em que sua produção socioeconômica pudesse ser garantida, sendo o fator ambiental uma característica associada às comunidades quilombolas. Somado a esses fatores, vale ressaltar que a região nunca foi alvo de políticas públicas dirigidas para o desenvolvimento econômico regional e local, o que ainda a coloca nos menores Índices de Desenvolvimento Econômico (IDH) do estado de Minas Gerais.

Em resposta ao processo de vulnerabilização, parte significativa da economia local ainda se baseia no trabalho sazonal, marcado, sobretudo, pela saída de homens para o corte de cana-de-açúcar (recentemente extinto pela mecanização), para a colheita de café e demais trabalhos temporários em outros estados. É comum o trabalho de três a seis meses ser a fonte de renda das famílias para todo o ano – o que, somado à restrição do acesso à água e ao conseqüente enfraquecimento da produção oriunda da agricultura familiar, tem motivado a migração de inúmeras famílias quilombolas para outras regiões, abandonando em definitivo suas comunidades. Portanto, a resistência desses grupos e a valorização que as comunidades têm de suas trajetórias de luta são os fatores que ainda as motivam a permanecer na região, mesmo com tantos enfrentamentos e vulnerabilidades sociais, o que não pode ser esquecido.

Tecnologia social e os territórios sustentáveis e saudáveis: problematizações conceituais

Desde o início dos anos 2000, floresceu uma literatura profícua sobre as tecnologias sociais no Brasil, em conjunto com políticas

públicas, iniciativas privadas e da sociedade civil, fomento de ações e possíveis soluções para os problemas socioeconômicos do País e, por consequência, produção de territórios mais saudáveis e sustentáveis. Todavia, o que é uma Tecnologia Social? Não seriam todas as tecnologias de caráter social ou eminentemente sociais?

Para Dagnino⁶, as tecnologias sociais são ferramentas sempre adaptáveis, não discriminatórias, possíveis de serem implementadas por empreendimentos autogestionários e voltados à economia solidária. Tal interpretação, elaborada em contraposição do que o autor chama de ‘tecnologia convencional’, argumenta que somente uma tecnologia dita social pode ser autossustentável, criativa e viável.

O conceito de tecnologia social também é articulado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCTI)⁷, que entende tal conceito como uma proposta inovadora de conhecimento de premissa coletivista, que deve englobar, necessariamente, as quatro dimensões a seguir:

1. as tecnologias sociais têm que partir de problemas sociais e introduzir novas resoluções às comunidades às quais se propõem;
2. precisam adotar metodologias participativas e serem replicáveis;
3. devem dialogar com os saberes científicos e os saberes territoriais, a fim de sua apropriação pelas comunidades;
4. devem ser relevantes e sustentáveis, levando em consideração a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) e seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Apropriando-se dessa discussão, o termo tecnologia social abrangeu uma série de iniciativas de cunho agroecológico, com a finalidade de uma produção mais flexível, autogestionada, geração de renda e capacitação tecnológica. Um desses casos são as discussões presentes

em Gallo e Nascimento⁸, que, a partir das experiências dos territórios sustentáveis e saudáveis da Bocaina, defenderam a importância do uso das tecnologias sociais de forma engajada, levando em consideração a promoção da saúde em comunidades tradicionais. Com a incubadora de tecnologias sociais, o Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (OTTS), em conjunto com o Fórum de Comunidades Tradicionais (FCT), pautou o entendimento do conceito de ‘tecnologias sociais’ como uma agenda mais ampla, composta da articulação de diferentes atores e governança ambiental. Segundo os autores⁸⁽¹⁴⁵⁾:

Tal incubadora promove territórios sustentáveis e saudáveis a partir da identificação, articulação e avaliação das agendas sociais territorializadas; do desenvolvimento de tecnologias baseadas em uma ecologia de saberes efetiva; e do uso de metodologias participativas, de parâmetros e indicadores de caracterização, análise, monitoramento e avaliação de experiências de territórios saudáveis, os quais são validados multicentricamente.

Entende-se, dessa forma, que a tecnologia social parte do princípio do fortalecimento territorial a partir da construção coletiva entre comunidade e equipe técnica. Essa visão sistêmica, embora importante para a discussão, acaba ofuscando a produção de tecnologias que existem à revelia dos manuais que chegam ‘de fora para dentro’ nos territórios. O que se quer dizer é que, há muitos séculos, existem tecnologias sociais nos quilombos e que, longe de categorizações, são experiências ancestrais de resistência diante das adversidades das suas lutas por reconhecimento.

O trabalho com as comunidades quilombolas permitiu observar que, muitas vezes, as tecnologias sociais têm sido construídas de forma hierarquizada e controlada pelas instituições que as coordenam sem o protagonismo da comunidade. Compreende-se que as tecnologias sociais são um conceito posterior à prática territorial e que, diante dos limites

e desafios da vida cotidiana e com suas as experiências tradicionais herdadas pelos seus familiares e pelo conhecimento dos territórios, as comunidades produzem tecnologias sociais, mas sem nome e sem conceito.

Davi Kopenawa⁹ traduz esse desconforto quando pondera que os brancos só prestam atenção aos seus papéis sociais e, por isso, só estudam a produção de seu próprio conhecimento, ignorando o pensamento de outras gentes e outros lugares¹⁰. A proposta deste trabalho, ao tensionar o conceito de ‘tecnologias sociais’, alinha-se a esse mesmo pensamento: talvez o conceito pareça original, mas só em caso de se negar a olhar o que é produzido dentro dos territórios tradicionais há muitos séculos. A produção de tecnologias nos territórios é anterior às discussões acadêmicas, elas existem e coexistem em um ambiente de luta e resistência nas ausências de políticas públicas voltadas a essa população em situação de vulnerabilidade.

Em ambas as comunidades, a dificuldade ao acesso de recursos hídricos apresenta-se como maior dificuldade cotidiana. A literatura e a gestão pública insistem na máxima da escassez de água na região para justificar a ausência de água tratada e saneamento nas comunidades. No entanto, entende-se que essa ‘escassez’ é provocada por projetos necropolíticos que aumentam a vulnerabilidade e dificuldade de acesso à água.

Nesse sentido, entender o impacto dos projetos necropolíticos é compreender a própria necropolítica, conceito cunhado por Achille Mbembe¹¹, que agrega todos os instrumentos de poder como forma de controlar e monitorar as populações. Contudo, como mostra Mbembe, não são todas as populações, o exercício de poder é dirigido fortemente pelo recorte racial. O racismo de Estado é cotidiano, intrínseco na sua política que dita quem pode viver e quem pode morrer. Entende-se que o racismo presente nas comunidades quilombolas participa, de forma ampla e estrutural, de necropolíticas, como o próprio racismo ambiental, resultando na falta de acesso a recursos hídricos.

A Comunidade Córrego do Narciso, por exemplo, está localizada a 5 km da represa de Calhauzinho e a 3 km de um bananal com sistema de irrigação abundante. Pode-se, então, perguntar por que essa água não chega à comunidade? Além da má distribuição dos recursos hídricos, existem também o racismo estrutural, ambiental e a falta de interesse de que essa água possa abastecer a comunidade quilombola que reclama da falta de água há mais de 30 anos.

Diante da negligência do Estado, porém, a comunidade cria alternativas para lidar com a falta d’água: o cooperativismo entre eles, o racionamento de água pelas mulheres, a compreensão das dinâmicas temporais etc., são modelos alternativos de maximização e coletivização dos recursos hídricos disponíveis. Um exemplo importante é a construção das cacimbas.

Como se pôde acompanhar nesses anos de execução do projeto, as cacimbas são tecnologias criadas e recriadas nos territórios cotidianamente, principalmente em determinados períodos do ano. As cacimbas, também conhecidas como olhos d’água, são escavações superficiais perto de rios, córregos e riachos que garantem alguma fonte de água na época da estiagem. É uma forma de aproveitamento das águas subterrâneas sem causar impactos ambientais consideráveis, além de ser uma técnica muito comum no Semiárido. Quem explicou melhor sobre as cacimbas foi Seu Tião, quilombola do Córrego do Rocha. Também não faltou *expertise* sobre a construção e a manutenção das cacimbas no Quilombo Córrego do Narciso, que veio quando se fez a análise de impacto ambiental das tecnologias, em 2022.

Nas comunidades quilombolas, principalmente no Quilombo Córrego do Narciso, as cacimbas são tecnologias utilizadas há várias gerações. Em uma das visitas técnicas, foi mostrado como cuidar das cacimbas e como elas podem se desfazer durante a época das chuvas. É importante não confundir as cacimbas com as barraginhas de contenção da água da chuva, tecnologia também muito utilizada.

As barraginhas são construções que possuem paredes de terra, argila ou até de alvenaria, para impedir o fluxo normal e permitir o acúmulo de água.

As barraginhas, embora também sejam tecnologias anteriores à presença do poder público nos territórios, foram aprimoradas a partir de manuais como os da Embrapa, mencionados no texto, maquinário especializado e equipamentos eficazes na contenção das águas ali armazenadas. Os manuais da Embrapa sobre as barraginhas são, em sua maioria, públicos. As parcerias também são facilitadas para associações e centros comunitários. Tais tecnologias são comuns nos territórios, algumas resultantes de projetos agrícolas formativos e verbas municipais, outras, escavadas pelos próprios quilombolas.

No entanto, é importante notar que, embora as barraginhas sejam uma moeda política poderosa no Semiárido mineiro, quase sempre elas são desprovidas de manutenção e monitoramento. Não existe interesse em replicá-las e conservá-las mesmo que já implementadas, ou quaisquer outras tecnologias sociais que se observaram nas comunidades (cisternas de contenção da água de chuva, cisternas do tipo terreirão etc.). Muitas vezes, as instituições que trabalham com as comunidades constroem as tecnologias e depois vão embora. Não é incomum que os problemas comecem a aparecer depois de um certo tempo, assim como a necessidade de reparos. Nesse sentido, falta a apropriação das tecnologias pelas comunidades e a capacitação dos moradores para serem replicadores e auxiliares das obras executadas em seus territórios. É importante pensar em estratégias de autossuficiência e manutenções feitas pela própria comunidade, qualificando a mão de obra presente nos quilombos e produzindo, além de um território mais sustentável, a geração de renda para a própria comunidade.

Como forma de enfrentar essa realidade tão cotidiana, a implementação das tecnologias sociais pelo projeto nos Quilombos Córrego do Rocha e Córrego do Narciso sempre priorizou a apropriação quilombola como parte de seu

resultado. Assembleias, reuniões, protocolo de consulta e protagonismo quilombola na escolha das tecnologias, além da utilização da mão de obra do próprio território, garantiram não apenas o monitoramento técnico entre eles, mas também a efetividade da troca de saberes entre equipe e comunidades.

Ainda que preliminarmente, a partir do monitoramento e do engajamento realizado entre equipe Fiocruz e quilombos, perceberam-se pontos favoráveis que devem ser levados em consideração. A partir da implementação das tecnologias em ambas as comunidades, os benefícios diretos observados foram: maior acesso aos recursos hídricos primários (nascente e lagoa), para fins de dessedentação de animais e plantações; geração de renda em longo prazo, com o plantio de hortaliças para venda e turismo de base comunitária; fortalecimento, ainda que incipiente, das associações e do protagonismo quilombola a partir da gestão dos espaços coletivos onde se encontram as tecnologias; em longo prazo, a constituição de espaços de lazer e de pesca; maior qualidade de vida e bem viver na saúde desses territórios não apenas no presente, mas também para as gerações futuras; criação do vínculo institucional entre Fiocruz, gestão municipal e comunidade; além do vínculo afetivo entre equipe e comunidades.

Tais processos também trazem desafios, e analisá-los criticamente é um passo importante para compreender a dinâmica das interações coletivas intra comunidades. Afinal, antes da inserção da Fiocruz nesses territórios, já existia uma história de luta, de conflitos, de compadrio e de alianças. Dessa forma, a temporalidade de execução desse tipo de projeto obriga a uma escuta qualificada da temporalidade quilombola, descompassada, quase sempre, com os prazos institucionais. Como exemplo, podem-se citar as diversas assembleias que não foram deliberativas, por questões particulares de cada comunidade. Considera-se que a escassez de água e seus efeitos colaterais, o desemprego, o comprometimento da saúde e do lazer fragilizam a

organização da comunidade e da unidade da agenda coletiva, gerando situações polêmicas, tais como quem tem direito ou não à renda, ao plantio, às cestas básicas etc. São circunstâncias que enfraquecem as presenças nas reuniões, que acabam abarcando, como pauta, todos os assuntos pendentes naquele território, sem necessariamente a definição de ações e a fragmentação do coletivo.

Tecnologias sociais e as interlocuções de gênero

A presença e a atuação das mulheres nos quilombos foram historicamente negligenciadas, e só mais recentemente estudos têm mostrado como a presença feminina foi fundamental para a manutenção dos quilombos, salientando sua representação demográfica, o papel desempenhado na manutenção da família, a importância econômica na produção artesanal dos utensílios e na agricultura¹². Além disso, elas eram responsáveis pelo cultivo de sementes crioulas, proteção religiosa, pelo cuidado com as atividades da casa e da grande família quilombola, marcadamente pelas relações de comadrio das mulheres, gerando uma rede potente de auxílio mútuo¹³.

Tal atuação pretérita de protagonismo das mulheres na organização dos quilombos se mantém viva na atualidade das comunidades remanescentes de quilombolas. Nesses anos de execução do projeto, percebeu-se que essas mulheres são as protagonistas na manutenção do bem viver e das práticas de cuidado dos seus territórios. Isso significa que elas estão à frente de muitas das tecnologias construídas, seja em sua execução propriamente dita, seja no pedido de inserção de tecnologias assistidas pelo poder público.

São elas as responsáveis pelos pedidos de caminhão-pipa na prefeitura, que detêm o conhecimento das técnicas de amassar o adobe para a construção das chamadas ‘casas velhas’, são elas que andam 5 km até a barragem do Calhauzinho para bater goma na roupa,

organizam os produtos (hortaliças, tubérculos e fumo) para a venda das feiras. São elas que lideram e endossam o coro das associações e mobilizam seus corpos e reivindicações no diálogo com o poder público.

As mulheres quilombolas aspiram com a possibilidade de viver de forma sustentável e saudável dentro dos seus territórios, com seus filhos e familiares. No caminho para a concretização desse bem viver, elas são afetadas por adversidades cotidianas que as mobilizam na construção de tecnologias para a permanência e continuidade do território. São tecnologias que passam pela oralidade, traduzidas no jeito de falar dessas mulheres, carregado de expressões que revelam seus saberes tradicionais e o conhecimento do território que habitam, pelo olhar atento e esperançoso, pelas mãos calejadas. Contudo, são essas mesmas mãos que estão prontas para oferecer cuidado e carinho ao mesmo tempo que levantam suas enxadas na terra e mexem as colheres em suas panelas fartas, mobilizando uma rede de tecnologias de afetos. Sem dúvida, a experiência nas comunidades quilombolas aponta que são as mulheres quilombolas as protagonistas na produção de tecnologias sociais para o bem viver nos quilombos, e os homens e crianças seguem, nem sempre de forma cordial, suas deliberações.

No que tange à implementação das tecnologias sociais nos territórios, são as mulheres que lideram as ações circunscritas para esta finalidade. As assembleias, os encontros e as pautas sempre foram direcionados por elas, no intuito de fortalecer a gestão territorial e ambiental em curto e longo prazo. Pensar na água, nas suas formas de acesso e na sua gestão é pensar na sobrevivência dos quilombos. Portanto, trazem-se aqui duas narrativas a partir do olhar de duas lideranças quilombolas. A primeira fala, de Nenga, traz uma reflexão profunda sobre como a água está no cotidiano de sua vida. Nessa ocasião, ela fala sobre a Lagoa do Boi Morto e faz uma pequena avaliação de sua importância:

Água é vida. Sem água a gente não tem nada. Como que a gente toma um banho, lava uma roupa ou cozinha? Não tem como viver sem água. Então a vida da gente aqui é muito sofrida mesmo. A gente permanece porque é o lugar em que a gente nasceu e se criou. A gente não quer desistir. Então aquele projeto da Lagoa do Boi Morto, aquela água vai servir para a gente criar um animal, pra dar água a um porco, cuidar das galinhas, pra cuidar dos cachorros. Então essa água para nós foi um sonho na comunidade, pois a gente sempre pensou em resgatar aquela lagoa. (Nenga, Comunidade Quilombola Córrego do Narciso, 2023).

Cida, liderança do Quilombo do Córrego do Rocha, por sua vez, mostra como seu território estava desassistido em termos de políticas públicas, além de apontar para uma análise positiva futura a partir do cercamento da nascente e de ver, depois de tantos anos, sua água jorrando:

Olha, esse projeto chegou até a comunidade numa época que a gente estava jogado para escanteio, passando por uma fase de esquecimento pela gestão pública, de esquecimento enquanto ser humano mesmo, dotado de muita fragilidade. Mas, ao mesmo tempo, de direitos a políticas públicas. E a gente estava passando uma dificuldade muito grande com a água em que... Bom, a gente não tinha água e estava tendo dificuldade de trazer o caminhão pipa! Então [o projeto] trouxe um símbolo muito grande de esperança. É o esperar de resistir. Porque hoje, ao visitar essa tecnologia implantada lá, e eu voltar à minha infância quando eu passava naquele local e tinha água nascendo, brotando naquele território, isso não tem preço, eu gostaria muito de passar isso em vida para as próximas gerações. Para mim, é um marco histórico. (Cida, Quilombo Córrego do Rocha, 2023).

A partir dessas falas, mensura-se, ainda que brevemente, a importância dos resultados da implementação das tecnologias sociais nos territórios. Elas mostram um olhar atento à realidade quilombola ao mesmo tempo que apontam para um futuro no qual o acesso à

água pode ser possível. Um futuro que, embora engendrado pelas mulheres, conflui para todas as gerações e populações tradicionais.

Considerações finais: ‘Por uma nova abordagem’ das tecnologias sociais

Tomando de empréstimo ‘Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal’, do geógrafo Milton Santos¹⁴, propõem-se novos debates e ressignificação do conceito e dos usos das tecnologias sociais, que são travestidas ‘da boa intenção’ das instituições que oportunizam, ‘em diálogo’ com as comunidades, a construção de tecnologias sociais – quando, na verdade, são as comunidades que conhecem seus territórios, suas fragilidades e potencialidades, e diante delas criam variadas tecnologias que promovem mais qualidade de vida e sustentabilidade ao quilombo. São as instituições e a gestão pública que devem aprender como os saberes quilombolas, pois eles apresentam outras respostas ao mundo capitalista contemporâneo, sobre a possibilidade de uma vida mais sustentável e saudável que respeita o ambiente. Com toda a tecnologia que se tem disponível, não se consegue ousar em viver com a escassez de água no cotidiano de algumas pessoas, enquanto os territórios quilombolas lidam com essa realidade há, pelo menos, 30 anos.

Dessa forma, deve-se problematizar tecnologias que são tidas como ‘sociais’, mas que, ao final, parecem apenas uma transferência de tecnologia, sem monitoramento, sem aprendizado, sem apropriação e, principalmente, sem replicabilidade. A quem interessa levar a sério os saberes produzidos nos territórios, em nível de respeitar e apreender aquilo que é construído dentro das comunidades e expandir esses conhecimentos para saberes científicos tão objetificados e paradigmáticos?

Esta proposta versa sobre a ampliação da escuta das práticas e saberes tradicionais: não

há tecnologia bem consolidada sem o protagonismo e apropriação desses povos. Os saberes de manejo sobre esses territórios e de seus recursos naturais são imemoriais, e devem ser o ponto de partida de qualquer intervenção externa. Uma lagoa ou um cercamento de nascente executado à revelia dos saberes tradicionais não podem ser considerados uma tecnologia social: só existe saber no diálogo e na troca.

Como contribuição a esse debate, deixa-se descrito o processo das tecnologias implementadas nos quilombos. Embora demasiadamente técnica, essa descrição pode encontrar outros interlocutores, que, simultaneamente, podem reproduzir ou (re)inventar a partir daquilo que está registrado. Tais tecnologias, recombinadas pelos saberes tradicionais, abrem as portas para algo não apenas 'social': são plurais, diversas e culturalmente adequadas às realidades quilombolas. São múltiplas no sentido fluido do termo: embora longe dos circuitos acadêmicos, os saberes técnicos, corporais e ancestrais produzidos nesses territórios antecedem esta escrita, mas, por vários motivos já descritos, estão invisíveis no arcabouço teórico vigente. Cabe a todos que essa mudança seja feita, a partir de uma nova abordagem sobre as tecnologias sociais: não apenas social, mas, sobretudo, histórico-cultural.

Pensa-se que essa nova abordagem está em processo de construção¹⁵; um conceito capaz de abranger o que eles fazem é algo novo ainda, e está sendo elaborado em conjunto com as

comunidades. O que se sabe, por enquanto, é que são tecnologias plurais, que mesclam saberes tradicionais com novos conhecimentos, são carregados de afeto e resistência. Os remanescentes de quilombos seguem firme a proposta dos quilombos oitocentistas, planejam uma nova sociedade, mais democrática, justa e igualitária. Espera-se, assim, que haja tecnologia que faça escorrer água nas torneiras das pias das mulheres quilombolas.

Agradecimentos

Agradecemos ao Programa Institucional de Territórios Saudáveis e Sustentáveis, assessorado e coordenado pela Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS – Fiocruz), financiado pelo Programa Inova Fiocruz sem a qual esse trabalho não seria possível.

Colaboradores

Gonçalves F (0000-0003-4854-5774)* e Valente PA (0000-0003-1441-328X)* contribuíram para o manuscrito com trabalho de coleta, análise de dados, interpretação dos dados e referenciais bibliográficos, e redação. Mendes CR (0009-0003-6350-5321)* contribuiu para o manuscrito com trabalho de coleta, análise de dados e contribuições metodológicas. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ Pesqui.* 2005;31(3):443-466. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009>
2. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2007.
3. Bosi E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. 15. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1994.
4. Meihy JCSB, Seawright L. Memórias e narrativas: história oral aplicada. São Paulo: Contexto; 2020.
5. Haraway D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cad Pagu [Internet]*. 2009 [acesso em 2024 jan 20];(5):7-41. Disponível em: <http://www.biblioteca-digital.unicamp.br/document/?down=51046>
6. Dagnino R. Tecnologia social: contribuições conceituais e metodológicas. Florianópolis: Eduepb e Insular; 2014.
7. Ministério da Ciência, Tecnologia e Informação (BR). Tecnologia Social [Internet]. [Brasília, DF]: MCT; [data desconhecida] [acesso em 2024 jan 20]. Disponível em: https://antigo.mctic.gov.br/mctic/opencms/ciencia/politica_nacional/_social/Tecnologia_Social.html#:~:text=Tecnologia%20Social%20%C3%A9%20entendida%20como,Debate%20%2D%20Tecnologia%20Social%20no%20Brasil
8. Gallo E, Nascimento V. O território pulsa: territórios sustentáveis e saudáveis da Bocaina: soluções para a promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável territorializados. Paraty, RJ: Fiocruz; 2019.
9. Kopenawa D, Bruce A. A queda do céu: palavras de um xamã yanomami. Rio de Janeiro: Companhia das Letras; 2019.
10. Limulja H. O desejo dos outros: uma etnografia dos sonhos yanomami. São Paulo: Ubu Editora; 2022.
11. Mbembe A. Necropolítica. 3. ed. São Paulo: n-1 edições; 2018.
12. Gomes FS. Mocambos e quilombos: uma história do campesinato negro no Brasil. São Paulo: Claro Enigma; 2015.
13. Machado JCN. Poder, Organização Política e Pedagogias oculto-presentes de mulheres negras do Território Quilombola do Rio Jambuaçu-Moju/PA [tese]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2019. 150 f.
14. Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 19. ed. Rio de Janeiro: Record; 2010.
15. Kneodler TS, Silva ES, Haberland DF, et al. Tecnologias sociais para ações de gestão de risco em desastres: uma revisão de escopo. *Saúde debate.* 2022;46(esp8):187-200. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E81>

Recebido em 15/05/2023

Aprovado em 23/02/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o artigo resultante do projeto 'Comunidades quilombolas e Covid-19: desenvolvimento de tecnologias sociais para promoção de saúde no Médio Jequitinhonha, Minas Gerais' contou com financiamento do Programa Institucional Territórios Sustentáveis e Saudáveis (Pitss) e do Programa de Pós-Doutorado Júnior, ambos com editais subsidiados pelo Programa de Fomento à Inovação (Inova Fiocruz). Projeto de nº 64171984373325, ID VPPIS-003-FIO-20-2-18

Editores responsáveis: Adriana Miranda de Castro e Franco Antonio Neri de Souza e Lima

Territórios da gestão socioambiental e saúde na Amazônia

Territories of social-environmental management and health in the Amazonia

Samia Feitosa Miguez¹, Rayssa da Conceição Brito de Souza², Roseni Pinheiro³

DOI: 10.1590/2358-28982024E18734P

RESUMO As Unidades de Conservação (UC) constituem domínios territoriais estratégicos para a gestão socioambiental na Amazônia. Neste estudo, questiona-se como os moradores e gestores de uma UC definem seus territórios de sustentabilidade para a Amazônia, especificamente, em atenção à saúde. Para isso, foi realizada pesquisa de campo em uma comunidade localizada na Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Rio Negro. Para a coleta de dados, foram utilizadas técnicas, como entrevistas, diário de campo e observação direta. Como resultados, destaca-se que grande parte das famílias possuía sustento baseado em uma unidade de produção familiar, cuja renda média mensal é abaixo de um salário mínimo, e gerada principalmente na agricultura e pesca. Dadas as condições de vida e saúde na reserva, gestores e moradores entrevistados problematizam os pressupostos sustentáveis que definem os atuais modelos de UC na região amazônica, visto que não apresentam ações estratégicas para o efetivo desenvolvimento humano e social de suas famílias. A noção de saúde na Amazônia está imbricada no controle coletivo sobre esses territórios, e se ela não é suficientemente ampla para compreendê-los, precisa ser reelaborada.

PALAVRAS-CHAVE Gestão ambiental. Saúde. Áreas protegidas. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT Conservation Units (UCs) constitute strategic territorial domains for social and environmental management in the Amazonia. In this study, we question how residents and managers of a UC define their sustainability territories, specifically, in health care. Field research was carried out in a community located in the Rio Negro Sustainable Development Reserve. For data collection, techniques such as interviews, field diary and direct observation were used. As a result, their empirical data show that a large proportion of families had a livelihood based on a family production unit, with an average monthly income below the minimum wage, and generated mainly in agriculture and fishing. Considering the living and health conditions in the reserve, managers and residents interviewed problematize the sustainable assumptions that define current models of UC in the Amazonia, since they do not have strategic actions for the effective human and social development of their families. The notion of health in the Amazon is embedded in collective control over these territories, and if it is not broad enough to encompass them, it needs to be redefined.

KEYWORDS Environmental management. Health. Protected areas. Primary Health Care.

¹Universidade do Estado do Amazonas (UEA) – Manaus (AM), Brasil. smiguez@uea.edu.br

²Secretaria de Estado da Educação e Qualidade do Ensino do Amazonas (Seduc-AM) – Manaus (AM), Brasil.

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

As Unidades de Conservação (UC) são representativos territórios da gestão socioambiental na Amazônia hoje. Entende-se por gestão socioambiental a participação das populações tradicionais na governança de áreas de proteção ambiental de uso sustentável. Garantir a governabilidade dos territórios tradicionais para os povos da Amazônia é garantir a reprodução de suas vidas em todos os aspectos, afinal, os aspectos sociais, culturais, econômicos e ambientais são indissociáveis da noção de território¹. Portanto, ter saúde e bem-estar na Amazônia é ter capacidade de controle coletivo sobre o território.

No entanto, o que esse controle coletivo pode representar efetivamente? A elaboração concertada dos planos de gestão? O manejo regulado de suas zonas e recursos naturais? O ofensivo desmatamento da Amazônia tem afetado diretamente as condições de vida e saúde das famílias que residem nessas áreas, gerando quadros de insegurança alimentar, agravos sociais e insustentabilidade ambiental. Analisar esses cenários envolve uma complexidade característica da região amazônica, afinal, indicadores sociais e humanos que enfocam a renda revelarão sempre um cenário de pobreza e desigualdade social, visto que, para alguns povos tradicionais da região, cuja renda média mensal é relativa, não cabe associar a ideia de qualidade de vida aos ingressos monetários que uma família ou grupo social possa ter. A maioria da população que vive em áreas rurais sobrevive com renda mensal de menos de um salário mínimo, isto é, abaixo da linha da pobreza².

Grande parte dos quadros conceituais que retratam povos tradicionais e indígenas da Amazônia não permite uma abordagem honesta devido a suas especificidades territoriais. É preciso reconhecer que as cosmovisões locais são fundamentais para a avaliação e a elaboração de políticas de desenvolvimento voltadas para a saúde e o bem-estar de povos tradicionais da Amazônia¹. Dessa forma,

é apresentado o Indicador de Bem-estar Humano para Povos Tradicionais (IBPT), cuja proposta envolve uma concepção auto-declarada de bem-estar para esses povos. O IBPT está apoiado em cinco grandes capacidades: controle coletivo sobre o território; agenciamento cultural autônomo; garantia de autonomia alimentar; construção de um ambiente tranquilo para se viver; e autocuidado e reprodução.

Apontar esse caminho já é um primeiro passo para a discussão pretendida aqui: como garantir que essas capacidades sejam desenvolvidas nos diversos territórios amazônicos? Pensando particularmente no objeto de análise deste estudo, as UC, essas capacidades são contempladas em suas gestões socioambientais? Esta pesquisa, realizada conjuntamente pelo Núcleo Interdisciplinar Saúde e Ambiente na Amazônia (Nisa) da Universidade Estadual do Amazonas (UEA) e pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), escolheu como unidade de investigação a Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) do Rio Negro para debater, com seus moradores e gestores, o modelo de gestão socioambiental e suas demandas sanitárias e de saúde.

A pesquisa foi realizada em 2021 e 2022, mediante a realização de excursões para uma das comunidades localizadas na área da reserva. Essa comunidade foi escolhida por assumir uma posição estratégica na UC, concentrando os serviços de saúde, atividades turísticas e de gestão. Tratou-se, portanto, de uma modalidade de pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, que combinou as técnicas de entrevistas semiestruturadas, mapeamentos e observação direta. Foram entrevistadas 23 famílias e 5 lideranças (gestor da RDS, vice-gestor, dirigente da igreja, profissional de saúde e professora).

Os tópicos abordados com as 23 famílias entrevistadas foram acerca de suas condições de vida e saúde. As entrevistas foram realizadas em suas próprias casas, por meio da utilização

de diário de campo e roteiro semiestruturado, além da utilização dos mapas da RDS nas entrevistas realizadas com os gestores e profissionais da saúde, permitindo a indicação de aspectos característicos, demandas e desafios da gestão na reserva.

Ao final, buscou-se problematizar aspectos fundamentais que envolvem a gestão socioambiental desses territórios, suas principais controvérsias e perspectivas. Sem dúvida, as UC têm se constituído no mais eficaz modelo de sustentabilidade ambiental para a Amazônia, afirmando cada vez mais a sua validade diante dos processos de reestruturação produtiva do capital. Contudo, a ineficiência das políticas sociais e econômicas tem produzido um quadro socioeconômico instável, marcado por desigualdades sociais e baixa qualidade de vida. Tal como foi destacado por um dos entrevistados, a representação da UC não pode ser apenas a de ‘uma linha imaginária’.

Material e métodos

A área escolhida para o estudo foi a RDS do Rio Negro, que está situada entre os municípios de Iranduba, Manacapuru e Novo Airão, no estado do Amazonas. Existem aproximadamente 1.544 residências construídas na reserva, 90% das quais se localizam nas glebas do estado; 1%, na gleba da União; e 9% não estão inseridas em glebas³. A reserva está localizada à margem direita do Rio Negro, compondo o Corredor Ecológico da Amazônia Central e o Mosaico Áreas Protegidas do Rio Negro. Possui 19 comunidades rurais em uma área de 102.978,83 hectares (ha), sendo que 81.867,86 ha (80%) estão localizados no município de Iranduba, 16.613,91 ha (16%) no município de Novo Airão, e 3.696,15 ha (4%) fazem parte do município de Manacapuru³. Há 622 famílias residindo na área da reserva. A sua criação foi demanda do poder público e dos moradores da área após a construção da ponte sobre o Rio Negro, pois a ponte aumentou o acesso à reserva via Rodovia AM 070³.

Tratou-se de uma pesquisa de campo⁴, com abordagem qualitativa dos dados, que combinou técnicas como: entrevista com roteiro semiestruturado, observação-direta e mapeamento. Para sua realização, selecionou-se a comunidade sede da RDS para a coleta de dados, na qual estão concentrados os serviços de saúde, educação e residência dos gestores da reserva. Quanto aos sujeitos da pesquisa, 73 famílias residem na comunidade, das quais 23 foram entrevistadas. Foram utilizados roteiros de entrevistas com questões fechadas e abertas sobre suas condições de vida e saúde, renda, principal ocupação, escolaridade, lazer e demandas. Utilizou-se também um roteiro com questões semiestruturadas com as principais lideranças da comunidade, particularmente com os gestores da reserva e profissionais da saúde. As entrevistas foram realizadas após esclarecimentos sobre a pesquisa seguido da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEA, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 56840222.0.0000.5016, sob Parecer nº 5.303.492. Além disso, obteve autorização da Secretaria do Estado do Meio Ambiente/ Departamento de Mudanças Climáticas e Gestão de UC (Sema/Demuc) para realização da pesquisa e outras atividades dentro da UC no período de realização da investigação.

Resultados e discussão

Controle coletivo territorial em Unidades de Conservação na Amazônia

Embora nunca tenha saído de pauta, o tema da regularização fundiária dos territórios tradicionais volta ao centro do debate com o expressivo desmatamento na Amazônia, estimado em 10 mil km² apenas entre os anos de 2018 e 2019⁵. Analisando especificamente a

situação das terras destinadas e não destinadas de cada estado brasileiro, essa questão torna-se bastante problemática quando o assunto é reconhecer áreas de terras tradicionalmente ocupadas como regularização fundiária, como é o caso das UC.

De acordo com estudo⁵⁽¹²⁾, “28,5% do território amazônico não possui informações sobre sua destinação fundiária”. Então, não há informações públicas esclarecedoras sobre a destinação dessas áreas, se existem cadastros, títulos ou qualquer tipo de registro. Os títulos ou registros emitidos antes de 2002, quando o georreferenciamento passou a ser obrigatório, não foram sistematizados, o que dificulta o levantamento histórico do imóvel e, portanto, a sua regularização. Observa-se que a indefinição fundiária dessas áreas gera sobreposições no uso, ocupação e direito à terra. Atualmente, 40% das terras desmatadas na Amazônia estão localizadas em áreas com indefinição fundiária, e mesmo nas áreas que supostamente apresentam definição, como as UC, há pendência de regularização.

O primeiro aspecto da saúde levantado aqui, que diz respeito à capacidade de controle coletivo sobre o território, já está ameaçado. O principal instrumento para selar o pacto pela conservação da biodiversidade é o Contrato de Concessão de Direito Real de Uso (CCDRU), previsto na Lei nº 9.985, de 18 de julho de 2000, que institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza⁶. Esse contrato concede às comunidades tradicionais a gestão dos territórios de uma UC, desde que assegurada a proteção do patrimônio natural local, mediante seus modos de vida sustentáveis.

O Amazonas possui 42 UC estaduais, sendo 34 de Uso Sustentável e 8 de Proteção Integral, das quais 16 são RDS. Do total, 36 possuem planos de gestão publicados, e apenas 15 possuem o CCDRU. Apesar da regularização fundiária ser um pressuposto para a sua implantação, muitas são implantadas sem que suas situações dominiais sejam entendidas e resolvidas, consequência disso é a expansão

das UC em áreas de sobreposições de terras públicas, privadas e comunidades rurais⁸.

Cerca de 60% das terras do Amazonas são destinadas à conservação da biodiversidade: 27,07% de terras indígenas, 16,97% de UC federais, 12,13% de UC estaduais e 1,13% de UC municipais. Quem faz a gestão das UC estaduais no Amazonas é a Secretaria de Estado do Meio Ambiente (Sema). Segundo dados da secretaria, há 26.431 famílias em 1.030 comunidades⁷. No ato de criação da UC, o primeiro passo é a elaboração do Plano de Gestão, documento que estabelece áreas de zoneamento ecológico-econômico e normas de uso. Este possui validade máxima de cinco anos, devendo sempre, em cada reelaboração, contemplar novas estratégias e demandas para a gestão do seu território³.

O Brasil inovou com a criação de novas modalidades de UC, que compatibilizam a presença humana com o controle e a regulação estatal das áreas, as quais foram divididas em dois grupos: unidades de proteção integral e unidades de uso sustentável. A RDS Mamirauá foi a primeira proposta de proteção ambiental que buscou conciliar a conservação da biodiversidade e a habitação humana⁸.

Entre o final dos anos de 1990 e as primeiras décadas do ano 2000, houve um salto na expansão das UC em todo o território nacional. De acordo com o Cadastro Nacional de Unidade de Conservação, 18,4% da área continental brasileira está protegida por diferentes categorias de UC, sendo

28,5% da Amazônia, 7,8% da Caatinga, 8,7% do Cerrado, 10,3% da Mata Atlântica, 2,8% do Pampa, 4,6% do Pantanal e, desde 2018, aproximadamente 25% da área marinha⁹⁽⁹⁾.

O bioma Amazônia é o que mais possui UC, com 316 UC federais e estaduais, aproximadamente 1,4 milhão de km², distribuídos em 234 UC de uso sustentável e 82 UC de proteção integral⁹.

Nos últimos anos, o Brasil tem sofrido uma ofensiva no sentido de reduzir ou extinguir

suas UC. No governo Bolsonaro, por exemplo, não foram criadas UC; pior que isso, houve esforço na sua gestão para a desestruturação de órgãos responsáveis pelo processo de implementação das políticas ambientais no País, em particular, o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe) e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama)¹⁰. Sem efetividade na fiscalização dos órgãos ambientais, as áreas que possuem sobreposições de terras e imprecisão da situação dominial são as mais afetadas, como é o caso das UC de uso sustentável. A modalidade da RDS, por exemplo, abriga o regime híbrido público-privado, isto é, permite a conciliação com propriedades privadas em seu território⁸.

De acordo com os dados do Instituto do Homem e Meio Ambiente da Amazônia (Imazon), no ano de 2022 (janeiro a dezembro)¹¹, o desmatamento na Amazônia foi de 10.573 km², sendo considerada a maior destruição dos últimos 15 anos. A Amazônia perdeu o equivalente a quase 3 mil campos de futebol por dia. De 2019 a 2022, atingiu 35.193 km² desmatados, área que supera o tamanho de dois estados brasileiros juntos, Sergipe (21 mil km²) e Alagoas (27 mil km²). Os estados com recordes em áreas desmatadas foram Pará (3.874 km²), Amazonas (2.575 km²) e Mato Grosso (1.604 km²). O caso mais grave foi no Amazonas⁴, onde a devastação cresceu 24% em comparação com o ano anterior, quando foram derrubados 2.071 km².

A efetividade do modelo socioambiental de conservação da biodiversidade é fato incontestável e inegociável. Contudo, o aspecto controverso ainda está na forma restrita com que as pessoas são percebidas dentro dele. Será que a concepção de ser humano está sendo suficientemente ampla para a compreensão que se tem da sustentabilidade, do desenvolvimento e do ambiental? Para Amartya Sen, é preciso investigar se a cidadania que tem acompanhado as políticas de meio ambiente é puramente instrumental ou se realmente essa cidadania configura parte do que se pretende sustentar¹².

No que diz respeito à RDS do Rio Negro, seus moradores e gestores chamaram a atenção para as poucas mudanças que são engendradas em sua modalidade de UC. Destacaram que, nos últimos cinco anos, não obtiveram apoio suficiente ou parcerias estratégicas para dinamizar a gestão da reserva e garantir melhorias de vida para as suas famílias. Diante disso, um questionamento feito por uma dessas lideranças ecoou nas discussões deste estudo: ‘Que garantias nós temos para viver em unidade de conservação?’. Quando questionado sobre o que uma UC representava para ele, a resposta foi: ‘uma linha imaginária’. Uma linha que estabelece regulamentações e sanções para o uso dos recursos naturais, porém, que não tem oferecido garantias e contrapartidas para a gestão ambiental e sustentável realizada por esses sujeitos.

A questão da saúde na gestão socioambiental da RDS do Rio Negro

Um aspecto controverso é que a região que concentra a maior diversidade biológica e social do País é também uma das regiões com maior desigualdade social. De acordo com o Índice de Progresso Social (IPS) Amazônia 2023, elaborado pelo Instituto Imazon, o IPS Amazônia 2023 é de 54,32, inferior à média nacional de 67,94 desde 2014. Componentes como nutrição, cuidados médicos básicos, moradia, saúde e bem-estar apresentaram avanços, mas indicadores como acesso à educação superior, acesso à informação e direitos individuais permanecem estagnados¹³. Uma breve avaliação das condições de vida na região Norte mostra um cenário bastante desanimador: somente 31,1% da população total possui esgotamento sanitário por rede coletora ou fossa ligada à rede geral, pior indicador de todo o Brasil – além de 40% desses habitantes não possuírem abastecimento de água por rede geral e de 24,8% não terem coleta de lixo por serviço de limpeza¹⁴.

No âmbito da saúde, esses aspectos precisavam ser interrelacionados e problematizados.

Para Garnelo et al.¹⁵⁽⁸²⁾, o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) é comprometido diante da reprodução de desigualdades regionais e oferta de serviços de saúde, dada a “elevada concentração de profissionais e ações de saúde nos espaços urbanos”. A região Norte é a que concentra os piores índices nessa distribuição regional, tendo um médico a cada mil habitantes. O Amazonas, por exemplo, apresenta o menor percentual de médicos atuando no interior (6,9) enquanto Manaus, sua capital, concentra 50% de todos os estabelecimentos de saúde do estado.

Diante desse cenário, na pandemia da covid-19, o sistema de saúde do Amazonas entrou em colapso em abril de 2020, início da primeira onda, crise que se espalhou por todos os seus municípios quando o total de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foi esgotado. Manaus protagonizou o pior cenário pandêmico do País, já que concentra 58% do total de leitos e 91% do total de leitos de UTI, evidenciando a precária regionalização dos serviços de saúde e redes de assistência do estado¹⁶.

Adentrando o contexto da RDS do Rio Negro, esses dados tornam-se ainda mais consistentes, uma vez que mostram o quadro corriqueiro das condições de vida e saúde na Amazônia. Das 23 famílias entrevistadas na pesquisa, a maioria possui renda média mensal abaixo de um salário mínimo (64%), advinda da agricultura, da pesca e do serviço público, visto que professores, profissionais da saúde e gestores também foram entrevistados. Por se tratar de uma comunidade de várzea, a renda média mensal é afetada pela sazonalidade, fevereiro a julho (enchente) e agosto a janeiro (vazante). No período da enchente/cheia, as famílias não conseguem produzir, já que suas produções são da olericultura (ciclo curto) e em áreas de várzea.

Em 2023, o Amazonas registrou a maior seca histórica do estado em 121 anos. Seus 62 municípios ainda estão em condição de emergência na estiagem, afetando mais de 630 mil pessoas. No período de janeiro a outubro, foram

registrados 17.691 focos de calor no estado. Nesse contexto, Manaus viveu um quadro de pressão por acúmulo de fumaça e calor intenso por dias consecutivos. Esse quadro repercutiu em situações de isolamento para as famílias ribeirinhas, sem meios de subsistência e sem atendimento de necessidade humanas básicas¹⁷. O panorama de uma vida de abundância com rica biodiversidade e recursos naturais dá lugar a um cenário de incertezas e escassez. Nessa lógica, um bem-estar fundamentado na abundância só é possível com a construção de um ambiente tranquilo para se viver¹.

Essas condições de vulnerabilidade social foram percebidas *in loco* na RDS do Rio Negro e relatadas por seus moradores. Várias famílias entrevistadas destacaram quadros persistentes de insegurança alimentar, dadas as dificuldades de produção agrícola e extrativista. Esse quadro de instabilidade na geração de renda deve-se, em parte, à localização da reserva na área metropolitana de Manaus, o que gera maior pressão antrópica, especulação fundiária e atração turística em seu território. Antagonicamente, a beleza cênica da comunidade pesquisada contrasta com as precárias condições de vida e moradia de suas famílias. A maioria vive em casas de palafitas sem esgotamento sanitário, rede de encanamento de água e fossas sépticas; utiliza água de poços artesianos coletivos (80,8%) ou coleta diretamente do igarapé (19,2%), sem qualquer tipo de tratamento para o consumo. Por fim, a demorada na coleta pública do lixo (15 em 15 dias) estimula sua queima e acumulação.

No contexto dos eventos climáticos extremos, os riscos sanitários tornam-se mais severos para populações que estão em condições de vulnerabilidade social na região amazônica. Diante do aumento no número de dias e noites quentes, ondas de calor e focos de incêndio, há maior risco de insolação, doenças circulatórias e respiratórias. De forma similar, as mudanças na temperatura, umidade e índices pluviométricos aumentam o risco de doenças transmitidas por alimentos, água e vetores¹⁸.

Ao relacionar esses cenários com a baixa cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) na Amazônia, o horizonte de uma governança regional fica improvável. O entrave está na desigual distribuição da rede de assistência entre áreas urbanas e rurais, justificada por uma visão determinista que associa as dificuldades de operacionalização à “configuração dos espaços naturais-geográficos amazônicos”¹⁹(1225).

Na RDS do Rio Negro, por exemplo, há uma única Unidade Básica de Saúde (UBS) para atender as 19 comunidades de toda a reserva, com área aproximada de 102.978,83 ha. Às terças-feiras, a equipe de Saúde da Família Riberinha (eSFR), composta pelo médico, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem e técnico de saúde bucal, chega à comunidade. Nesse dia, o atendimento acontece na própria UBS. Já nas quartas-feiras, a equipe se desloca para outras comunidades da reserva, e, após o atendimento, volta para suas casas em sedes municipais. Nos outros dias da semana, a UBS é administrada pela enfermeira e pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) que residem na comunidade. A UBS conta com uma equipe de 10 ACS distribuídos nas 19 comunidades da RDS.

Os ACS constituem um importante interlocutor para as famílias dessas comunidades, afinal, ao longo dos dias, são eles que oferecem algum tipo de assistência e cuidado, inclusive nas comunidades mais distantes da UBS. Quando a equipe da eSFR chega a uma das comunidades da reserva, o ACS já tem em mãos um levantamento de dados, indicando as principais demandas e especificidades de cuidado. De acordo com uma ACS entrevistada, o seu trabalho é prejudicado pela falta de infraestrutura logística.

Um das demandas das comunidades na prestação dos serviços de saúde é que existe a dificuldade na logística para os ACS, e todos os meses têm uma reunião aqui, aí tem reclamação sobre a logística das visitas domiciliares, porque essas comunidades do Rio Negro ficam muito distantes para chegar.

E o Agente Comunitário de Saúde usa uma embarcação própria e pequena, e só é liberado para ele 15 litros de gasolina para usar o mês todo. Eles precisam de mais gasolina!

O maior desafio da gestão socioambiental na Amazônia é modificar o cenário de ineficácia de políticas públicas que ainda não contemplam as dinâmicas de cada território. No âmbito da saúde, o provimento e a fixação de profissionais em áreas remotas e de difícil acesso constituem o maior obstáculo para garantir o acesso universal a todos os níveis da saúde pública¹⁹. Em particular, na APS, um panorama da RDS do Rio Negro revela urgência na ampliação da sua rede física e profissional, de modo que as distâncias sejam encurtadas e que o acesso seja garantido para todas as 19 comunidades de sua abrangência. A agenda de atendimento médico de dois dias, um na UBS e outro nas demais comunidades, não é suficiente. Ademais, os moradores entrevistados relatam dificuldades de adaptação com a alta rotatividade de profissionais e suas formas diferenciadas de atuação.

Revisitando modelos de sustentabilidade socioambiental para a Amazônia

O modelo de gestão proposto para as UC de uso sustentável, baseado no princípio do socioambientalismo²⁰, pressupõe o exercício de uma governança territorial. No âmbito das agendas ambientais globais, governos assumiram o compromisso de criar e expandir UC em todos os países. Sob a égide do desenvolvimento sustentável, essas áreas protegidas seriam pautadas em uma governança territorial de ações concertadas entre sociedade civil, poder público, organizações não governamentais e movimentos sociais. Apesar dessa governança sugerir um caminho interativo na gestão, com pautas negociadas, sanções e regulações discutidas, há muitas controvérsias nos entendimentos sobre as responsabilidades e as corresponsabilidades de cada setor²¹.

No caso da saúde, parece consensual que a responsabilidade no acesso aos serviços desse setor não pertence à gestão da UC, e, sim, aos municípios e suas secretarias de saúde. De acordo com os gestores da RDS do Rio Negro, é responsabilidade da gestão somente o levantamento de necessidades, demandas e problematizações. O estudo de Medeiros et al.²², sobre as competências e as responsabilidades na atenção à saúde de populações ribeirinhas em áreas de UC, aponta que há dificuldades no diálogo interinstitucional e na cogestão política, o que prejudica, seriamente, a elaboração de uma agenda pública para a gestão socioambiental desses territórios.

Essa gestão deveria ser assegurada pelo Estado, mas, na prática, suas ações e estratégias são realizadas por organizações públicas não estatais,

constituídas por um rico portfólio de ações e produtos, que vão desde pesquisas, fiscalizações e intervenções em infraestrutura até pagamento por serviços ambientais²²⁽⁷⁾.

Não há o desenvolvimento de novas competências e responsabilidades, e as iniciativas existentes em pouco alteram a estrutura social dos grupos sociais mais vulneráveis nessas áreas. Aliás, é um contrassenso uma política ambientalista que não inclui o cuidado com a saúde como eixo prioritário, pois os problemas na atenção à saúde não podem ser separados da gestão do território.

Na RDS do Rio Negro, os moradores expõem a necessidade de planejamento e ação inter-setorial para atender demandas na área da saúde. Destacam a necessidade de fixação dos profissionais na área, de ampliação dos serviços médicos, de maior disponibilidade de infraestrutura para deslocamento dos ACS e de existência de ações específicas para atender demandas de pessoas que residem na reserva. Para um dos entrevistados, as ações voltadas para a saúde precisam estar articuladas com o modelo de gestão socioambiental da UC, que deve ser paradigmático na produção de formas sustentáveis de uso e ocupação do território.

Eu pensei, a RDS é uma possibilidade de estratégia ambiental. Se tem uma RDS, tem que ser modelo do estado, então, se tem uma UC que tem condições de ser modelo [...] porque isso aqui significa reforma agrária. A unidade de conservação é a política fundiária hoje do estado, eleita por excelência, e a única forma de garantir que tenha o acesso a essa área aqui, sem ser uma área de problema, e as pessoas não podem entrar dentro de uma área de conservação e fazer o que querem, desmatar, pescar sem permissão.

Na compreensão de gestores e moradores da RDS do Rio Negro, a localização estratégica da reserva, próxima da cidade de Manaus, permite o desenvolvimento de projetos e de políticas que a colocariam em uma condição paradigmática. No entanto, o que observam é o abandono das políticas e pautas ambientais nos últimos anos, além de imensa pressão antrópica em áreas potenciais para o turismo e especulação fundiária.

O que está faltando é o Estado. É uma questão de política de Estado. O Estado precisa entender que nós queremos essa configuração de unidade de conservação. Porque não é só espalhar UC por todo o estado, porque expandir UC estadual e federal é espalhar UC com tudo. Uma unidade de conservação é um pacote fundiário, porque isso aqui é terra que de certo modo foi regularizada, que se transformou em unidade de conservação, e quem está aqui dentro tem concessão do uso dessa área e vai viver aqui a vida toda. Agora falta o quê? Política pública, política social... porque de certo modo, estão fazendo essa política ambiental acontecer, com as sanções, com as regulações... Se você tem sanção e uma série de regulamentações para não desmatar, para não ter impacto e está sendo guardião, como eles queriam no projeto, 'Guardião da Floresta', aí você tem que ter política pública.

A gestão de uma UC é determinada pelo Plano de Gestão, que deve ser reelaborado a cada cinco anos. Ele deve estabelecer regras para o uso sustentável dos recursos naturais e criar programas para a sua manutenção.

O Plano de Gestão da RDS do Rio Negro foi elaborado conjuntamente em 2016 pela Sema, pelo Instituto de Conservação e Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (Idesam) e pelos comunitários locais. Entre os seus programas, destacam-se o Programa de Apoio às Comunidades e o subprograma de Melhoria da Qualidade de Vida. Há três tópicos na matriz desse subprograma: o primeiro fala sobre a criação de uma comissão para tratar qualquer assunto relacionado com a área da saúde; o segundo, sobre a manutenção das ambulâncias (ambulâncias fluviais); e o terceiro, sobre capacitações de profissionais da área da saúde. Nesse subprograma, há destaque para a necessidade de articulação institucional entre gestores da reserva e secretarias de saúde e ambiente³.

Para um dos entrevistados, o plano não apresentou nenhuma proposta específica para atender demandas na área da saúde, “*ele só apresentou o estado físico no qual se encontrava a saúde naquele momento em que foi levantado as informações, só foi realmente isso*”. De fato, em termos de ações estratégicas, o setor da saúde é pouco discutido nos planos de gestão. Em geral, são coletados dados acerca das condições de vida e saúde das famílias, principais doenças, formas de cuidado e tratamento, além da caracterização dos serviços de saúde oferecidos na área. Entre as principais críticas, está a dificuldade de articulação intersetorial para fortalecer ações voltadas para a saúde de forma associada à questão ambiental, estabelecendo um planejamento estratégico para todos os níveis da saúde.

Machado et al.²³ destacam que compreender a interface entre a dimensão territorial e o campo da saúde é o primeiro passo para proposição e implementação de políticas públicas eficientes e eficazes nesse setor. Desconsiderar especificidades territoriais é produzir políticas de desenvolvimento incapazes de gerar algum impacto, já que o território produz transformações e é transformado por dinâmicas locais e globais. Vivências presenciadas nesses territórios, como o da RDS, são

objetos de análise representativos da saúde coletiva, pois constituem a base sobre a qual um conjunto de relações sociais se projetam e determinam processos saúde-doença²³.

Considerações finais

Nos últimos anos, o Brasil viveu um desmonte em suas políticas públicas voltadas para o meio ambiente, registrando-se o maior retrocesso na sua trajetória histórica de segurança e proteção aos recursos naturais. Em meio a esse cenário, as UC assumiram e assumem posições estratégicas para a redução de danos causados pela irracionalidade capitalista, pois estão fundamentadas na justiça ambiental, na sustentabilidade dos recursos naturais e no desenvolvimento socioeconômico das famílias que vivem em suas áreas territoriais. Além disso, a organização da gestão responsável pela UC deve trabalhar em atendimento das necessidades locais, na perspectiva da inclusão social e humana, promovendo a participação de seus moradores na construção de suas demandas políticas, sociais, ambientais, culturais e de direito.

Este estudo se constituiu em uma possibilidade de diálogo entre afins: de um lado, pesquisadores que se lançam na incursão epistemológica de pensar no campo de conhecimento da saúde coletiva na Amazônia, relativizando e ampliando noções preestabelecidas para novos espaços sociais, repletos de ambivalências e ambiguidades; de outro, sujeitos que adicionam novas dimensões do ‘mundo da vida’ ao ‘mundo sistêmico’ da saúde. Portanto, um dos maiores desafios para estudiosos da Amazônia no século XXI é a desconstrução de pressupostos etnocêntricos e colonialistas que sustentam grande parte dos projetos de desenvolvimento econômico e social lançados para os seus múltiplos territórios. A região que abriga a maior diversidade biológica e socio-cultural do País reivindica, permanentemente, a leitura e o respeito de suas singularidades, inclusive, na saúde.

Colaboradoras

Miguez SF (0000-0003-4781-3140)* contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados, redação e análise crítica do manuscrito. Souza RCB (0000-0002-4281-6417)*

contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados, e redação do manuscrito. Pinheiro R (0000-0001-8745-9209)* contribuiu para interpretação de dados e revisão crítica da versão final do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. ■

Referências

1. Lacerda LFB, Acosta LE. Indicadores de bem-estar humano para povos tradicionais: o caso de uma comunidade ribeirinha na fronteira da Amazônia brasileira. *Ciênc Soc Unisinos*. 2017;53(1):100-11. DOI: <https://doi.org/10.4013/csu.2017.53.1.10>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [acesso em 2023 jun 10]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101979.pdf>
3. Amazonas (BR). Secretaria de Estado do Meio Ambiente. Plano de Gestão da Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Rio Negro. Manaus: IDESAM/SEMA; 2016.
4. Deslandes S. Trabalho de campo: construção de informações qualitativas e quantitativas. In: Minayo MC, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 157-184.
5. Brito B, Almeida J, Gomes P, et al. Dez fatos essenciais sobre regularização fundiária na Amazônia [Internet]. Belém: Imazon; 2021 [acesso em 2023 jun 13]. Disponível em: <https://imazon.org.br/wp-content/uploads/2021/04/10FatosRegularizacaoFundiarria.pdf>
6. Presidência da República (BR). Lei nº 9.985, de 18 de julho de 2000. Regulamenta o art. 225, § 1º, incisos I, II, III e VII da Constituição Federal, institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 Jul 2000.
7. Amazonas (BR). Secretaria de Estado do Meio Ambiente. Planilha de informações gerais das unidades de conservação estaduais do Amazonas. Manaus: Sema; 2021.
8. Miguez SF. Razão ambiental do direito à terra na Amazônia: dilemas da ordenação fundiária na ALAP BR-319 [tese na Internet]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2015 [acesso em 2023 jun 13]. 296 p. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/5500?mode=full>
9. World Wide Fund. PADDD em unidades de conservação na Amazônia: mapeamento e análise das tendências de redução, recategorização e extinção de unidades de conservação no bioma [Internet]. São Paulo: WWF; Brasil; 2019 [acesso em 2023 jun 15]. Disponível em: https://d3nehc6yl9qzo4.cloudfront.net/downloads/padddunidadesconservacaoamazonia_final.pdf
10. Fonseca IF, Bursztyn M, Lindoso DP, et al. A desconstrução organizada da política florestal no Brasil: estratégias de desmantelamento e de resistência. In:

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Gomide AA, Silva MSS, Leopoldi MA, organizadores. Desmonte e reconfiguração de políticas públicas (2016-2022). Brasília, DF: Ipea; 2023. p. 125-155.
11. Instituto do Homem e Meio Ambiente da Amazônia. Amazônia perdeu quase 3 mil campos de futebol por dia de floresta em 2022, maior desmatamento em 15 anos [Internet]. Belém: Imazon; 2023 [acesso em 2023 mar 20]. Disponível em: <https://imazon.org.br/im-prensa/amazonia-perdeu-quase-3-mil-campos-de-futebol-por-dia-de-floresta-em-2022-maior-desmatamento-em-15-anos/>
 12. Sen A. As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
 13. Santos D, Lima M, Wilm M, et al. Índice de Progresso Social na Amazônia Brasileira: IPS Amazônia 2023 [Internet]. Belém: Imazon; 2023 [acesso em 2023 dez 12]. Disponível em: <https://imazon.org.br/publicacoes/ips-amazonia-2023/>
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características gerais dos domicílios e dos moradores 2022. PNAD Contínua. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
 15. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. Saúde debate. 2018;42(esp1):81-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>
 16. Salino AV, Ribeiro GMA. Análise da oferta de hospitais e leitos hospitalares no estado do Amazonas ante a pandemia da Covid-19. Saúde debate. 2023;47(136):200-214. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313613>
 17. Amazonas (BR). Governo do estado do Amazonas. Boletim da estiagem [Internet]. Manaus: Agência Amazonas; 2023 [acesso em 2023 dez 13]. Disponível em: <https://www.agenciaamazonas.am.gov.br/wp-content/uploads/2023/12/BOLETIM-ESTIAGEM-13.12.pdf>
 18. Silva MA, Xavier DR, Rocha V. Do global ao local: desafios para redução de riscos à saúde relacionados com mudanças climáticas, desastre e Emergências em Saúde Pública. Saúde debate. 2020;44(esp2):48-68. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E204>
 19. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(4):1225-1234. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>
 20. Santilli J. Socioambientalismo e novos direitos: proteção jurídica à diversidade biológica e cultural. São Paulo: Peirópolis; Instituto Internacional de Educação do Brasil; 2005.
 21. Chaves MPS, Barros JF. Governança territorial na política de proteção em áreas protegidas: estudo comparativo entre Brasil e França. Inclusão [Internet]. 2022 [acesso em 2023 dez 12];15(2):143-162. Disponível em: <https://revista.ibict.br/inclusao/article/view/5895>
 22. Medeiros MS, Augusto LGS, Costa AM, et al. A Reprodução Social como perspectiva metodológica para análise contextualizada das condições de vida e de saúde. Cad Saúde Pública. 2022;38(10):e00150320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT150320>
 23. Machado JMH, Martins WJ, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. Com. Ciências Saúde [Internet]. 2018 [acesso em 2023 dez 12];28(2):243-249. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/245>

Recebido em 15/05/2023

Aprovado em 23/02/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam-Brasil) pelo auxílio-pesquisa do Programa de Apoio à Pós-Graduação - Posgrad/Fapeam 2023/2024 - nº do Processo: 01.02.016301.01928/2023-40 (Resolução nº 002/2023); e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (Capes) - Código de financiamento 001

Editoras responsáveis: Adriana Miranda de Castro e Bruna Drumond Silveira

‘De repente, tudo fechou’: rede de cuidado à População em Situação de Rua na pandemia de covid-19

‘Suddenly, everything shut down’: Care network for Homeless Population in the COVID-19 pandemic

Rafaela Alves Marinho¹, Ana Luisa Jorge Martins¹, Anelise Andrade de Souza^{1,2}, Luísa da Matta Machado Fernandes¹, Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela Dantas¹, Ana Maria Caldeira Oliveira¹, Rômulo Paes-Sousa¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18554P

RESUMO A pandemia de covid-19 se impôs de modo mais agudo e dramático aos grupos políticos e socialmente mais vulnerabilizados, como a População em Situação de Rua (PSR). A literatura sobre as respostas às demandas de saúde e de assistência social dos mais vulnerabilizados, durante a pandemia, ainda é escassa. Neste artigo, descreve-se a rede de cuidado à PSR, considerando os caminhos formalmente instituídos e aqueles produzidos durante a pandemia de covid-19, no município de Belo Horizonte. Para tanto, realizaram-se análise documental, visitas técnicas a serviços assistenciais, entrevistas em profundidade e grupos focais com atores que compõem a rede de cuidado. Os resultados mostraram que a rede é composta por quatro componentes com interseções: pela rede da saúde, da assistência social, da Pastoral Nacional do Povo da Rua (sociedade civil organizada) e a rede criada para cuidado de sintomáticos respiratórios. As mudanças de fluxos impostas pela pandemia repercutiram em dificuldades no acesso aos serviços de cuidado da PSR. Contudo, observou-se a potencialidade para a oferta da integralidade do cuidado, mediante articulações realizadas na pandemia entre a saúde, a assistência social e a sociedade civil organizada.

PALAVRAS-CHAVE Desigualdades sociais em saúde. População em situação de rua. Redes intersetoriais. COVID-19.

ABSTRACT *The COVID-19 pandemic has imposed itself in a acutely and dramatically way, particularly on politically and socially vulnerable groups, such as the homeless population (HP). The literature on health emergency and response and social care needs of the most vulnerable during the pandemic is scarce. This article describes the network of care for HP, including formally instituted pathways of care and those produced during the pandemic of COVID-19, in the city of Belo Horizonte. The methodological path used documentary analysis, technical visits to care services, in-depth interviews and focus groups with the care network stakeholders. The results showed that the network is composed of four components with intersections: the health network, the social care network, the ‘National Pastoral Care of the Homeless People’ (non-governmental organization) and the network created to care for people with respiratory symptoms. The workflow changes imposed by the pandemic resulted in access barriers in different centers offering care for HP. However, it was observed the potentiality of the integral care offer, through the connections built during the pandemic between health, social care, and the non-governmental organizations.*

KEYWORDS Social health inequalities. Homeless population. Intersectorial networks. COVID-19.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas), Instituto René Rachou (IRR) – Belo Horizonte (MG), Brasil. rafaela.alvesmarinho@gmail.com

²Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop), Departamento de Nutrição Clínica e Social, Escola de Nutrição – Ouro Preto (MG), Brasil.



Introdução

Em janeiro de 2020, foi declarada, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii) devido ao novo coronavírus. A emergência sanitária impactou não apenas o setor da saúde como também os setores econômicos, entre outros. Os grupos mais vulnerabilizados, como idosos, pessoas em privação de liberdade e pessoas em situação de rua, encontravam-se mais expostos tanto ao adoecimento quanto ao agravamento da desassistência dos serviços públicos. Tais realidades desafiaram o poder público na produção de respostas alternativas e equitativas para esses sujeitos¹.

Durante a pandemia de covid-19, a População em Situação de Rua (PSR) foi impactada pelo desconhecimento da doença, receio do adoecimento e restrição da mobilidade das pessoas no espaço urbano devido às medidas de prevenção à transmissão da doença. Ela se viu desassistida do seu modo de viver na cidade, com a interrupção abrupta do recebimento de doações, aliada ao fechamento de alguns serviços de assistência social e transposição para atendimentos remotos². A falta de oportunidades de trabalho, a impossibilidade de realizar o isolamento domiciliar e de adotar medidas de proteção como lavar as mãos e fazer uso de máscaras¹ também contribuíram para o agravamento da vulnerabilidade dessa população.

Devido ao contexto em que vive, a PSR está mais exposta ao desenvolvimento de doenças, mediante as condições insalubres e ausência de garantia de direitos básicos e a sobreposição destas a condições de saúde preexistentes à ida para as ruas³. Apresenta também maiores riscos de mortalidade quando essa população é comparada à população geral⁴. Ademais, um dos aspectos relacionados com a extrema vulnerabilidade da PSR se dá pela maior dificuldade desses indivíduos quanto ao acesso a políticas públicas de saúde e de assistência social.

O Sistema Único de Saúde (SUS), como articulador de ações e serviços relacionados com os cuidados em saúde, propõe-se a realizar o atendimento integral às demandas dos indivíduos⁵. Por sua vez, o Sistema Único de Assistência Social (Suas) visa à garantia dos mínimos sociais⁶. Apesar da existência desses sistemas, a Pesquisa Nacional sobre a PSR, de 2009, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social, revelou que 55% dos entrevistados afirmaram ter sido impedidos de entrar em algum estabelecimento, incluindo serviços de saúde, e 18% cerceados de receber o atendimento em saúde³. Aponta também que 67% das pessoas em situação de rua eram negras, sendo o percentual de negros superior ao da população brasileira na época (44,6%)³. A observação dessas informações impele a posicionar o tema do racismo no campo da saúde e no cuidado à PSR. Uma sociedade desigual que, sob o mito da democracia racial, naturaliza as assimetrias em áreas fundamentais da dinâmica social, tais como o trabalho, a educação e a saúde^{7,8}. Dessa forma, o racismo contribui para a persistência das iniquidades em saúde que atingem de modo contundente as populações vulnerabilizadas, como a PSR. Por sua vez, Silva e colaboradores apontam que a implementação de serviços socioassistenciais está aquém do indicado aos municípios brasileiros mesmo antes do início da pandemia².

Estudos sobre as respostas às demandas de saúde e de assistência social dos mais vulnerabilizados durante a pandemia ainda são escassos. Diante da sobreposição de vulnerabilizações da PSR, constata-se a importância de (re)conhecimento da rede de cuidado acessível pelas políticas de saúde e de assistência social nesse contexto.

O presente artigo realiza uma análise descritiva da atuação da rede de cuidado à PSR durante a pandemia de covid-19, considerando os caminhos formalmente instituídos e aqueles produzidos em campo diante dos desafios de adaptação na emergência sanitária no município de Belo Horizonte (BH). Trata-se de um recorte dos resultados do projeto intitulado

‘Alcance das políticas públicas de saúde e proteção social voltadas à população em situação de rua em Belo Horizonte’, financiado pelo Edital Inova do Programa Institucional de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (Pitss).

Material e métodos

Estudo qualitativo, a partir da abordagem de estudo de caso, que realizou uma análise descritiva da atuação da rede de cuidado à PSR em BH e as adaptações ocorridas nessa rede em decorrência da pandemia. A investigação da rede de cuidado à PSR foi composta por informações advindas da análise documental, das visitas técnicas a serviços assistenciais e da análise de entrevistas e grupos focais realizados com diversos integrantes que compõem essa rede.

Foi realizada análise documental de 12 publicações da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e 26 da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), incluindo notas técnicas e demais documentos oficiais disponíveis ao acesso público no *site* da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). Também foram utilizados documentos internos compartilhados pelo Comitê Gestor de Acompanhamento da Pesquisa (CGAP), com recorte temporal de 18 de março de 2020 a 31 de dezembro de 2021.

O CGAP foi um dispositivo estruturante da pesquisa, que garantiu a participação dos atores envolvidos em planejamento, acompanhamento, construção e discussão dos resultados desta, sendo eles os próprios pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); representantes da SMSA e da SMASAC; da Pastoral Nacional do Povo da Rua de BH (PNPR) e do Movimento Nacional das Pessoas em Situação de Rua (MNPR). Foram analisados os documentos publicados entre a publicação do decreto de suspensão dos alvarás comerciais da cidade, dando início ao que ficou conhecido como fechamento da cidade para o isolamento social⁹ e o fechamento anual administrativo dos

serviços públicos do segundo ano pandêmico.

As visitas técnicas ocorreram de 20 de julho de 2021 a 26 de maio de 2022, em 17 equipamentos, sendo 7 equipamentos da SMSA, 4 da SMASAC, 2 de gestão mista entre SMSA e SMASAC, 1 de gestão mista entre o poder público e a Sociedade Civil Organizada (SCO), 2 da PNPR e 1 da Associação dos Catadores de Papelão e Material Reaproveitável (Asmare).

Ademais, houve a realização de 48 entrevistas semiestruturadas com 51 interlocutores, a saber: 6 gestores e 6 trabalhadores do Suas; 5 gestores e 11 trabalhadores do SUS, 2 gerentes de equipamentos intersetoriais coordenados pela SMASAC e pela SMSA; 3 gestores e 2 trabalhadores da PNPR; 2 lideranças de movimentos sociais ligados à PSR; 1 trabalhador da Defensoria Pública; e 13 entrevistas com pessoas em situação de rua e/ou pessoas que superaram essa condição. Além disso, foram realizados 4 grupos focais com a PSR totalizando 35 participantes. Posteriormente, os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo¹⁰. As entrevistas e os grupos focais foram identificados por sigla (EGT para Entrevista de Gestor ou Trabalhador, EPSR de Pessoa em Situação de Rua e GF para Grupo Focal), seguida de um número de forma a garantir a anonimidade dos interlocutores.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou – Fiocruz Minas, em 24 de março de 2021, sob o registro CAAE: 43259221.6.0000.5091 e número do parecer 4.610.014. Além das informações das fontes de dados referidas, as informações da coleta de dados secundários sobre os serviços de saúde e assistência social, objetivo do projeto maior financiado, serão apresentadas ao longo do texto de forma a subsidiar as discussões.

Resultados e discussão

A rede de cuidado à PSR em BH durante a pandemia foi composta por quatro componentes de redes e suas interseções. Essa rede

tem formação intersetorial com espaços de articulação formalmente instituídos e aqueles produzidos. Dessa forma, a composição é dada pelas redes da saúde, da assistência social e da PNPR, integrando um quarto elemento, a rede formada para o cuidado dos sintomáticos respiratórios, que foi coordenada pela saúde com articulação intersetorial, sendo destacada

como uma rede específica no enfrentamento da pandemia.

A Rede de saúde de Belo Horizonte

Apresenta-se a seguir o quadro-resumo (*quadro 1*) da rede de saúde em BH com os principais equipamentos.

Quadro 1. Rede de saúde de Belo Horizonte

Rede de Saúde de Belo Horizonte				
			Pontos de destaque	
	Equipamentos	Distribuição	Característica da política/serviço para a PSR	Implicações da pandemia para a organização do cuidado para a PSR
Atenção Primária	Centros de Saúde (CS)	152 unidades distribuídas em 9 regionais ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenação da rede e coordenação do cuidado - Barreiras de acesso relacionadas com a solicitação de documento de identidade para atendimento ou endereço físico na área de cobertura da unidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Mudanças de fluxo na pandemia - Ponto de cuidado de sintomáticos
Equipamentos itinerantes	Consultório na Rua (CR) BH de Mãos Dadas Contra a Aids (BHMDCA)	4 equipes ¹¹ 18 redutores de danos atendem as 9 regionais ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> - Atuação <i>in loco</i> - Vinculação com usuários - Atuação no enfrentamento de barreiras de forma a garantir o acesso da PSR aos serviços da saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuição na identificação e encaminhamento de sintomáticos - Contribuição na vacinação da PSR contra covid-19
Serviços Substitutivos	Centro de Referência em Saúde Mental (Cersam) Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas (Cersam AD)	8 unidades atendendo 9 regionais ¹¹ 5 unidades atendendo 9 regionais ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação com outros serviços do cuidado - Construção de estratégias de flexibilização de referenciamento territorial 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento no atendimento da PSR - Dificuldade com as especificidades da PSR
Atenção Secundária	Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	9 unidades, sendo 1 em cada regional ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> - Referência do serviço para outras demandas além de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Ponto de cuidado dos sintomáticos

Fonte: elaboração própria.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como papel descrito na Política Nacional da Atenção Básica a ordenação da rede e coordenação do cuidado¹², sendo esse papel observado na

rede de cuidado à PSR, exercido em especial por dois CS, os CS Carlos Chagas e Oswaldo Cruz, que se destacam com o maior número de atendimentos e como indicação de referência

pela própria PSR. Pode-se explicar esse papel desigual dos CS com a concentração da PSR nas regionais Centro-Sul e Leste da cidade, que são territórios que concentram atividades econômicas e maiores possibilidades para estratégias de subsistência dessa população em contraponto a outras regionais mais periféricas. Além disso, o CS Carlos Chagas, por um longo período, foi referência para a PSR de toda a cidade, tendo uma equipe de Saúde da Família específica para essa população. Segundo as narrativas, apesar de atualmente todos os CS atenderem a PSR de seu território, é observada a manutenção do vínculo da PSR com o CS Carlos Chagas.

Uma outra coisa que eu vejo muitos pacientes, relata pra mim, aqui no Centro de Saúde eles preferem vir aqui porque eles conseguem esse atendimento. Quando eles vão em outra unidade de saúde, já não conseguem ser atendido pela falta de documento. Ou até mesmo de ter esse receio das outras unidades de saúde de atender população de rua também, entendeu? Eu já ouvi muitos pacientes relata pra mim, que prefere vir aqui, mesmo não tando no território do Carlos Chagas, porque o atendimento é diferenciado para essa população em si. (EGT 11).

A partir de uma revisão integrativa realizada sobre o acesso da PSR aos serviços de saúde, diferentes estudos reconhecem que as barreiras de acesso a esse público ocorrem em decorrência da estigmatização perpetrada pelos trabalhadores e das dificuldades de flexibilização de protocolos para atendimento desse público¹³.

Outra barreira de acesso encontrada, dessa vez específica ao período da pandemia, foi a mudança de fluxo de atendimentos na cidade durante a emergência sanitária. Entre março e agosto de 2021, alguns CS foram transformados em uma Unidade de Atendimento 24 horas não covid-19¹¹, entre eles, o CS Carlos Chagas, sendo os usuários atendidos nesse CS direcionados para outros locais, ocasionando fragilização do vínculo e aumento da

distância necessária a ser percorrida até esses equipamentos, o que pode ter sido limitador do acesso da PSR ao serviço de saúde.

A gente teve um período da UPA que os nossos pacientes foram divididos em três Centros de Saúde. [...] E aí... atrapalhou, sabe? Fica assim, fez uma confusão na cabeça dos nossos pacientes, que vinha aqui era UPA, mas eu quero falar com a Dra. tal que me atendeu. [...] para o paciente foi prejudicial. (EGT 11).

Fora dos períodos de alta incidência com a mudança de fluxo, todos os CS acolhiam a demanda espontânea ou usuários encaminhados por outro serviço da saúde ou da assistência social com sintomas respiratórios. Além disso, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) também atuaram na identificação da população sintomática¹¹.

Os serviços itinerantes de atendimento à PSR, CR e BHMDCA, aparecem como ferramentas para a consolidação do acesso aos serviços de cuidado para a PSR, tanto da perspectiva dos trabalhadores como dos usuários, antes e durante a pandemia de covid-19. O CR é um dispositivo da APS que, por sua vez, compõe a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) com atuação *in loco* e equipe multidisciplinar. O programa BHMDCA, por seu turno, é vinculado à Coordenação de Saúde Sexual e Atenção às IST, AIDS e Hepatites Virais e realiza atividades formativas sobre saúde sexual e abordagens em campo na perspectiva da redução de danos, atuando, entre outros locais, em cenas públicas de uso de drogas¹¹. Durante a pandemia, as equipes itinerantes foram importantes na identificação de usuários sintomáticos respiratórios e direcionamento destes para os cuidados necessários.

[...] tivemos contato com o Consultório de rua também pra gente encontrar algum usuário que estava com suspeita de covid. Porque o Consultório de Rua né, ele é itinerante, tá em várias cenas de uso, então pra eles é mais, é, fácil chegar a esse usuário do que pra nós [...]. (EGT 20).

Para garantia de um efetivo atendimento e um maior vínculo com os usuários, o CR algumas vezes atua fora da sua área de cobertura ou em locais diferenciados a depender do contexto do território. O CR também se propõe a acompanhar usuários em outras consultas e realizar escuta qualificada das demandas apresentadas pela PSR nos seus locais de fixação. Corroborando os achados da pesquisa, alguns estudos demonstram que, para a garantia do acesso à saúde, o CR utiliza-se de estratégias como o fortalecimento de vínculo, atendimentos itinerantes e prática baseadas na redução de danos¹³⁻¹⁵.

[...] É... usuário, ele transita muito. Eles circula muito e ele tem alguns pontos, assim é bem muito na divisa entre os dois territórios, né... E até mesmo por equipamentos e questões que a gente tem [...] rede enquanto comércio né... [...] que são locais que... esses pacientes conseguem sobreviver, né... vendendo as suas coisas ou até mesmo no movimento de pedir mesmo. É perto do... hospital ali, né... E da UPA nordeste também, que é lugar inclusive de vigiar carro. Então, esses paciente, eles circulam no, procurando esses territórios com que eles conseguem sobreviver e se abrigar, né... Tanto de comida quanto pra permanência, só as pernoites. E... aí a gente consegue circular, não tem como né... fazer divisão do ser humano né... porque ele atravessou a fronteira que a gente vai deixar de atendê-lo, né... (EGT 7).

No tocante ao cuidado em saúde mental, Cersam e Cersam AD – nomenclaturas utilizadas em BH para se referir, respectivamente, ao Centro de Atenção Psicossocial e ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – são equipamentos da Raps que tiveram aumento da utilização pela PSR durante a pandemia, conforme a percepção dos participantes da pesquisa, sendo este um ponto de cuidado continuado já existente antes da pandemia.

E aí os usuários conseguem acessar com facilidade. É uma coisa que ficou nítida pra mim, [...] mas

ficou muito evidente essa questão da crise que é uma crise psicossocial de fato, né... uma crise econômica. Uma crise da miséria e eu acho que [...] É... não só de volume de pessoas que começaram a transitar, é no Centro, porque isso é real também, né... Teve um... A sensação que a gente tem é que teve um aumento no volume de pessoas circulando e tendo situações de desestabilização [durante a pandemia], psiquiátrica, né... psíquica na rua, mas não é só o volume, eu acho que a precariedade, isso ficou muito claro assim, né... Dos usuários estarem cada vez mais precários desse ponto de vista social, assim... (EGT 12).

O cuidado em saúde mental é um ponto de cuidado importante para a PSR uma vez que, segundo a já citada Pesquisa Nacional sobre a PSR, 36% dos entrevistados consideram o uso prejudicial de álcool e outras drogas como causa isolada de ida para as ruas e 17% têm histórico de internação psiquiátrica³, o que foi refletido na utilização dos serviços em BH. Foram destacadas a importância e as referências positivas com relação aos equipamentos da saúde mental, com destaque para a articulação destes com CS, CR, equipamentos de outras políticas e os equipamentos criados para enfrentamento da pandemia, como o serviço de acolhimento emergencial. Em contraponto, também houve menções pelos trabalhadores e gestores entrevistados sobre a necessidade de maior atenção aos critérios de inserção dos usuários para acompanhamento nos serviços e ao acolhimento do público PSR no serviço AD.

Nos serviços da Raps, foram observadas estratégias construídas para além do trabalho prescrito para garantir o cuidado em saúde mental da PSR, como flexibilização de referenciamento territorial e articulação com outros agentes da comunidade. No entanto, com relação ao atendimento realizado, observa-se que ainda há uma dificuldade de reconhecimento das especificidades desses usuários para construção de estratégias de acolhimento e condução dos casos¹⁶. Nesse sentido, há poucos estudos tratando sobre o acesso aos serviços especializados e de urgência da Raps pela PSR¹⁵.

E aí a gente fez essa parceria com o pessoal, com o dono da padaria pra nos ajudar na administração de medicamentos que eles só aceitavam dele, porque eles sabiam que ele não ia dar nada envenenado, né? Tinha uma paranoia de que os profissionais, tanto do centro saúde como da abordagem especial, como também é do que estavam, é querendo, é envenená-los. Então assim, foi muito interessante ter essa articulação territorial, né não só intersetorial, mas também territorial, é assim me encantou sabe. A forma como que a gente conseguiu cuidar dessa população no território, eram poucos, muito pouco mesmo né. (EGT 27).

As UPA Centro-Sul e Noroeste foram as que registraram maior volume de atendimento à PSR no município, sendo importantes portas de entrada para a PSR na rede de cuidado à saúde e como acesso a outras ofertas de cuidado. Esse é um fluxo constituído a partir dos próprios usuários, que buscam o atendimento nesse serviço mesmo em demandas que poderiam ser atendidas em outros pontos da rede de saúde. Para garantir esse atendimento e/ou encaminhamentos, alguns usuários, inclusive, intencionalmente reforçam a gravidade de sintomas ou condições de saúde.

É, eu acredito o seguinte: pra UPA, é, pra eles, ele é um local que eles não têm só o atendimento em si. Eu acho que eles percebem a UPA mais ou menos assim [...]: eu tô indo na UPA, eu vou ter acesso a um local que eu vou tomar banho, eu vou ter acesso tudo junto, eu vou conseguir

minha alimentação, vou conseguir dormir, eu vou conseguir também é que alguém arranje pra mim roupas limpas, porque tudo isso a gente faz, tá? A gente arranja roupa pra eles, a gente recebe doações, então, esse paciente de rua quando ele chega, ele tem um acesso a higienização, é, ele tem acesso ao local confortável, seguro pra ele dormir, enfim. (EGT 29).

Durante a pandemia, a PSR com sintomas respiratórios poderia buscar a UPA espontaneamente ou encaminhada por outros serviços. Na presença de sintomas respiratórios, o usuário era submetido ao teste rápido de antígeno e, em caso positivo, era encaminhado para o equipamento de isolamento social. Caso o teste rápido desse negativo, o RT-PCR era realizado, e o usuário aguardava o resultado no serviço de acolhimento emergencial, criado durante a pandemia para esse fim. Com a confirmação do resultado positivo, o indivíduo permanecia em isolamento¹⁷. O fluxo oficial foi adaptado para aumentar a adesão da PSR à realização do teste com outros serviços de saúde realizando o encaminhamento, incluindo os CS e Cersam.

A Rede da assistência social de Belo Horizonte

Apresenta-se a seguir o quadro-resumo (*quadro 2*) da rede de assistência social em BH com os principais equipamentos de cuidado para PSR.

Quadro 2. Rede de assistência social de Belo Horizonte

Rede de Assistência Social de Belo Horizonte				
			Pontos de destaque	
	Equipamentos	Distribuição	Característica da política/ serviço para a PSR	Implicações da pandemia para a organização do cuidado para a PSR
Proteção Social Básica	Centro de Referência de Assistência Social (Cras)	34 unidades em áreas de alto risco e vulnerabilidade social das 9 regionais ¹⁸	- Ponto de cuidado para a PSR	- Fechamento do atendimento presencial e adoção da modalidade remota
Proteção Social Especializada	Centro de Referência Especializado em Assistência Social (Creas)	9 unidades, sendo 1 em cada regional ¹⁹	- O Serviço de Abordagem Social (Seas) atua como canal para acesso da PSR à rede socioassistencial e articulação com os serviços itinerantes da saúde.	- Manutenção do atendimento presencial apenas do Seas - Importância do Seas na vinculação com usuários e atendimento das demandas sociais durante a pandemia
	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP)	3 unidades ¹⁹	- Quantitativo insuficiente para atendimento da PSR - Equipamentos localizados em pontos mais centrais do município	- Importante referência para PSR durante a pandemia - Restrição de atendimentos durante a pandemia
	Acolhimento Institucional - Modalidade Casa de passagem	Abrigo São Paulo (200 vagas para homens, mulheres e famílias) e Albergue Tia Branca (400 vagas masculinas) ¹⁹	- Críticas pela PSR à estrutura e regras de funcionamento	- Adaptação para cumprimento das recomendações sanitárias - Restrição de atendimentos
Segurança Alimentar	Restaurante Popular	5 unidades	- Gratuidade para a PSR	- Fechamento dos salões, distribuição de marmitas e ampliação do funcionamento para final de semana

Fonte: elaboração própria.

O Cras apresentou-se como um dos pontos que compõem a rede de cuidado à PSR na Assistência Social apesar de não estar na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais referenciados a esse público¹⁸. Outro importante equipamento utilizado pela PSR são Creas que incluem o Seas, também conhecido como abordagem de rua, direcionado, entre outros, para atendimento da PSR. Diante disso, o fechamento e a adoção do atendimento remoto, no caso do Cras, e a manutenção apenas do atendimento presencial do Seas, no caso do Creas,

impactaram o atendimento da PSR durante a pandemia devido à dificuldade desse público em acessar serviços remotos. Além disso, os serviços que permaneceram abertos com protocolos sanitários mais rígidos relataram que o funcionamento on-line ou o fechamento dos demais serviços causaram sobrecarga de trabalho.

Houve uma outra questão muito grave com relação ao CAD Único, os Cras e Creas fecharam. Eles fecharam durante a pandemia e isso foi grave em todos os sentidos, podiam ter pensado outra

forma, atender num outro lugar, é atender com mais segurança, enfim, mas fechar aí pelo tempo que fecharam, foi gravíssimo. Porque as pessoas em situação de rua não têm acesso ao digital. Não tinham habilidade de se cadastrar para receber o auxílio emergencial, então, muitas cadastradas receberam, cadastraram com o celular de alguém, que ajudou e tal e fez o cadastro, alguns deu certo e receberam com esse cadastro, outros a pessoa, né, fez o cadastro e, também, ficou com o dinheiro, imagino, [...]. (EGT 25).

O Seas, enquanto serviço itinerante voltado para atendimento da PSR, foi reconhecido como um importante canal para acesso da PSR à rede socioassistencial e estabelece importante articulação com os serviços itinerantes da saúde. Ele também sofreu restrições em sua atuação durante alguns momentos da pandemia. No município, existem 102 profissionais atuando no Seas¹⁹. Durante a pandemia, ele contribuiu de maneira significativa na identificação de usuários com sintomas respiratórios, direcionando-os aos serviços de saúde.

Hoje já deu uma amenizada porque alguns outros serviços já reabriram, mas no início da pandemia, o Centro Pop e a Abordagem de Rua foram os serviços que mais acolheram a população de rua mermo, principalmente no início né, que eles ficaram, até sem água na rua né, porque como os estabelecimentos todos fecharam, que é uma outra forma deles conseguirem a alimentação, e aí a gente teve uma sobrecarga muito grande mesmo com a procura da população de rua. (EGT 20).

Durante esse período de fechamento e restrições, avalia-se que a falta da referência física prejudicou não apenas o atendimento social e as orientações ligadas ao enfrentamento da pandemia, mas também fechou uma importante porta de entrada de usuários, prejudicando os encaminhamentos para outros serviços das redes socioassistenciais e de saúde. Em concordância com os achados em outros estudos²⁰, muitos dos desafios estruturais de funcionamento dos equipamentos da assistência social

já eram preexistentes à pandemia no município, mas viram o seu agravamento durante esse período diante da restrição dos atendimentos e aumento dos usuários.

O Centro POP teve papel central na rede de cuidado à PSR devido à extensão de serviços ofertados, desde atendimentos e acompanhamentos socioassistenciais prestados por equipe multidisciplinar até oferta de alimentação e suporte para higiene pessoal¹⁹. Antes da pandemia, a cidade de BH possuía duas unidades do Centro POP para adultos, sendo uma localizada na regional Centro-Sul e a outra na regional Leste. No entanto, a partir do aumento da demanda, foram realizadas reformas nas unidades para expansão dos serviços, levando depois à concretização de uma terceira unidade na regional Noroeste. A restrição dos atendimentos e das atividades coletivas nesse equipamento durante a pandemia, devido às recomendações sanitárias de distanciamento social, foi fonte de descontentamento de seus usuários.

No POP, A gente tem que chegar, pegar o lanche e sair. Antigamente a gente podia sentar... Lanchar lá dentro lá. E quisesse ficar até lá, até o final do dia podia ficar. [...] Às vezes ali, ali é o suficiente porque a gente podia conversar com as pessoas ali dentro, e agora não pode, tem que pegar o lanche e sair. (EPSR 8).

Entre os Serviço de Acolhimento Institucional, dá-se destaque às casas de passagem que em BH são duas unidades: o Albergue Tia Branca, localizado na regional Centro-Sul, e o Abrigo São Paulo, localizado na regional Norte. O Albergue Tia Branca, em junho de 2021, implementou uma estratégia de reordenamento da unidade na qual reduziu a oferta de vagas desta primeira unidade para 280, e criou outra unidade de acolhimento, denominada Albergue Tia Branca II, com a capacidade de 120 vagas^{19,21}. Além da redução de vagas, outras medidas também foram tomadas durante a pandemia, como orientações sobre higienização das mãos, distribuição

de máscaras e monitores que verificam os protocolos de isolamento social.

Por fim, constatou-se, também, a importância da gratuidade dos restaurantes populares para a segurança alimentar da PSR¹⁹. Durante a pandemia, houve alteração no atendimento dos restaurantes populares por meio do fechamento dos salões e da distribuição de marmittas em pontos externos; também a ampliação do atendimento de outras unidades para os finais de semana e a definição do atendimento exclusivo à PSR enquanto permanecesse o período de isolamento social e as restrições ao comércio. Entretanto, a questão do acesso ao Restaurante Popular e as mudanças no seu fluxo foram destacadas pelos interlocutores como barreiras para a PSR, em especial, devido à escassez de funcionários e locais de distribuição de formulários ou fichas para acesso ao benefício em comparação ao volume de demanda da PSR.

A Rede da SCO de Belo Horizonte: Pastoral Nacional do Povo da Rua

Ao desenhar as redes de cuidado da PSR, foi identificada a participação da SCO, com destaque à PNPR que teve importantes ações no enfrentamento da pandemia de covid-19 por esse público. Inicialmente, destaca-se que a PNPR de BH atua na PSR há mais de 20 anos e está integrada com as lideranças do MNPR. Assim, foram desenvolvidas duas ações centrais: o Canto da Rua Emergencial e as pousadas para hospedagem da PSR²².

O projeto Canto da Rua Emergencial funcionou entre junho de 2020 e 27 de agosto de 2021. O seu financiamento foi provido, nos três primeiros meses, por recursos da iniciativa privada e, após esse período, custeado pela PBH. O Canto da Rua Emergencial tinha como proposta acolher pessoas em situação de vulnerabilidade durante o dia, concentrando a oferta de serviços que iam desde alimentação, banho, atendimentos de diversas políticas até atividades coletivas. A metodologia adotada

para a construção do serviço foi da horizontalidade, sendo direcionada para o protagonismo e a autonomia da PSR. O Canto da Rua Emergencial foi reconhecido por diversos atores como uma importante estratégia para o cuidado no contexto pandêmico e desencadeou reflexões sobre a potência de serviços intersetoriais.

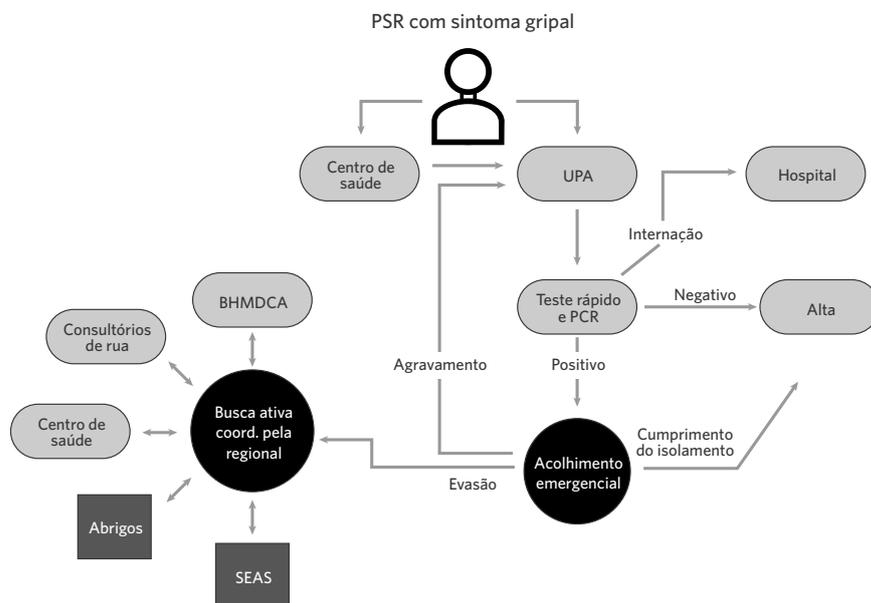
Você pode perceber, se a gente tá conversando aqui dentro da rua, você pode perceber o tanto de gente que está sendo assistida, né? Pessoas tão tomando banho, pessoas tão lavando sua roupa, pessoas tão se alimentando, tão fazendo artesanato lá na oficina, né? Isso tudo ocupa o tempo da pessoa, o dia da pessoa e mais: a sua mente. Eu acho que o Canto da Rua e ações como essa, independente se é a pastoral, se é governo se é uma igreja, o que que é que seja, tinha que ter mais e não se pode nunca nem cogitar em fechar um lugar desse. (EPSR 4).

Os recursos financeiros oriundos da iniciativa privada também viabilizaram o aluguel de casas, conhecidas como pousadas, no centro de BH, para hospedar a PSR, os idosos e as pessoas com comorbidades²². A Pastoral alugou quatro casas, no pico da pandemia, com o intuito de abrigar a PSR sem local possível de isolamento. Aos poucos, estabeleceram uma demanda para duas unidades, sendo uma de casos com maior redução de autonomia e outra de casos mais autônomos, chegando a abrigar 120 hóspedes concomitantemente. As equipes do Canto da Rua Emergencial e das pousadas também contribuíram para a identificação da PSR com sintomas respiratórios e o direcionamento destas para os serviços de saúde.

A Rede de cuidado à PSR no enfrentamento da covid-19 em Belo Horizonte: o acolhimento emergencial e a vacinação

A *figura 1* apresenta a rede de cuidado à PSR com sintomas respiratórios durante a pandemia de covid-19 em BH.

Figura 1. Rede de cuidado da PSR no enfrentamento da pandemia de covid-19



Fonte: elaboração própria.

Retângulos cinzas: Serviços de Saúde; Quadrados cinza-escuro: Serviços de Assistência Social; Círculos pretos: Serviços de gestão integrada.

O maior destaque da rede de cuidado à PSR no enfrentamento da pandemia de covid-19 dá-se ao Serviço de Acolhimento Provisório e Emergencial para PSR e outras vulnerabilidades sociais criado em 7 de abril de 2020, sendo um serviço de gestão mista entre a SMSA e a SMASAC²³. Esse serviço foi destinado à PSR e às pessoas com outras vulnerabilidades sociais, com indicativo de isolamento social por suspeita ou confirmação de covid-19, com quadro leve de sintomas respiratórios sem indicação clínica para internação hospitalar²³. O serviço não tinha sistema de porta aberta, e o acesso se dava por meio do encaminhamento de pessoas com sintomas respiratórios pela UPA, CS, CR e BHMDCA, e, posteriormente, o Cersam. Em mapeamento realizado nos municípios das regiões Sudeste e Nordeste, diante da maior concentração de PSR nesses locais, foram identificados apenas dois serviços voltados para acolhimento de sintomáticos de covid-19: BH e Recife².

Devido à boa estrutura de um dos locais em que o serviço foi instalado, alguns

profissionais relataram solicitação da PSR para utilização do local enquanto uma demanda de abrigamento. Por outro lado, havia recusa de algumas pessoas com sintomas gripais de se manterem no isolamento, uma vez que significaria 10 a 14 dias longe do seu local de permanência, sem o uso de álcool e outras drogas e longe dos outros colegas e animais de estimação. Após o encaminhamento, os acolhidos, muitas vezes, tinham dificuldade em permanecer em isolamento e atender às regras do serviço, seja por crises de saúde mental, seja por quadros de abstinência de álcool e outras drogas. Em alguns casos, foi solicitado o suporte da saúde mental para atendimento de usuários em crise.

Em casos de agravamento dos sintomas, o encaminhamento realizado pela equipe da saúde deveria ser, preferencialmente, para a UPA²³. Quando o usuário recebia alta do acolhimento emergencial, era ofertado encaminhamento para serviços da assistência social de acolhimento institucional, como na modalidade casa de passagem¹¹.

Em relação à imunização contra a covid-19, a vacinação da PSR iniciou-se em 26 de maio de 2021, porém, o baixo número de vacinados levou a SMSA a pensar em outras estratégias para maior alcance desse público. Sendo assim, em um segundo momento, a coordenação de imunização acionou o CR, o BHMDCA e apoio da SMASAC para acompanhar as equipes de vacinação no território. É relatado que a vacinação da PSR ocorreu no município com registro em planilha separada, sem utilização de sistemas que requeressem documento de identidade, eliminando a possibilidade dessa barreira. Houve outras barreiras na vacina relacionadas com desconfianças devido às notícias falsas sobre a imunização e o medo dos efeitos colaterais.

[...] o profissional de enfermagem do consultório de rua começou a vacinar junto com a equipe de imunização porque tinha dias, por exemplo, que o enfermeiro do consultório de rua não podia tá, mas que tinha a pessoa da imunização para realizar a vacinação. E aí a gente começou a ir in loco nos territórios pra realizar a vacinação. [...] Nas regionais onde consultório de rua não tem equipe, [...], a gente contou com apoio das equipes do Seas e do BH de mãos dadas, até nos territórios onde o consultório de rua tá. [...]. (EGT 8).

Considerações finais

A pandemia de covid-19 teve impacto direto na vida dos sujeitos e na organização mundial. O presente artigo apresentou a rede de cuidado à PSR no município de BH durante o período pandêmico. Apesar de se tratar da realidade de um dos muitos municípios brasileiros e de não ter como pretensão a generalização, este estudo fornece importantes apontamentos sobre a constituição dessa rede e sua capacidade de suporte a uma população demasiadamente vulnerabilizada quanto à PSR durante um período de emergência sanitária.

As mudanças de fluxos impostas pela pandemia repercutiram em dificuldades no acesso ao CS referência para a PSR quando este foi transformado temporariamente em serviço de urgência, bem como o fechamento ou a adoção da modalidade de atendimento remoto do Cras e do Creas no âmbito da assistência social. Nesse período, as intervenções das equipes itinerantes, como Seas, CR e BHMDCA, foram fundamentais no acesso e na continuidade do cuidado à PSR. Por meio das articulações realizadas na pandemia entre os setores de saúde e a assistência social, assim como destes com a PNPR, observou-se a potencialidade para a efetividade da integralidade do cuidado constituído mediante articulações intersetoriais.

Por fim, os resultados apontam para a necessidade de formulação de políticas públicas que acolham as especificidades da PSR em momentos de emergência sanitária. É necessário que tais políticas tenham como princípio a atuação intersetorial somando esforços para o atendimento integral das demandas da PSR, incluindo os setores da saúde, assistência social e outros atores interessados, como a SCO, e o fortalecimento dos mecanismos de participação social desses sujeitos.

Colaboradores

Marinho RA (0009-0007-6577-9325)* contribuiu para concepção, definição da metodologia, avaliação da coleta dos dados e resultados, escrita e revisão final do manuscrito. Martins ALJ (0000-0001-5634-9023)*, Souza AA (0000-0002-2408-7054)*, Fernandes LMM (0000-0002-5440-7928)*, Dantas ACMTV (0000-0001-8499-9429)* e Oliveira AMC (0000-0003-4708-4857)* contribuíram igualmente para concepção, definição da metodologia, avaliação da coleta dos dados e resultados e revisão final do manuscrito. Paes-Sousa R (0000-0002-3384-6657)* contribuiu para a concepção e revisão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Silva TD, Natalino MAC, Pinheiro MB. População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais [Internet]. Nota Técnica nº 74. Brasília, DF: Ipea; 2020 [acesso em 2023 maio 1]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10078>
2. Silva TD, Natalino MAC, Pinheiro MB. Medidas Emergenciais para a População em Situação de Rua: enfrentamento da pandemia e seus efeitos [Internet]. Boletim de Análise Político-Institucional nº 25. Brasília, DF: Ipea; 2021 [acesso em 2023 maio 1]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10495/1/bapi_25_MedidasEmergPopRua.pdf
3. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Rua aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; 2009 [acesso em 2023 maio 1]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf
4. O'Connell JJ. Premature mortality in homeless populations: a review of the literature [Internet]. Nashville: National Health Care for the Homeless Council, Inc.; 2005 [acesso em 2023 maio 12]. 19 p. Disponível em: <http://sbdww.org/wp-content/uploads/2011/04/PrematureMortalityFinal.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 31 Dez 2010.
6. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (BR), Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social, PNAS-2004: Norma Operacional Básica NOB-SUAS. Brasília, DF: MDS; 2004.
7. Nascimento A. O genocídio do negro brasileiro: processos de um racismo mascarado. 3. ed. São Paulo: Perspectivas; 2016. 232 p.
8. Theodoro M. A sociedade desigual: racismo e branquitude na formação do Brasil. Rio de Janeiro: Zahar; 2022.
9. Belo Horizonte (MG). Decreto nº 17.304. Determina a suspensão temporária dos Alvarás de Localização e Funcionamento e autorizações emitidos para realização de atividades com potencial de aglomeração de pessoas para enfrentamento da Situação de Emergência Pública causada pelo agente Coronavírus - COVID-19. Diário Oficial do Município de Belo Horizonte. 18 Mar 2020.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Belo Horizonte (MG). Secretaria Municipal de Saúde. Sistema Único de Saúde: relatório de gestão 2021. Belo Horizonte: SMSA; 2022.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 22 Out 2011.
13. Andrade R, Costa AAS, Sousa ET, et al. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. Saúde debate. 2022;46(132):227-239. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>
14. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. Saúde debate. 2015;39(esp):246-256. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>
15. Wijk, LB, Mângia EF. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. Ciênc saúde coletiva. 2019;24(9):3357-3368. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.29872017>

16. Nogueira MTAG. Pandemia e Solidariedade: conhecendo a frente humanitária canto da rua emergencial e os desafios da população em situação de rua, em tempos de pandemia da Covid-19 [dissertação na Internet]. Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou; 2021 [acesso em 2023 maio 1]. 124 p. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/51019/D_2021_Maria%20Tereza%20A%20G%20Nogueira.pdf?sequence=2&isAllowed=y
17. Belo Horizonte (MG). Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica COVID-19 nº 033/2020. Orientações para a vigilância epidemiológica e diagnóstico laboratorial de vírus respiratórios no município de Belo Horizonte. Belo Horizonte: SMSA; 2020.
18. Prefeitura de Belo Horizonte (MG). Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) . PBH. 2018 fev 6 [acesso em 2023 maio 1]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/assistencia-social/equipamentos/cras>
19. Belo Horizonte (MG). Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania, Subsecretaria de Assistência Social. Informações dos serviços socioassistenciais que atendem a PSR e suas alterações durante a pandemia. Dados fornecidos pela Diretoria de Proteção Social Especial da Subsecretaria de Assistência Social através do Comitê de acompanhamento da pesquisa INOVA-PSR. Belo Horizonte: SMASAC; 2022.
20. Camargo JA, Azevedo CA, Magalhães CD. Política de assistência social e pandemia: desafios à atuação profissional do/da assistente social no CRAS. *Rev. O Social em Questão*. 2022;1(54):351-372. DOI: <https://doi.org/10.17771/PUCRio.OSQ.60408>
21. Belo Horizonte (MG). Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania. Subsecretaria de Assistência Social. Relatório produzido pela Diretoria de Proteção Social Especial da Subsecretaria de Assistência Social através da autorização do Pesquisa SUAS. Comitê de acompanhamento da pesquisa INOVA-PSR. Belo Horizonte: SMASAC; 2021.
22. Bove C, Melo M, Azeredo EPB, et al. Relato de boas práticas: Canto da Rua Emergencial [Internet]. Brasília, DF: ComPAPS Fiocruz; 2022 [acesso em 2023 maio 1]. Disponível em: <https://sites.google.com/view/ideiasus-compaps-mg/relatos-de-boas-pr%C3%A1ticas>
23. Belo Horizonte (MG). Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania, Subsecretaria de Assistência Social, Diretoria de Proteção Especial. Orientação Técnica DPES/SUASS nº 012 / 2020. Orientações Técnicas aos Serviços Socioassistenciais de Atendimento e acompanhamento à População em Situação de Rua sobre o Acolhimento Provisório e Emergencial dos usuários com indicativo pela saúde de isolamento social domiciliar por suspeita e/ou confirmação da COVID-19. Belo Horizonte: SMASAC; 2020.

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 17/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Edital Inova do Programa Institucional de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (Pitss)

Editores responsáveis: Adriana Miranda de Castro e Franco Antonio Neri de Souza e Lima

Promoção da Alimentação Adequada e Saudável no campo: caminhos para reflexão e práxis com Agentes Comunitários de Saúde

Promotion of Healthy and Adequate Food in a rural territory: pathways to reflection and praxis with Community Health Workers

Beatriz Oliveira Blackman Machado¹, Anelise Rizzolo de Oliveira¹, Etel Matiolo²

DOI: 10.1590/2358-28982024E18717P

RESUMO A garantia de uma alimentação adequada e saudável está no rol de direitos humanos necessários para promoção da saúde. As desigualdades na distribuição de recursos e dificuldades de acesso a políticas públicas resultam em piores condições de vida das populações do campo, onde a insegurança alimentar e nutricional está mais presente que nos centros urbanos. Assim, as equipes de saúde da família do campo enfrentam diferentes desafios no processo de trabalho, sendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) profissionais-chave para a garantia do acesso ao serviço. Este trabalho apresenta o caminho teórico-metodológico dos Círculos de Cultura com quatro ACS do campo no Distrito Federal e as percepções desses profissionais sobre alimentação adequada e saudável pela lente da análise do discurso. Ao longo de dois encontros, foi possível refletir sobre todas as dimensões abordadas pelo referencial teórico, com exceção da etnia/raça, além da conscientização acerca das relações de poder no território. Por meio da educação popular, vislumbra-se a transformação da realidade com ações coletivas para melhoria do acesso a alimentos saudáveis no território. Os Círculos de Cultura se mostraram um caminho potente para construção do conhecimento aliada a um olhar crítico sobre a determinação social no território.

PALAVRAS-CHAVE Agentes Comunitários de Saúde. Saúde da população rural. Educação popular em saúde. Segurança alimentar e nutricional.

ABSTRACT Ensuring adequate and healthy food is one of the human rights necessary to promote health. Inequalities in the distribution of resources and difficulties in accessing public policies result in worse living conditions for rural populations, where food and nutritional insecurity is more prevalent than in urban centers. Thus, rural family health teams face different challenges in the work process, with Community Health Workers (CHWs) being key professionals in ensuring access to the service. This paper presents the theoretical-methodological path of Culture Circles with four CHWs from the countryside in the Federal District and the perceptions of these professionals about adequate and healthy eating through the lens of discourse analysis. Over the course of two meetings, it was possible to reflect on all dimensions covered by the theoretical framework, except ethnicity/race, in addition to raising awareness about power relations in the territory. Through popular education, the transformation of reality is envisioned with collective actions to improve access to healthy food in the territory. The Culture Circles proved to be a powerful way for building knowledge combined with a critical look at social determination in the territory.

KEYWORDS Community Health Workers. Rural health. Popular health education. Food and nutrition security.

¹Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
blackman.nutricao@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.



Introdução

A garantia de uma Alimentação Adequada e Saudável (AAS) está no rol de direitos humanos necessários para promover a saúde da população¹. No Brasil, principalmente a partir das discussões realizadas no âmbito dos Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) e das conferências de segurança alimentar e nutricional, a AAS consiste na

[...] realização de um direito humano básico, com a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo de vida e as necessidades alimentares especiais, pautada no referencial tradicional local. Deve atender aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação, prazer (sabor), às dimensões de gênero e etnia, e às formas de produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos, biológicos e de organismos geneticamente modificado¹.

Isso amplia a concepção reducionista da alimentação saudável, considerando dimensões sociais, econômicas, ambientais e culturais que envolvem o campo da alimentação e nutrição enquanto dever do Estado²⁻⁴. Os movimentos sociais foram imprescindíveis para que a pauta da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) tivesse tamanha relevância política, especialmente no período de 2003 a 2014^{5,6}, quando as políticas voltadas à sua garantia receberam maiores investimentos, refletindo no aumento progressivo da SAN na população brasileira como apontou a Pesquisa de Orçamentos Familiares⁷.

A aprovação da Emenda Constitucional nº 95, de 2016, afetou drasticamente os orçamentos de políticas e programas, como a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), o Programa de Alimentação Escolar (PNAE), o Programa Bolsa Família (PBF), o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), por exemplo, que foram enfraquecidos em

decorrência de uma gestão federal que desestimulou a continuidade de políticas públicas e da participação social voltadas para a garantia do direito à alimentação adequada, já com reflexos nos níveis de segurança alimentar em 2018⁵⁻⁷.

Desse modo, com o esvaziamento da pauta pelos órgãos de gestão aliado à grave crise econômica, política e sanitária potencializada pela pandemia do Sars-Cov-2, mais da metade da população brasileira experiencia algum grau de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) em conjunto com a crescente prevalência de sobrepeso, obesidade e doenças crônicas⁸. Contudo, a IAN não se distribui igualmente por todo o território⁹⁻¹³.

Histórica e atualmente, as populações do campo são mais afetadas pela IAN devido ao acesso dificultado a serviços públicos em geral, como saneamento básico, saúde e educação; e a uma alimentação de qualidade em especial^{9,10}. Segundo o I e II Inquéritos de Segurança Alimentar na pandemia de Covid-19^{9,10}, os níveis de segurança alimentar reduziram de forma mais expressiva no campo, passando de 40% para 36%, enquanto na cidade, caiu de 45% para 42%.

Para minimizar esses efeitos e seguindo o princípio da equidade, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta¹³ (PNSIPCF) inclui as peculiaridades das condições de saúde dessas populações ao considerar os aspectos históricos e atuais de formação das comunidades, ocupações de territórios produtivos no campo, águas e floresta, condições de trabalho, entre outros determinantes que podem orientar o trabalho e a organização da atenção em saúde das equipes^{11,12,14}.

Essas ações se potencializam no modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), no qual a inserção das Unidades Básicas de Saúde (UBS) próximas às pessoas e às suas residências possibilita que os profissionais das equipes de Saúde da Família (EqSF) adquiram uma visão mais ampla das condições ambientais e de vida da população assistida, favorecendo a

compreensão dos principais fatores que representam risco para a saúde desses usuários¹⁵.

Entre os profissionais que compõem as EqSF, os principais responsáveis por criar o elo com a comunidade-território são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Sua atuação, por meio das visitas domiciliares frequentes e da vigilância em saúde, contribui de forma significativa com as equipes para identificar os desafios, as vulnerabilidades e avaliar as possibilidades de ação, visando à melhoria da qualidade de vida e à promoção da saúde da população adscrita¹⁵⁻¹⁸.

Em territórios afetados de forma mais acentuada pelas desigualdades sociais, como o campo¹¹⁻¹⁴, a presença e o trabalho dos ACS são um dos fatores que promovem a garantia do acesso à saúde e outros direitos sociais, justamente por integrarem a comunidade onde atuam^{19,20}. Nessa perspectiva, considerando os altos níveis de IAN no campo, as ações e as estratégias de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável²¹ (Paas) propõem o desenvolvimento da promoção e da proteção à saúde da população, viabilizando um pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania, favorecendo escolhas saudáveis dos indivíduos e coletividades em seus territórios.

A partir dessas reflexões, no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da Comunidade (PRMSFC) com ênfase na saúde da população do campo, reconhecendo a importância dos ACS no enfrentamento da IAN e das vulnerabilidades sociais agravadas pela pandemia, e considerando o contexto do território e a fragilidade das políticas de qualificação profissional dos ACS¹⁹ do campo nas temáticas de alimentação e nutrição^{22,23}, buscou-se construir um espaço de formação pautado na educação popular em saúde²⁴ de forma a contribuir para a educação permanente e para o processo de trabalho dos ACS¹⁸⁻²³.

A partir disso, realizou-se um curso de formação com esses profissionais, durante os meses de março a maio de 2021, sobre SAN e

Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável (DHAAS) no campo, que teve como base pedagógico-metodológica a educação popular em saúde e abordou os temas: AAS; Direitos humanos e Direito humano à alimentação e nutrição adequadas; Comensalidade; Alimentação e saúde; Alimentação nas fases da vida. A cada encontro, foram realizadas atividades com o objetivo de refletir, a partir do território, as condições e os determinantes para a SAN e a IAN da população.

Entre a finalização da formação e o presente estudo, houve um período de quatro meses, quando os participantes retornaram para suas rotinas de trabalho, considerando o ciclo de ação-reflexão²⁵. Diante disso, este trabalho apresenta o caminho teórico-metodológico do Círculo de Cultura com os ACS de uma UBS do campo no Distrito Federal, identificando as percepções desses profissionais em relação à AAS.

Características do território e referencial teórico

Território do estudo

O estudo ocorreu na região administrativa de Planaltina, zona norte do Distrito Federal. Os dados a seguir foram coletados em 2020 durante a realização do diagnóstico territorial, referente a uma das etapas de aprendizagem do PRMSFC.

A população adscrita pela unidade de saúde era de 1.465 usuários, maioria de homens (n = 758; mulheres n = 707). Foram identificados 440 domicílios, todos de tipo rural. No território, a renda média das famílias foi de 1,5 salário mínimo, valor que, na conjuntura de crises, piorou o poder de compra das famílias, configurando um cenário de grave vulnerabilidade social. Em relação às famílias cadastradas em programas da assistência social, 15% estavam inscritas no PBF, sendo 99% delas cobertas no acompanhamento da EqSF.

Em relação à prevalência de doenças crônicas e seus fatores de risco, até o primeiro semestre de 2020, 46,9% da população possuía hipertensão arterial; 17,1%, diabetes; e 45,2%, excesso de peso. A maior parte da população adscrita se autodeclara negra (63%), seguida de branca (36%). Em relação ao nível de escolaridade formal, 60,7% possuem Ensino Fundamental incompleto, e 5,4% acessaram o Ensino Superior. Sobre a situação de ocupação da população, 25% dela não possuía renda. Dessa, 1,4% estava desempregada e 23,6% não estava trabalhando. Outros 23,7% não eram contribuintes da previdência social, representando a informalidade de trabalho no território.

No que se refere à rede de abastecimentos alimentar, há um mercado no território onde os produtos ultraprocessados têm maior presença nas prateleiras. A presença de alimentos *in natura* é restrita a carnes e a duas variedades de hortaliças. Não ocorre a realização de feira de alimentos, mas os moradores têm o costume de trocar ou comercializar o que produzem entre si.

As principais atividades econômicas do território são ligadas à agricultura. Foi possível agrupá-las em três principais: 'Lavoura', 'Produção de hortaliças' e 'Pecuária/Avicultura'. As Lavouras são caracterizadas por grandes extensões de terra com produção de monoculturas de feijão, soja, milho e sorgo. Empregam trabalhadoras domésticas, operadores de máquinas, caseiros, cozinheiras e auxiliares administrativos, com pagamentos médios de 1-2 salários mínimos.

A Produção de hortaliças ocorre em propriedades de agricultores familiares, em pequenas extensões de terra, com trabalhadores ligados à família produtora e meeiros (pessoas que são chamadas para trabalhar em épocas de colheita e remuneradas de acordo com a diária). Os alimentos produzidos no território são pimentão, berinjela, tomate, abóbora, alho, pepino, abobrinha, pimentas, mandioca, entre outros. Estes são escoados para as feiras de Planaltina (DF) e Formosa (GO).

Foi identificado que toda a produção faz uso de agrotóxicos, sendo a principal justificativa para o uso a proximidade das propriedades, ou seja, caso um produtor queira não fazer o uso de veneno, o risco de perdas é grande, pois, quando o vizinho aplicar o agrotóxico, as pragas migram para as plantações ao redor onde possam sobreviver, atacando a vegetação.

Na avicultura, destaca-se a produção em larga escala de frangos nas seis granjas do território. Elas contratam formalmente homens, e quando estes estão acompanhados por mulheres, elas realizam diárias de limpeza nos galpões a depender da demanda. Geralmente, esses trabalhadores vêm dos estados do Nordeste em busca de melhores condições de trabalho, havendo uma alta rotatividade de famílias, o que dificulta a formação de vínculo e a continuidade do cuidado delas.

Alimentação adequada e saudável

A AAS, considerada como direito humano, indica a responsabilidade do Estado em atuar de forma coerente e concreta na realização desse direito, ou seja, longe de culpabilizar o indivíduo por hábitos alimentares não saudáveis, é necessário compreender seu contexto, o território e as condições de vida¹⁻⁵.

A dimensão do acesso diz respeito à disponibilidade física e financeira de alimentos saudáveis no ambiente alimentar por onde as pessoas transitam, seja em territórios urbanos ou não. A partir do momento em que há possibilidades para a produção saudável e sustentável ou a presença dos alimentos, é preciso que seus preços estejam dentro do poder de compra das famílias e que possam, de fato, compor suas rotinas alimentares^{1-5,11,12}.

A dimensão da justiça social se revela ao passo que a manutenção de relações sociais desiguais não produz direitos, e sim viola e violenta as/os trabalhadoras/es, principalmente as negras, indígenas e de comunidades tradicionais. Assim, é necessário vincular a comida que está na mesa com todo o processo que a fez chegar até ali, desde as condições de

produção até a comercialização, o consumo e o descarte. Todas as relações sociais e ambientais envolvidas nesse sistema devem ser pautadas na justiça social para que AAS seja possível tanto para quem come quanto para quem planta^{1-5,11-14}.

Além disso, tem-se a prática da alimentação, a qual envolve os aspectos individuais, como necessidades e restrições alimentares, mas não de forma isolada, e sim associada ao contexto social no qual esse indivíduo se insere. Igualmente, a dimensão da cultura alimentar suscita a importância da compreensão dos modos de vida das populações assistidas, visando à manutenção de modos de fazer que preservem a vida nos territórios, sejam eles da cidade, do campo ou da floresta^{1-5,11-13}.

Ainda, a alimentação deve considerar princípios que se relacionam com a constituição de gênero, no campo da alimentação, tomando o processo alimentar como um fenômeno em uma sociedade patriarcal, na qual os papéis que masculino e feminino desempenham são permeados por 'definições' e 'padrões' que impõem um trabalho invisível às mulheres de garantir que haja comida pronta na mesa na hora que os homens demandam^{3,26,27}.

Essa determinação social baseada no gênero produz relações e oportunidades desiguais, colocando mais vezes as mulheres em situações de risco e em piores condições de vida. Mesmo sendo as principais responsáveis pelos processos alimentares na sociedade, elas ainda enfrentam obstáculos para a garantia da sua própria segurança física, financeira, alimentar e nutricional^{3,26,27}.

No que diz respeito à origem étnica apresentada no conceito, ela pode demarcar as especificidades alimentares das populações indígenas e tradicionais, que preservam seus modos de vida e ligação ancestral com seus territórios e comunidades. Assim, a AAS deve compreender a luta pela terra, pelo território e pela soberania alimentar para que os alimentos que correspondem aos princípios do conceito sejam, de fato, produzidos de forma justa, de modo que proteja essas populações

e territórios comprometidos com modos sustentáveis de produção^{3,11-13,28}.

A AAS se posiciona contra o modelo hegemônico de produção ao passo que o uso de veneno na agricultura impede que esse alimento seja adequado e saudável, como comprovado por uma extensa literatura^{11-13,29-31} devido aos efeitos nocivos à saúde tanto dos trabalhadores que manipulam quanto das pessoas que consomem alimentos contaminados. Desse modo, é imprescindível que o Estado, a fim de cumprir o seu dever, atue de forma a reduzir e impedir o uso de agrotóxicos na produção de alimentos^{3,11,12}.

Essas dimensões foram abordadas e problematizadas ao longo da formação dos ACS e serviram de temas orientadores e analíticos das percepções desses profissionais sobre a ASS.

Educação popular em saúde: um caminho para o cuidado integral

A educação popular em saúde se coloca como meio para conscientização, adaptação e construção de outros conhecimentos em saúde, visando à melhoria de processos de trabalho e à atuação de profissionais trabalhadores/as do Sistema Único de Saúde (SUS) para aprimorar os serviços prestados à comunidade e a garantia de direitos^{24,32,33}.

Tradicionalmente, a educação em saúde é compreendida como um modo de instruir as pessoas do povo a mudarem seus hábitos para assimilarem práticas e recomendações de profissionais de saúde que evitariam o desenvolvimento de uma série de doenças^{33,34}. Entretanto, para os autores que se baseiam na educação popular, busca-se criar espaços para que a população compreenda, com os serviços, as causas dessas doenças e se organize para superá-las^{35,36}.

Prevista na Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS²⁴ (PNEP-SUS), a educação popular não está descolada do cotidiano da organização da gestão e da atenção, mas alimenta a promoção de atos que contribuam para a garantia da integralidade,

ampliando e diversificando as práticas em saúde por incorporar os modos populares e tradicionais do cuidado, além de fortalecer a atenção primária como ordenadora das redes regionalizadas de atenção à saúde. Ademais, apoia os processos de redução das desigualdades e das iniquidades sociais, bem como fortalece as construções em prol das diversidades culturais e das possibilidades de estar e ser no mundo³⁷⁻³⁹.

Ao considerar esse entendimento, o caminho pedagógico-metodológico do curso de formação foi pautado nos princípios da PNEP-SUS²⁴, a saber: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

Desse modo, este estudo se insere quatro meses depois da formação em SAN e DHAAS para retomar as reflexões iniciadas durante o curso, no sentido de sistematizar a prática da educação popular e as percepções dos ACS sobre a AAS no campo, apontando caminhos que gerem, de forma crítica, possibilidades concretas de transformação e garantia de direitos por meio de novas ações com a equipe de saúde e a população.

Material e métodos

Estudo de caráter qualitativo-exploratório a partir de Círculos de Cultura. Entende-se que o emprego da pesquisa qualitativa é necessário quando a linguagem e suas várias formas de expressão, não traduzíveis em números, são tomadas como objetos de estudo. Além disso, a pesquisa qualitativa no campo da saúde coletiva tem seu referencial situado na compreensão de saúde ampliada, no contexto da reforma sanitária do SUS⁴⁰. O atributo exploratório se dá pela busca em alargar o conhecimento sobre o objeto de estudo⁴¹.

Identificou-se a necessidade de adotar o Círculo de Cultura⁴², o qual tem suas bases na educação popular de Paulo Freire, como

técnica para expressão das percepções dos educandos sobre o significado da AAS, das reflexões sobre sua atuação, dos entendimentos acerca das condições limitantes no território e das visões sobre as possibilidades de superação dos problemas. Por meio do diálogo, o Círculo de Cultura permite que todos os integrantes exponham suas ideias e concepções sobre os temas geradores, além de oportunizar a construção e o compartilhamento de conhecimentos e possibilidades de transformação da realidade vivida⁴³⁻⁴⁵.

As etapas que definem o Círculo de Cultura são: Investigação do universo vocabular; Tematização; Codificação e decodificação; e Problematização. No primeiro momento, são levantadas palavras geradoras que levarão à formulação dos temas geradores, seguida da etapa de tematização, a partir da realidade vivida pelos participantes dos Círculos de Cultura. Posteriormente, há formação de uma visão crítica, fruto do diálogo problematizador, sobre os temas geradores. Na última etapa, ocorre a conscientização da realidade em sua totalidade, quando desvendam-se seus limites e possibilidades^{42,46}.

A utilização dos Círculos de Cultura com profissionais de saúde tem se mostrado como um caminho para a conscientização de questões-problema nos processos de trabalho no cotidiano das equipes, e para a compreensão do ideário da promoção da saúde⁴⁶. Especialmente por considerar a realidade das comunidades e territórios onde atuam, os Círculos de Cultura são estratégias de educação em saúde que ampliam o conhecimento popular e científico sobre as dinâmicas sociais nos territórios e possibilitam avanços na promoção da saúde, promovendo mudanças no processo de trabalho e/ou na comunidade⁴³⁻⁴⁶.

As técnicas participativas utilizadas nos Círculos de Cultura foram aplicadas nesse contexto teórico, portanto, relacionadas com o contexto histórico e as concepções ideológicas no intuito de provocar a reflexão e despertar a leitura da realidade. Buscou-se promover o diálogo de forma coletiva entre as pessoas,

a natureza, a cultura e o trabalho, fazendo emergir as contradições e os conflitos existentes, além da necessidade de intervir para construção de um futuro melhor.

Por isso, as percepções e os registros foram avaliados segundo a análise do discurso, a qual se propõe a questionar e a identificar os sentidos estabelecidos pelas ideologias (hegemônicas ou não), pela história e linguagem nos discursos, além de reconhecer a impossibilidade da neutralidade do sujeito pesquisador^{47,48}. Os diálogos foram conduzidos de modo a esgotar as ideias e as contribuições dos participantes sobre o tema/pergunta geradora nos dois Círculos de Cultura. Esse caminho esse se aproxima da saturação temática, uma vez que, durante o diálogo, quando os participantes expressavam suas percepções na roda e não tinham mais a acrescentar, seguia-se para o próximo tema/momento^{49,50}.

Ao considerar que uma das autoras deste artigo é pesquisadora no âmbito da residência em saúde, estando inserida há um ano no mesmo território, esse tempo possibilitou conhecer e compreender parte dos contextos sócio-históricos de formação da comunidade e observar as relações de poder que se impõem nas relações, um dos motivos pelo qual optou-se por este percurso metodológico.

Os Círculos de Cultura ocorreram nos meses de setembro e novembro de 2021, e os diálogos foram registrados por aparelhos de gravação de áudio e transcritos para o *software* Microsoft Word 365® a cada encontro. Os nomes utilizados para identificar as falas são fictícios.

A seleção dos atores se deu pela proximidade entre os ACS e a comunidade, uma vez que ainda se estava no contexto de pandemia, sendo impossibilitada a realização de atividades coletivas com a população. Como esses profissionais mantiveram as visitas domiciliares, os conhecimentos compartilhados nos espaços formativos teriam mais possibilidades de se espalhar pelo território, além de contribuir para a qualificação da formação profissional desses agentes.

O estudo foi realizado com quatro ACS, sendo duas mulheres brancas (Solange e Denise), uma mulher negra (Madalena) e um homem branco (Guilherme), os quais cresceram e ainda residem no território onde atuam, trabalhando na unidade há mais de 10 anos.

Os critérios de inclusão foram: ser ACS vinculado à UBS do campo e ter cursado a formação em SAN e DHAAS. Foram excluídos do estudo profissionais que estivessem afastados das atividades de trabalho no período de realização dos Círculos de Cultura.

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética e está registrado sob o número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE 46413321.0.0000.8027, número do parecer: 4.764.123.

Círculos de Cultura: ação e reflexão

Foram realizados dois Círculos de Cultura nos meses de setembro e novembro de 2021. O primeiro ocorreu em setembro no período da tarde, seguindo a programação do *quadro 1* abaixo.

Quadro 1. Cronograma do 1º Círculo de cultura

Momentos	Atividade	Perguntas orientadoras	Descrição da atividade
Chegada	Acolhida Alongamento musical	-	Alongamento coletivo
Apresentação	Apresentação da proposta de pesquisa (TCLE, assinatura de termos)	Dúvidas sobre os termos? Algum ponto te deixa desconfortável?	Leitura dos termos TCLE, uso de voz e imagem

Quadro 1. Cronograma do 1º Círculo de cultura

Momentos	Atividade	Perguntas orientadoras	Descrição da atividade
Início	Varal de imagens	O que essas imagens significam para você? Qual a primeira palavra que surge ao ver as imagens?	Os participantes caminharão em volta do varal por 5-10 min e registrarão em tarjetas suas palavras
Meio	Roda de conversa para compartilhamento das impressões	A partir disso, o que se aproxima mais da nossa realidade no São José? E por quê? Do que falamos hoje, o que parece ser mais relevante para nós?	Cada participante apresentará suas tarjetas e discorrerá sobre suas impressões e palavras sobre as imagens e suas relações com o território
Fim	Encerramento	Acordar a data para o próximo encontro?	Lanche

Fonte: elaboração própria.

A primeira atividade foi um varal de imagens, contendo figuras que representavam momentos de comensalidade, fotos de alimentos como frutas, verduras e ultraprocessados; histórias em quadrinhos sobre a fome, registros de plantação de monocultura e da produção da agricultura familiar. As imagens foram penduradas em fio de barbante, imitando um varal, e fixadas na parede do local da atividade.

Cada participante recebeu um pedaço de papel, foi dado um tempo para que olhassem as fotos e registrassem três palavras que vinham à mente após olharem todas as imagens. Depois de todos terem concluído, abriu-se a roda para o compartilhamento das palavras e seus contextos de escolha: o que levou cada participante a chegar às palavras. A partir disso, deu-se

o diálogo para levantar elementos que faziam ou não parte de uma AAS e, posteriormente, quais eram as situações no território que influenciavam na garantia ou não do acesso a essa alimentação.

Após a realização do primeiro encontro, foi feita a transcrição das falas, bem como as leituras dos diálogos para definição de temas geradores para o segundo encontro. Nesse processo, a escolha dos assuntos se deu a partir daqueles que não foram aprofundados e que ainda poderiam ter camadas a explorar na construção do diálogo no último Círculo de Cultura.

O segundo círculo foi planejado como demonstrado no *quadro 2* a seguir.

Quadro 2. Cronograma do 2º Círculo de cultura

Momentos	Atividade	Perguntas orientadoras	Descrição da atividade
Acolhimento	Rodada sobre como foi a semana de cada participante	O que aconteceu de bom na semana? Um fato positivo.	Cada participante compartilha um ou mais fatos positivos da semana
Diálogo	Roda de conversa a partir das falas do primeiro encontro	Descritas no quadro 3	Cada participante escolherá uma tira de papel onde estão registradas as frases orientadoras. A cada leitura, será realizada a pergunta referente para instigar o diálogo
Encerramento	Agradecimentos e entrega de material para orientação nutricional	-	Entrega de material informativo, elaborado pela autora para os ACS (Anexo II)

Fonte: elaboração própria.

O segundo Círculo de Cultura se deu no período da manhã, nos fundos da UBS, a partir das sete falas sistematizadas do primeiro encontro que fizeram referência aos temas

geradores, a fim de aprofundar a reflexão sobre eles. Para incentivar o diálogo, foi elaborada uma pergunta para cada fala escolhida apresentadas no *quadro 3*.

Quadro 3. Frases e perguntas orientadoras para o 2º Círculo de cultura

Frases orientadoras	Perguntas orientadoras
"Nem pra comprar aqui tem"	"Pra onde vai o que é produzido aqui? Porque a gente sabe que tem muita verdura produzida aqui, e por que que não vem pra cá e pra onde vai?"
"Por mais que a gente more na roça"	"porque vocês acham assim, que quando a gente fala com as pessoas da cidade eles acham que aqui tem tudo. 'Na roça tem uma alimentação mais natural...' Por que que tem esse pensamento?"
"e os jovens de hoje piorou, quanto mais vai pra frente, mais vai piorando"	"pensamos no geral que 'os jovens são o futuro' queria entender isso, qual a função do jovem dentro da comunidade?"
"Os homens são mais difíceis de mudar os hábitos que as mulheres"	"a gente acredita em uma mudança nesse modo de pensar dos homens, é possível?"
"uns têm muito e outros não têm nada"	"por que vocês acham que uns tem muito e outros não tem nada?"
"Alimentação e o psicológico, as que são mais ansiosas e depressivas são mais gordinhas"	"o que que afeta o psicológico que também aparece na alimentação?"
"E a gente come veneno"	"chegando aqui, eu vi passando veneno. E vocês acham que tem alguma relação com algum tipo de doença dessa época?"

Fonte: elaboração própria.

As falas foram registradas separadamente em tiras de papel e sorteadas entre os participantes. Iniciou-se a primeira rodada em que uma pessoa realizou a leitura da frase; em seguida, a pesquisadora fez a respectiva pergunta geradora. Quando as reflexões se esgotavam ou quando o tempo apertava, seguia-se para a próxima frase e assim sucessivamente.

A partir das leituras das transcrições de ambos os círculos, as temáticas que se destacaram foram referentes às questões do acesso à alimentação saudável, ao trabalho no campo, aos papéis de gênero nos processos alimentares, ao uso de agrotóxicos e aos hábitos e comportamentos alimentares.

Reflexões a partir dos Círculos de Cultura

As dimensões da AAS trazidas pelos ACS nos Círculos de Cultura, no que diz respeito às questões de acesso à alimentação, giraram em torno dos quintais produtivos, do trabalho das mulheres e da falta de alimentos saudáveis acessíveis para a população do território.

[...] eu lembro pequena eu ia na minha avó tinha um cercadão de tela nós ia toda tardezinha molhar, tinha tudo tinha alface, tinha babosa, romã tem tudo lá nesse quintal até hoje. Então eu acho que muita coisa você pega aí dessa cultura mesmo. (Madalena).

[...] eu lembro quando era pequena tinha umas hortas minha mãe plantava o alho tinha cada cantão sempre tinha alface, rúcula, alho, cebola, cenoura beterraba. (Denise).

Muitas pessoas realmente sabe o que é bom, que tem que comer uma alimentação mais adequada, mas cadê? (Madalena).

Em relação à produção de alimentos, foi destacado o uso de agrotóxicos como prejudicial à saúde, mas necessário para garantia da produção:

[...] o custo pra plantar uma hortaliça é muito alto, ainda mais hoje tá mais alto ainda então assim tipo, a pessoa não vai deixar de passar veneno pra perder produção. (Guilherme).

Foi reconhecida a escassez de políticas de crédito voltadas à agricultura familiar em detrimento do agronegócio:

[...] e até se perder lavoura ele [grande produtor] consegue fazer outra, agora o [pequeno] produtor não tem como, até ele conseguir crédito... não dá conta não. (Solange).

Já os temas relacionados com as questões trabalhistas no campo, como a ausência de políticas de seguridade, as problemáticas em relação à permanência da juventude no campo e os papéis de gênero, foram parte da formação anterior, mas foram aprofundados durante os Círculos de Cultura.

A mulher aqui é mais difícil que os homens. Eu vejo meu sobrinho, e tenho minha sobrinha, você pergunta ela não sabe nem o que quer fazer. Por mais que a mãe dela mexa com planta, eu acho tão difícil pra mulher. Pra mulher é muito pior. (Solange).

[...] mas é isso né gente, não tem oportunidade não tem emprego vai ter que seguir o caminho dos pais ou então ir embora daqui. (Madalena).

Sobre a influência do trabalho na saúde, constatou-se na formação que as famílias que tinham como atividade econômica a agricultura familiar possuíam melhores condições de saúde, e que os trabalhadores das granjas apresentavam mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde e piores condições de trabalho, uma vez que “as pessoas não cumprem a lei, não paga os direitos” (Denise), corroborando a percepção da necessidade de garantia de terra e território como determinante no processo saúde-doença-cuidado e da ação de outros setores voltados à garantia de direitos trabalhistas no campo para promoção da SAN¹⁰.

A tendência é que o rico fique mais rico e pobre fique mais pobre. Como eu vejo os fazendeiros que eu visito, cada dia eles aumentam mais o território deles. (Guilherme).

[...] uai, é o que a gente vê na granja. O dono tá riquíssimo, agora vai ver a situação das pessoas que moram na granja...a casa dele um oásis, e dos trabalhadores... (Solange).

Outro campo temático foi a relação de saúde, consumo e nutrição com reflexões acerca dos hábitos e práticas alimentares e ciclos da vida com destaque para a infância como período importante de criação de práticas saudáveis, mas atravessada pelas questões de acesso a alimentos adequados e saudáveis – “a maioria das crianças não quer verdura” (Solange); “é porque já em casa não come” (Denise) –, e a velhice atravessada pelo gênero masculino e sua resistência à mudança de hábitos alimentares. As questões de saúde mental que influenciam esses processos, como ansiedade e depressão, também surgiram no diálogo.

[...] possível [mudar] é, se eles ficarem bem doentes... e não tiver jeito e o médico falar cê vai morrer. É difícil, mudar hábito de homem é difícil, e geralmente o homem não tá ligado a estética. A mulher que não quer tá gordinha, e às vezes não é tanto por conta da saúde. Homem não é muito ligado com saúde não. (Denise).

muitas pessoas descontam as emoções na alimentação mesmo. (Guilherme).

Ao final da formação e dos Círculos, foi possível elencar as possibilidades de ações que aumentariam a oferta de alimentos *in natura* produzidos no território, como incentivos dos ACS à ideia de uma usuária agricultora do território que, durante a visita domiciliar compartilhada, expressou a vontade de comercializar a produção de seu quintal na comunidade e promoção de ações voltadas às mulheres e a produção em seus quintais para garantir os próprios temperos. Durante o processo, pôde-se apontar possibilidades, elaboradas durante a formação, e vislumbrar transformações que foram retomadas nos Círculos de Cultura, podendo servir de motivadores de novos processos educativos e práticos na ampliação do acesso à AAS no território.

Ao longo dos dois Círculos de Cultura, foi possível refletir sobre todas as dimensões abordadas pelo referencial da AAS, com exceção da etnia/raça. Os ACS demonstraram a percepção das complexidades do território, os motivadores das escolhas e não escolhas alimentares, a responsabilidade do Estado em proporcionar políticas públicas de investimento na agricultura familiar, além de trazerem as questões vinculadas à justiça social a partir expressão da violação de direitos trabalhistas, principalmente dos avicultores no território.

A realidade explicitada é convergente com uma série de evidências na literatura da saúde do campo^{7,11,12,14,17}, refletindo ainda o cenário fruto de um processo histórico desigual de exclusão social dessa população. Evidencia também a contradição do sistema alimentar hegemônico no qual quem produz alimentos não está seguro do ponto de vista alimentar e nutricional¹¹⁻¹⁴. As questões individuais ligadas aos comportamentos alimentares apareceram não de forma isolada, mas conectadas de forma transversal com o gênero e idade, como processo da conscientização e da problematização^{37,38,45}.

Sobre as ausências temáticas, nos primeiros encontros da formação, abordaram-se as desigualdades sociais e a alimentação, evidenciando a questão racial. Na época, nem todos os ACS identificavam o racismo como determinante no processo saúde-doença por mais que a população assistida se constituísse em maioria por pessoas negras²⁸. Essa ausência se repetiu nos Círculos de Cultura, em que a questão racial não se constituiu como um tema gerador. Isso confirma a necessidade de políticas voltadas para o combate ao racismo na saúde do campo e para a continuidade de processos formativos que visem desconstruir o mito da democracia racial nas práticas de saúde^{13,51}.

O segundo Círculo, para não comprometer o funcionamento da unidade, aconteceu nos perímetros da UBS, o que implicou distrações ao longo do diálogo e impôs um ritmo acelerado à conversa, limitando o tempo de envolvimento com os temas. A partir das reflexões geradas, seria importante que outros processos formativos pautados na educação popular em saúde ocorressem, aumentando o potencial de transformação dessa realidade^{11,14,19,20,46}.

A dinâmica de trabalho, a rotina da unidade de saúde e o tempo estipulado para realização do estudo foram alguns dos fatores que impossibilitaram o acontecimento de mais Círculos de Cultura, que seriam importantes uma vez que os discursos apresentados refletiram ausências temáticas e algumas visões fatalistas.

Considerações finais

Este estudo exploratório apresentou um caminho teórico-metodológico para reflexão e práxis com os ACS do campo. As percepções dos participantes indicaram alguns dos desafios e possibilidades para a garantia da AAS no campo. Os Círculos de Cultura foram ferramentas potentes para promover o diálogo dos ACS, que, por preservarem seu caráter de trabalho com vínculo comunitário, possuem uma compreensão ampla sobre o território

e as dimensões abordadas no conceito de AAS. A abordagem da educação popular na formação possibilitou vislumbrar caminhos no processo de trabalho dos agentes para a oferta de alimentos na comunidade a partir das visitas domiciliares e da organização local. No entanto, como reflexo da realidade concreta, tiveram percepções em consonância com o modelo agroalimentar hegemônico e ausência temática do racismo como parte da determinação em saúde.

Por ser a primeira ação desse modelo com esses profissionais, é possível notar que as percepções levantadas por meio da abordagem da educação popular em saúde permitiram demonstrar que a AAS envolve mobilização social, políticas públicas intersetoriais e

mudanças de comportamentos individuais e coletivos. O estudo destaca a relevância do trabalho dos ACS e residentes em territórios vulnerabilizados do campo para o acesso à saúde e à alimentação, além de mapear soluções para os desafios da promoção da saúde e a garantia de direitos da população do campo.

Colaboradoras

Machado BOB (0000-0001-7749-8407)*, Oliveira AR (0000-0002-4683-8736)* e Matielo E (0000-0002-5336-5623)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Paiva JB, Magalhães LM, Santos SMC, et al. A fluência entre o “adequado” e o “saudável”: análise da instituição da noção de alimentação adequada e saudável nas políticas públicas do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(8):e00250318. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00250318>.
2. Guerra LDS, Cervato-Mancuso AM, Bezerra ACD. Alimentação: um direito humano em disputa - focos temáticos para compreensão e atuação em segurança alimentar e nutricional. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(9):3369–94. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.20302017>.
3. Rocha NC. Curso básico de direito humano à alimentação e à nutrição adequadas: módulo 1 [Internet]. Brasília, DF: Fian Brasil; 2021 [acesso em 2024 jan 27]. p. 28-31. Disponível em: <https://fianbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Curso-Dhana-M%C3%B3dulo-I-FIAN-Brasil.pdf>
4. Schottz V. Em defesa da alimentação adequada e saudável. *Agriculturas* [Internet]. 2014 [acesso em 2024 jan 27];11(4):4-7. Disponível em: https://aspta.redelivre.org.br/files/2019/09/Agriculturas_v11-n-4_BAIXA_EditoraConvidada.pdf
5. Burity VTA, Rocha NC, organizadores. O direito humano à alimentação e à nutrição adequadas (Dhana). In: Burity VTA, Rocha NC. *Informe Dhana 2021: pandemia, desigualdade e fome* [Internet]. Brasília, DF: Fian Brasil; 2021 [acesso em 2024 jan 27]. p. 9-17. Disponível em: https://fianbrasil.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Informe-Dhana-2021-novo-ajuste-22_12.pdf

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Santarelli M, Burity V. Cortes orçamentários. In: Santarelli M, Burity V. Informe Dhana 2019: autoritarismo, negação de direitos e fome [Internet]. Brasília, DF: Fian Brasil; 2019 [acesso em 2024 jan 27]. p. 43-48. Disponível em: https://fianbrasil.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Informe-Dhana-2019_v-final.pdf.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2024 jan 27]. p. 35-37. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [acesso em 2024 jan 27]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>
9. Rede Penssan. I VIGISAN: inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil [Internet]. [Local desconhecido]: Rede Penssan; 2020 [acesso em 2024 jan 27]. Disponível em: https://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf
10. Rede Penssan. II VIGISAN: inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil [Internet]. [Local desconhecido]: Rede Penssan; 2022 [acesso em 2024 jan 27]. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>
11. Paula NF, Bezerra I, Paula NM. Saúde coletiva e agroecologia: necessárias conexões para materializar sistemas alimentares sustentáveis e saudáveis. *Saúde debate*. 2022;46(esp2):262-276. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E218>
12. Machado LS, Garcia EL. Covid-19 e a fome: reflexões sobre um futuro agroecológico. *Saúde debate*. 2022;46(esp2):426-437. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E228>
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta [Internet]. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2024 jan 27]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf.
14. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde debate*. 2018;42(esp1):302-314. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S120>
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017.
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000 [acesso em 2024 jan 27]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf
17. Rodrigues KV, Almeida PF, Cabral LMS, et al. Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil. *Saúde debate*. 2021;45(131):998-1016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113105>
18. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2024 jan 27]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf
19. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):261-274. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>

20. Barreto ICHC, Pessoa VM, Sousa MFA, et al. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):114-129. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S108>
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2022 fev 27]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/promocaoasaude#:~:text=A%20Promo%20o%20C%20A%20C%20A%20o%20da%20Alimenta%20C%20A%20C%20A%20o%20Adequada,qualidade%20de%20vida%20e%20cidadania>
22. Santiago NTGC. Conhecimento de agentes comunitários de saúde e educadores acerca da alimentação e nutrição [dissertação da internet]. Alagoas: Universidade Federal de Alagoas; 2016 [acesso em 2021 abr 16]. 137 p. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/4829/1/Conhecimentos%20de%20agentes%20comunit%20c%20a%20rios%20de%20sa%20c%20bade%20e%20Educadores%20acerca%20da%20alimenta%20c%20a%207%20c%20a%203o%20e%20nutri%20c%20a%207%20c%20a%203o.pdf>
23. Pontes PV, Cordeiro AA. Formação de Agentes Comunitários de Saúde para promoção da alimentação adequada e saudável em Macaé, RJ [Internet]. *R Assoc Bras Nutr*. 2018 [acesso em 2024 jan 27];9(2):69-74. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/851>
24. Ministério da Saúde (BR). 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. *Diário Oficial da União*. 20 Nov 2013.
25. Síveres L, Lucena JIA, Silva JAA, organizadores. Diálogos com Paulo Freire: reflexão e ação [Internet]. Rio Grande do Sul: Educus; 2021 [acesso em 2024 jan 27]. p. 160-170. Disponível em: <https://www.ucs.br/educus/arquivo/ebook/dialogos-com-paulo-freire-reflexao-e-acao/>
26. Campos JM, Akutsu RCCA, Silva ICR, et al. Gênero, segurança alimentar e nutricional e vulnerabilidade: o Programa das Mulheres Mil em foco. *Ciência e saúde coletiva*. 2020;25(4):1529-1538. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.22112018>
27. Lima ACO, Lima RSV, Silva JMA. Gênero feminino, contexto histórico e segurança alimentar. *Demetra*. 2016;11(3):789-802. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2016.22511>
28. Brito TCS, Peixinho BC, Pirró JCF, et al. Territórios Saudáveis e Sustentáveis: estratégias de cuidado para a saúde da população negra do campo em Caruaru/Pernambuco. *Saúde debate*. 2021;45(131):1017-1032. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021131061>
29. Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, organizadores. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde [Internet]. São Paulo: Expressão Popular; 2015 [acesso em 2024 jan 27]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/download/dossie-abrasco-um-alerta-sobre-os-impactos-dos-agrotoxicos-na-saude/>
30. Burigo AC, Vaz BA, Londres F, organizadores. Caderno de estudos: saúde e agroecologia [Internet]. Vol. 1. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019 [acesso em 2024 jan 27]. p. 23-48. Disponível em: https://agroecologia.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Saude_e_Agroecologia_web.pdf
31. Santos IN, Ferraz IS, Lirio LKS, et al. Implicações das intoxicações exógenas por agrotóxicos à saúde do trabalhador: uma revisão integrativa. *REASE*. 2021;7(2):16. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i2.582>
32. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
33. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira

- ra. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(1):7-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100002>
34. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2024 jan 27]. p. 73-80. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf
 35. Bezerra L, Merhy EE. A educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra e Eymard Mourão Vasconcelos. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(supl2):1427-1440. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0466>
 36. Secretaria-Geral da Presidência da República (BR), Secretaria Nacional de Articulação Social, Departamento de Educação Popular e Mobilização Cidadã. Marco de referência da educação popular para as políticas públicas [Internet]. Brasília, DF: SGPR; 2014 [acesso em 2024 jan 27]. Disponível em: http://forum-eja.org.br/sites/forum-eja.org.br/files/marco_de_referencia_da_educacao_popular.pdf
 37. Freire P, Nogueira A. Que fazer: Teoria e Prática em educação popular. 4. ed. Petrópolis: Vozes; 1993.
 38. Freire P. Pedagogia do oprimido Rio de Janeiro: São Paulo: Paz e Terra; 2018.
 39. Freire P. Direitos Humanos e educação libertadora: gestão democrática da educação pública na cidade de São Paulo. Rio de Janeiro: São Paulo: Paz e Terra; 2019.
 40. Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(3):575-586. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300002>
 41. Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(4):318-325. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>
 42. Dantas VL, Linhares AMB. Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2024 jan 27]. p. 73-80. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf
 43. Monteiro EMLM, Cunha NF. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(3):397-403. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300008>
 44. Heidemann IBS, Boehs AE, Wosny AM, et al. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(3):416-420. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300008>
 45. Ferraz LF, Ferreti FF, Trindade LLT, et al. O Círculo de Cultura: estratégia de educação popular em saúde para trabalhadoras rurais. *Tempus*. 2014;8(2):195-210. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v8i2.1519>
 46. Bornstein VJ, organizadora. Formação em educação popular para trabalhadores da saúde [Internet]. Rio de Janeiro: EPSJV; 2027 [acesso em 2024 jan 27]. Disponível em: https://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/miolo_form_edpop.pdf
 47. Bosi MLM, Macedo MA. Anotações sobre a análise crítica de discurso em pesquisas qualitativas no campo da saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2014;14(4):423-432. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292014000400012>
 48. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise do discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):679-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>
 49. O'Reilly M, Parker N. 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research*. 2012;13(2):190-197. DOI: <https://doi.org/10.1177/1468794112446106>.

50. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual [Internet]*. 2017 [acesso em 2024 jan 27];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
51. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS

[Internet]. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2024 jan 27]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 23/02/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Adriana Miranda de Castro e Franco Antonio Neri de Souza e Lima

Reflexos da pandemia de covid-19 na venda de alimentos em feiras livres no Maciço de Baturité-CE

Reflections of the COVID-19 pandemic on food sales in farmer's markets in Maciço de Baturité-CE

José Cláudio Garcia Lira Neto¹, Maria Wendiane Gueiros Gaspar¹, Kellen Cristina da Silva Gasque², Márcio Flávio Moura de Araújo¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18573P

RESUMO A pandemia de covid-19 trouxe inúmeras mudanças aos territórios sustentáveis e saudáveis, implicando a necessidade de reorganização de estruturas sociais e de saúde. Objetivou-se compreender a dinâmica das feiras livres de vendas de alimentos no período pós-pandêmico de covid-19 em cidades do Maciço de Baturité, no Ceará, e avaliar as estratégias sanitárias e/ou de biossegurança utilizadas no enfrentamento da covid-19 por feirantes e consumidores. Realizou-se um estudo qualitativo entre outubro de 2021 e janeiro de 2023, em cinco cidades do Ceará. Em uma primeira etapa, foi realizada a observação das condições sanitárias e de biossegurança nas feiras livres, mediante um instrumento estruturado em quatro categorias. Em seguida, consumidores e feirantes foram entrevistados para o aprofundamento de discussões sobre os reflexos da pandemia sobre as feiras. Avaliaram-se as feiras de cinco cidades e entrevistaram-se 44 pessoas. Quatro cidades mostraram-se com condições sanitárias precárias e comprometimento da biossegurança e comercialização de alimentos. Feirantes e consumidores tiveram uma baixa percepção de risco sobre a covid-19 e levantaram a necessidade da perpetuação das feiras livres para a qualidade de vida e economia da região. As feiras livres são territórios sociais e econômicos sustentáveis, que ainda carecem de atenção por gestores e profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Territórios socioculturais. Avaliação de risco. Saneamento de feiras. Higiene dos alimentos. Pandemia.

ABSTRACT *The COVID-19 pandemic has brought countless changes to sustainable and healthy territories, implying the need to reorganize social and health structures. The aim was to understand the dynamics of open-air food sales markets in the post-COVID-19 pandemic period in cities in the Maciço de Baturité, in Ceará, Brazil, and to evaluate the health and/or biosafety strategies used by marketers and consumers to deal with covid-19. A qualitative study was carried out between October 2021 and January 2023, in five cities in the state of Ceará. In the first stage, the sanitary and biosafety conditions at the street markets were observed using an instrument structured into four categories. Then, consumers and stallholders were interviewed to deepen discussions about the impact of the pandemic on the markets. We evaluated fairs in five cities and interviewed 44 people. Four cities were found to have precarious sanitary conditions and compromised biosafety in the sale of food. Marketers and consumers had a low-risk perception regarding COVID-19 and raised the need to perpetuate open-air markets for the region's quality of life and economy. Free markets are sustainable social and economic territories, which still require attention from managers and health professionals.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Eusébio (CE), Brasil.
jclira@live.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.

KEYWORDS *Sociocultural territory. Risk assessment. Market sanitation. Food hygiene. Pandemics.*



Introdução

As feiras livres constituem-se como um território sustentável e saudável, fruto de um processo histórico e cultural, marcado por ancestralidade, histórias e experiências de vida das populações que permitem a promoção do bem-estar, da sustentabilidade e do desenvolvimento. Esses locais são arraigados de interação social, comunicação e lazer ao mesmo tempo que impulsionam a economia local^{1,2}.

No Brasil, todavia, assim como em outros países emergentes, esses territórios também são desafiadores, haja vista a necessidade de asseverar a qualidade nutricional à sua população, garantindo a segurança alimentar (*food security*) e a qualidade dos alimentos comercializados, sem comprometer a segurança do alimento (*food safety*). Contudo, ainda há falhas nesses processos, o que leva à contaminação de consumidores por microrganismos nocivos à saúde humana, veiculados por água ou alimentos contaminados por fezes humanas ou de animais, metais pesados ou agrotóxicos, bem como afetados por más condições sanitárias ou baixos padrões de higiene pessoal e doméstica³.

Ainda que fomentem o consumo de alimentos frescos e saudáveis, as feiras livres são centros potenciais de disseminação de enfermidades de grande preocupação para a saúde pública, como a covid-19, que, nos últimos anos, encontrou morada em espaços insalubres e em cenas de aglomeração e ampla interação entre pares. Somados a isso, fatores como o conhecimento limitado das implicações para a saúde por parte dos consumidores e feirantes, a carência de fiscalizações sanitárias e a baixa percepção de risco parecem ter contribuído para a progressão de hábitos desfavoráveis à saúde⁴.

A percepção de risco, por sua vez, é o processo de atribuição de risco a um objeto, uma situação ou ação, conceituada no campo das ciências sociais como um ato socialmente construído. Segundo Slovic⁵, são os julgamentos

intuitivos de risco de indivíduos e grupos sociais no contexto de informações limitadas e incertas, a partir de diferentes perspectivas teóricas, com influência sobre as decisões. Nas feiras livres, essa percepção deve ser clara aos feirantes e produtores de alimentos, uma vez que comportamentos e conhecimentos incorretos quanto aos hábitos de higiene, fonte de abastecimento, transporte, armazenagem e exposição dos produtos refletem na segurança alimentar e, por sua vez, na saúde das pessoas⁶.

Mesmo sendo espaços sociais muito populares, investigações que articulam as práticas sociais com a vigilância em saúde nas feiras livres permanecem tímidas. Isso dificulta a visualização das necessidades, bem como a elaboração, o planejamento e a implementação de práticas de saúde nesses locais. Para mais, considerando a produção de saberes no universo do trabalho nas feiras livres, demanda-se de melhor entendimento e compreensão sobre a subjetividade estabelecida e expressa nas relações e movimentos dos atores sociais envolvidos nesse campo. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi compreender a dinâmica das feiras livres de vendas de alimentos no período pandêmico de covid-19 em cidades do Maciço de Baturité, no Ceará, bem como avaliar as estratégias sanitárias e/ou de biossegurança utilizadas no enfrentamento da covid-19 por feirantes e consumidores nesses territórios.

Material e métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em feiras livres de cinco cidades do interior do estado do Ceará, na região do Maciço de Baturité, entre outubro de 2021 e janeiro de 2023.

O relato seguiu as diretrizes do Guideline Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq) na construção metodológica e na garantia da qualidade da pesquisa. Para

a condução desta pesquisa, utilizou-se como questão orientadora: quais foram as dinâmicas estabelecidas e as estratégias de enfrentamento da covid-19 utilizadas por feirantes e consumidores em feiras livres de venda de alimentos?

Cenário

O estudo foi desenvolvido em cinco municípios pertencentes à região do Maciço de Baturité, no interior do estado do Ceará. A essa macrorregião, pertencem 13 cidades (Palmácia, Pacoti, Acarape, Redenção, Guaramiranga, Barreira, Mulungu, Baturité, Aratuba, Aracoiaba, Ocara, Capistrano e Itapiúna), ocupando uma área de 3.750,1 km². A população estimada, em 2022, foi de 232.867 habitantes⁷.

Participantes

Participaram do estudo feirantes e consumidores das cidades de Pacoti, Aratuba, Redenção, Barreira e Mulungu, correspondendo a uma área com 82.585 habitantes⁷. Essas cidades foram selecionadas, pois apenas os seus representantes concederam autorização para o desenvolvimento do estudo.

Entrevistaram-se 44 pessoas, sendo 10 em Pacoti, 9 em Aratuba, 7 em Redenção, 8 em Barreira e 10 em Mulungu. Os participantes que atendiam aos critérios de elegibilidade foram selecionados *in loco*, durante a ocorrência das feiras livres. Inicialmente, era apresentada a proposta do estudo, com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após essa etapa, aqueles que declararam concordância em participar e assinar o TCLE foram incluídos na pesquisa. Neste estudo, utilizou-se a amostragem por saturação.

Critérios de elegibilidade

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser feirante regular em uma das feiras livres investigadas há mais de dois anos; ser consumidor dos produtos de uma das feiras

livres investigadas; ser maior de idade (≥ 18 anos). Assim, foi possível identificar os participantes que passaram pelo período da pandemia de covid-19 e seus respectivos desafios.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2021 a janeiro de 2023, dividida por etapas. Na primeira etapa, os pesquisadores visitaram as feiras livres das cinco cidades para observação das condições de higiene e segurança contra a covid-19, aplicando um *checklist* que abordou questões relacionadas com segurança alimentar, higiene de alimentos e estratégias de enfrentamento da covid-19 em feiras livres pelos feirantes e consumidores. Essa etapa foi desenvolvida entre outubro de 2021 e dezembro de 2022. Isso ocorreu, pois, no estado do Ceará, devido aos *lockdowns*, parte das feiras foram encerradas por determinados períodos.

O *checklist* foi elaborado por uma pesquisadora da área de engenharia de alimentos, baseado no Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicado aos Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos e na Lista de Verificação das Boas Práticas de Fabricação em Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), considerando as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) n^o 275/2022 e n^o 216/2004, e a Portaria n^o 326/1997 do Ministério da Saúde do Brasil. Ademais, também foram consideradas as Normas Técnicas n^{os} 47, 48 e 49 de 2020, lançadas pelo Ministério da Saúde, baseadas nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e em pesquisas^{8,9}. A pesquisadora que elaborou o instrumento não possuía vínculo institucional com a fundação de pesquisa dos pesquisadores proponentes deste estudo ou com as cidades em que a investigação foi realizada. O *checklist* foi aplicado mediante observação direta (*in loco*) do pesquisador que coletou os dados da pesquisa.

O instrumento foi organizado em quatro eixos que abordavam fatores observados nas feiras livres, sendo eles: 1) Equipamentos e insumos/medidas de biossegurança para a prevenção de covid-19, contendo 10 perguntas; 2) Comercialização de carnes, contendo oito perguntas; 3) Comercialização de frutas e hortaliças, contendo sete perguntas; e 4) Condições de higiene, contendo 10 perguntas.

As perguntas estão expostas na seção dos resultados, na *tabela 1*. Para cada questão, uma escala categórica nominal dicotômica de respostas ‘sim’ ou ‘não’ foi implantada, a fim de identificar o nível de implementação das medidas. Ressalta-se que o instrumento de investigação continha questões baseadas em estratégias de mitigação da covid-19 exploradas e orientadas pela Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, e instruções acerca do manuseio de alimentos. A escala de pontuações gerava um escore, que, quanto maior fosse, pior seria a situação de saúde nesses ambientes. A maior pontuação possível de alcançar no *checklist* é de 12,8 pontos.

Após essa etapa, entrevistas foram conduzidas e gravadas, com um gravador de voz, nas feiras livres, após autorização dos participantes do processo. Aos participantes analfabetos, o TCLE foi lido, na presença de uma testemunha, e a tomada da impressão digital foi realizada para o aceite do participante. Ademais, visitou-se uma fazenda, estação produtora de alimentos agrícolas (frutas, verduras e legumes) e de baixo processamento (mel, sucos e farinha), que encaminhava alimentos a feirantes de cidades do Maciço de Baturité.

Nessas ocasiões, perguntas semiestruturadas foram elaboradas a partir daquelas conduzidas na fase de inspeção das feiras, com a finalidade de ilustrar as situações e aprofundar lacunas oriundas da primeira etapa. As perguntas foram:

1. Por que o(a) senhor(a) acha que as feiras livres são importantes para a alimentação das pessoas?

2. Qual a importância das feiras livres para o desenvolvimento da cidade/região?

3. No contexto da pandemia, o(a) senhor(a) se sente seguro(a) para vir à feira comprar/vender alimentos?

4. O(A) senhor(a) acredita que a feira dispõe de recursos para a proteção/enfrentamento da covid-19?

5. Que estratégias o(a) senhor(a) acha que seriam necessárias para aumentar a segurança das pessoas contra a covid-19 na feira?

A coleta dos dados foi conduzida por um dos pesquisadores, e a duração das entrevistas variou de 10 a 20 minutos. Após essa etapa, todas as entrevistas foram transcritas, por dois pesquisadores, separadamente, para comparação do *corpus* textual final. Este foi, na sequência, armazenado no *software* de análise qualitativa IRaMuTeQ 0.7, alpha 2 (2020).

Análise de dados

Para a apresentação dos dados extraídos do instrumento de pesquisa, utilizou-se a estatística descritiva. Os dados foram exportados para uma planilha no Excel® e, em seguida, apresentados de forma numérica. Já a análise dos dados qualitativos foi guiada pela descrição interpretativa proposta pela pesquisadora canadense Sally Thorne¹⁰. Essa abordagem propõe a leitura aberta do texto transcrito para obtenção do sentido do todo. Dois pesquisadores leram o material coletado da pesquisa várias vezes, sem se ater muito aos detalhes nesse estágio inicial da análise, mas codificando as sequências que foram consideradas importantes para a análise.

Para melhor estruturar a análise, formularam-se alguns questionamentos, partindo da premissa de que o conhecimento adquirido ainda não é suficiente. Desse modo, durante a leitura do *corpus* textual, emergiram as questões: a) o que é visto? b) o que está acontecendo? c) o que isso significa?

Após essa codificação preliminar, alguns relatos começaram a ser rotulados e agrupados para uma melhor compreensão, sob a forma de conceitos. Em seguida, os pesquisadores principais discutiram os conceitos e a relação entre eles para concluir o processo analítico.

Para a análise quantitativa dos dados qualitativos, um pesquisador externo (ou seja, que não compartilha a autoria deste artigo) realizou a transcrição dos relatórios com o apoio do *software* livre IRaMuTeQ 0.7, alpha 2 (2020). No *software*, foi possível agrupar e organizar graficamente os relatos dos participantes (*corpus* textual) por meio de análises de lexicografia básica (frequência de palavras) e análise de similitude¹¹.

Aspectos éticos

O estudo seguiu as orientações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE: 53677721.8.0000.5576,

e parecer nº 5.418.372. Com o objetivo de garantir o anonimato dos participantes, as falas foram codificadas com a letra P (participante) e numeradas conforme a ordem de obtenção dos relatos.

Resultados

Análise dos fatores de higiene alimentar e segurança das feiras livres

A partir da observação das feiras nas cidades do Maciço de Baturité, percebeu-se que as cidades de Barreira e de Redenção obtiveram as maiores notas na avaliação gerada pelo *checklist* e, portanto, a pior situação de saúde para consumidores e feirantes. Ressalta-se que a feira investigada na cidade de Mulungu não comercializava carnes, logo, não foi possível gerar pontuação no eixo 2 (*tabela 1*).

Tabela 1. Fatores que comprometem a higiene alimentar e propiciam a disseminação da covid-19, em feiras livres, em cinco cidades do Maciço de Baturité. Ceará, 2023

Fatores observados	Cidades				
	Pacoti	Mulungu	Redenção	Aratuba	Barreira
1 Equipamentos e insumos/medidas de biossegurança para prevenção da covid-19*					
1.1 A feira livre está sendo realizada em ambiente amplo, de preferência ao ar livre, com um bom fluxo de ar?	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
1.2 Na feira, existe um espaço com água corrente e sabão para uso dos feirantes e clientes?	Não	Não	Não	Não	Não
1.3 O feirante oferta em sua barraca álcool em gel para uso dos seus clientes?	Não	Sim	Não	Não	Não
1.4 Existe um controle do distanciamento social de, pelo menos, 1,5 metro entre clientes e feirantes?	Não	Não	Não	Não	Não
1.5 O ambiente da feira possui cartazes com orientações para os clientes utilizarem bolsas/sacolas ou carrinhos próprios para transportar os produtos para casa, evitando contato com rolos ou maços de sacolas?	Não	Não	Não	Não	Não
1.6 Na feira, há informativos aos clientes sobre a importância de higienizar frutas, legumes e verduras em água corrente e solução de água sanitária ou produto similar ao chegar em sua residência?	Não	Não	Não	Não	Não
1.7 Os feirantes utilizam máscaras?	Não	Não	Não	Não	Não
1.8 Os clientes utilizam máscaras?	Não	Não	Não	Não	Não
1.9 Os feirantes e os clientes utilizam corretamente as máscaras?	Não	Não	Não	Não	Não
1.10 A pessoa que manuseia o dinheiro é diferente da pessoa que manuseia os alimentos?	Não	Não	Não	Não	Não
Escore	4,0	3,2	3,6	3,6	3,6

Tabela 1. Fatores que comprometem a higiene alimentar e propiciam a disseminação da covid-19, em feiras livres, em cinco cidades do Maciço de Baturité. Ceará, 2023

Fatores observados	Cidades				
	Pacoti	Mulungu	Redenção	Aratuba	Barreira
2 Comercialização de carnes**					
2.1 As carnes ficam expostas sem proteção?	Sim	-	Sim	Sim	Sim
2.2 As carnes ficam expostas ao sol?	Não	-	Não	Não	Sim
2.3 As carnes ficam expostas a insetos?	Sim	-	Sim	Sim	Sim
2.4 As carnes ficam em contato direto com o balcão do feirante?	Não	-	Sim	Sim	Sim
2.5 As carnes são penduradas em ganchos?	Sim	-	Sim	Sim	Sim
2.6 Os ganchos utilizados para pendurar carnes apresentam ferrugem?	Sim	-	Sim	Não	Sim
2.7 Existem equipamentos de refrigeração para guardar as carnes?	Sim	-	Sim	Não	Não
2.8 Existe isopor ou caixa térmica para armazenamento das carnes?	Sim	-	Não	Não	Não
Escore	2,4	-	1,8	1,8	2,4
3 Comercialização de frutas e hortaliças***					
3.1 Os alimentos são armazenados em local adequado e organizado?	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
3.2 Existe acondicionamento adequado das embalagens a serem utilizadas?	Não	Sim	Não	Não	Não
3.3 Os alimentos são armazenados por tipo/grupo?	Sim	Sim	Não	Não	Sim
3.4 Os alimentos são expostos a insetos?	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
3.5 Os alimentos estão expostos ao sol ou poeira?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
3.6 Os alimentos estão expostos em local limpo e conservado?	Sim	Sim	Não	Não	Não
3.7 Há alimentos estragados com os conservados?	Não	Não	Sim	Não	Não
Escore	0,6	0,3	1,4	1,0	0,8
4 Condições de higiene****					
4.1 O feirante parece estar mal higienizado?	Não	Não	Não	Não	Não
4.2 O feirante usa touca?	Não	Não	Não	Sim	Não
4.3 O feirante utiliza pano de prato para secar as mãos?	Sim	Não	Não	Não	Não
4.4 O feirante usa adornos?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
4.5 O feirante fuma durante o atendimento?	Não	Não	Sim	Sim	Sim
4.6 O feirante usa utensílios limpos? (faca, bacias, caixas)	Sim	Não	Sim	Não	Sim
4.7 Há lixos espalhados pela feira?	Não	Não	Sim	Sim	Sim
4.8 Existem lixeiras adequadas para descartar o lixo?	Não	Não	Sim	Não	Não
4.9 Há presença de animais na feira?	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
4.10 Existem instalações sanitárias adequadas? (sanitários, mictórios, lavatórios com água e sabão)	Sim	Sim	Não	Não	Não
Escore	3,0	1,5	2,5	2,5	3,0
Escore total	10	5,0	10,5	9,7	11

Fonte: elaboração própria.

* neste item, pontua-se 0,4 para cada resposta 'não';

** neste item, pontua-se 0,5 para cada resposta 'sim', e nos itens 2.7 e 2.8 pontua-se 0,3 caso a resposta seja 'não';

*** neste item, pontua-se 0,2 para cada resposta 'não', e nos itens 3.4, 3.5 e 3.7 pontua-se 0,2 caso a resposta seja 'sim';

**** neste item, pontua-se 0,5 para cada resposta 'sim', e nos itens 4.7, 4.8 e 4.10 pontua-se 0,5 caso a resposta seja 'não'.

Análise de narrativas de feirantes e consumidores de feiras livres por meio da estatística textual clássica

Neste estudo, foram entrevistados 32 consumidores e 12 feirantes, sendo a maioria do sexo masculino (54,5%). Após a leitura criteriosa dos relatos pelos pesquisadores, os discursos foram agrupados de acordo com as perguntas norteadoras, e codificadas conforme a importância para análise.

A partir da pergunta ‘Por que a feira é importante para a alimentação das pessoas?’, pôde-se compreender a relevância das feiras para garantir a oferta de alimentos mais saudáveis e isentos do uso de defensores agrícolas.

[...] contribui pra uma alimentação mais saudável e variada. [P5].

[...] os produtos [...] não têm agrotóxicos, é tudo natural. [P10].

[...] aqui é onde [os produtos] estão mais ‘fresquinhos’ e saudáveis. [P31].

A possibilidade de encontrar, nesses territórios saudáveis e sustentáveis, produtos acessíveis e atrativos, em especial, economicamente, também se faz presente em diferentes discursos: “além de sair um preço mais econômico que o supermercado, é muito importante usar as frutas e verduras [...] faz muito bem para a saúde” [P13].

As feiras livres vão além de um local para compra e venda de alimentos, possibilitando uma melhor interação social, um espaço de lazer e partilha de saberes e experiências: “Eu, ‘de primeira’, não ligava [...] mas [hoje] acho bom porque aqui eu tenho amigo, converso [...]” [P24].

Em relação ao desenvolvimento para o território/região em que a feira livre está inserida, os participantes da pesquisa consideraram que ela é um espaço de protagonismo para o trabalho e geração de renda.

[...] possibilita que os próprios moradores da cidade sejam protagonistas na alimentação [...] dos outros, de forma saudável. [P5].

[...] gera emprego, gera renda [...]. [P12].

[...] é a oportunidade de dar emprego às pessoas [...]. [P16].

Para além da sustentabilidade arrolada, as feiras livres são meios de sobrevivência, e sua inexistência, possivelmente, comprometeria o desenvolvimento e o bem-estar individual, familiar e comunitário: “tem família que vive disso aqui” [P27].

No contexto da pandemia de covid-19, ao serem interrogados sobre a segurança de frequentarem espaços como as feiras livres, os investigados relataram que aqueles eram territórios em que eles se sentiam seguros, atribuindo isso à existência das vacinas ou por ser um ambiente ao ar livre.

Tá todo mundo vacinado, né? Agora a gente se sente seguro [...], porque antes não tinha vacina, mas agora sim a gente se sente seguro. [P1].

Sim. É um espaço ao ar livre [...] não tem ambiente fechado. [P9].

Me sinto seguro por duas coisas, uma porque eu tenho cuidado, e a outra é porque eu já tenho quatro vacinas. [P10].

No entanto, os discursos acerca da segurança não foram unânimes, e a enfermidade ainda causava sentimentos negativos sobre a utilização daquele espaço. Também é notável a compreensão sobre a necessidade de prevenção contra a covid-19, uma vez que essa condição ainda gera danos à saúde da população.

Não cem por cento [...] eu não vinha para cá porque eu via muitas pessoas sem máscara, e isso me causava um maior temor. [P2].

A pandemia [...] 'tá' acabando, mas não é confiável [...] tem um bocado de gente que não é vacinado, e a doença ainda 'tá' viva. [P7].

Os relatos sobre a baixa percepção de risco à saúde que a covid-19 apresenta também foram encontrados.

Não, porque tem muita gente que não segue o protocolo, né? [P32].

[...] era 'pra' gente 'tá' tudo de máscara, mas ninguém liga. [P25].

Em cidades com uma população pequena, no interior do estado, períodos próximos às eleições políticas são marcados por mudanças na estrutura social. Isso pode ser visto até mesmo na promoção de cuidados com a saúde.

Às vezes sim, às vezes não [...] quando a gente vê que a pandemia 'tá' voltando, a gente já fica com medo [...], chegou as campanhas políticas, acabou tudo [os casos]. [P14].

Ainda que considerassem os territórios não seguros, os feirantes indicaram que a privação da atividade laboral poderia comprometer a sobrevivência deles.

A gente sente um pouco com receio, mas a gente trabalha e depende da feira pra sobreviver [...], se a gente não vier aqui pra vender, a gente não paga o aluguel e não sobrevive. [P42].

Uma questão sobre a existência de recursos para o enfretamento da covid-19 nas feiras livres também foi lançada, mas os relatos não foram consonantes. Todavia, observou-se entre muitos participantes algum nível de compreensão sobre medidas de prevenção contra a moléstia.

Sim. 'As vendedoras tudo' de máscara [...] passando álcool em gel, de instante em instante. [P3].

[...] como é um lugar ao ar livre, eu acho que é bem mais provável ser seguro. [P8].

Não [...] você não vê ninguém de máscara, até eu mesmo não estou [...], mas espero que todos tenham tomado a vacina. [P16].

Sim, com certeza. Todo mundo ficou usando máscara, no período que foi recomendado, e agora que não 'tá' mais recomendado, que liberou, todo mundo 'tá' vacinado, então 'tá' colaborando. [P35].

A mudança na conduta social, em face da pandemia, também foi amplamente relatada.

Não. As pessoas relaxam, né? Vem pessoas de fora que, às vezes, até estão contaminadas, e a gente não sabe. [P20].

Não. O período do fluxo grande mesmo tinha, mas hoje não. As pessoas acham que a covid acabou [...] não têm mais aqueles cuidados que tinham antes, de usar máscara, sempre com álcool em gel na bolsa. [P31].

Não, não tem mais [...] não é só na feira. Todos os lugares não têm. Falta o uso de máscara, de conscientização e de compromisso com o próximo. [P44].

Não [...] não tem fiscalização. [P11].

Durante os discursos, também foi factível o reconhecimento dos consumidores e feirantes sobre as vias e os riscos de contaminação. Tal fato pode ser atribuído à veiculação de informações sobre a doença pelos meios de comunicação.

Não. O risco é grande. Mas, o pior é que quando você chega [na feira], 'o povo é tudo' tossindo, falando em cima da gente [...] quem já pegou [covid-19] tem maior risco de ter do que quem não teve, né? [...] a gente pega na televisão essas coisas que eu 'tô' dizendo. [P40].

Para um melhor entendimento sobre o nível de compreensão e orientação das pessoas sobre a covid-19, lançou-se a seguinte questão: 'Que estratégias o(a) senhor(a) acha que seriam

necessárias para aumentar a segurança das pessoas contra a covid-19 na feira?'. As respostas obtidas foram similares, envolvendo a necessidade do uso de máscara, de álcool em gel e o distanciamento social – largamente promovidos durante o primeiro ano da pandemia. Entretanto, também foi possível perceber que problemas insurgiram nas falas de feirantes e consumidores, a partir desse questionamento; e interlocuções entre os comportamentos coletivos considerados de risco e a escassez de recursos ou acesso aos serviços públicos foram desveladas.

Eu acho que as pessoas poderiam usar máscara e álcool em gel, e o distanciamento [...]. [P4].

Todo mundo se vacinar. [P15].

[...] orientar melhor essas pessoas, porque muitos não tem orientação de profissionais de saúde [...]. [P16].

[...] lidar com ser humano é complicado [...] as pessoas 'é aquele jeito teimoso' [...] por mais que sejam avisados, alertados, ficam naquela segurança que não acontece com 'fulano', não vai acontecer comigo, e por conta disso a gente se 'descuida de se cuidar' [...]. [P31].

Pra começar, o pessoal do município [poderia] fazer a limpeza [da feira] [...], aqui é o esgoto entupido, os banheiros todos entupidos [...] tudo a céu aberto. [P36].

[...] a segurança que eu acho é eu ficar na minha casa, mas se todo mundo tivesse os cuidados de 'tá' de máscara, não tirasse a máscara [...] usar o álcool [...], eu acho que melhorava um pouco, a gente sentia mais segurança. [P38].

Uma boa fiscalização 'pra' quem participa aqui da feira [...]. [P39].

Usando máscara e diminuindo mais a conversa com os amigos mais de perto [...] pegando em mão, porque transmite [a covid-19] [...]. [P43].

Conscientização da coletividade. [P44].

Contudo, ainda que seja de amplo conhecimento que a covid-19 foi responsável por ceifar vidas e ameaça a saúde pública, há quem desconsidere seu risco. Tais discurso e comportamento podem influenciar, negativamente, na promoção de medidas para o bem coletivo. Outrossim, há quem se preocupe com essas condutas e expresse isso em tom de inquietação. Isso foi sublinhado por duas falas, expressas a seguir:

[...] um uso obrigatório, né? Eu 'tô' dizendo assim, mas eu nunca usei uma máscara, nunca tomei uma vacina, 'graças à Deus'. [P22].

[...] a gente vendo tanto problema, tanta gente morrer [...] e tem gente que não acreditava que não existia. O próprio presidente foi um, né? [...] antes todo mundo se vacinava, era obrigado, mas nessa nação nova não é mais [...]. [P24].

Análise de narrativas de feirantes e consumidores de feiras livres por meio da nuvem de palavras

Dentre as palavras mais citadas nas narrativas, destacaram-se: 'gente', 'máscara', 'feira', 'coisa', 'vir', 'todo' e 'álcool' (*figura 1*). Essas palavras com maiores frequências, evidenciadas no gráfico, permitem uma melhor compreensão acerca das experiências individuais e coletivas nas feiras livres durante os anos da pandemia de covid-19. Uma maior necessidade de interação social tomou conta dos discursos, e as narrativas foram envoltas pela ida às feiras livres e pela possibilidade de as pessoas darem continuidade às relações, ainda que tomando os devidos cuidados para aumento da proteção individual e coletiva – embora isso tenha se perdido ao longo do tempo, como observado, possivelmente por falta de uma maior compreensão sobre enfermidades, como a covid-19, sobre a necessidade de higiene alimentar e pela tímida educação de saúde perpassada.

foram atingidos pela desvalorização advinda de setores políticos e sufocados pela falta de medidas de promoção da saúde e relação dos determinantes sociais de saúde conectados ao funcionamento de espaços como as feiras livres de alimentos¹⁵.

Nas feiras livres, há, sem dúvidas, fios de interação simbólicos que emanam informações e decisões, abrindo uma rede com várias lógicas a partir de regras, valores e culturas, apoiadas na troca de ideias, pontos de vista, argumentos e experiências^{16,17}. Nas feiras, os indivíduos são ‘pessoas coletivas’ que transmitem suas visões do mundo por meio do tempo¹⁸. Nesses locais, as relações de trabalho mesclam-se com relações familiares, de amizade e de vizinhança, possibilitando uma organização social que é, sobretudo, parte de um desenvolvimento tecnológico sofisticado e necessário de entendimento para uma melhor compreensão socioambiental e antropológica^{16,17}. Contudo, esses são territórios que ainda carecem de uma maior valorização pelas governanças, tendo em vista a escassez de investigações que podem gerar melhores representações para a construção de políticas públicas, como brevemente apontado pelos participantes dessa pesquisa.

Em relação às condições gerais de funcionamento das feiras livres, estas são distintas em cada local. Suas condições de operação são marcadas tanto pelo baixo conhecimento individual e coletivo como pela insuficiente percepção de risco acerca da comercialização e consumo de alimentos. Esses não são resultados exclusivos do cenário desta pesquisa, mas são encontrados em ambientes similares⁴, no quais foi possível identificar uso insuficiente de insumos de proteção individual e coletiva, falta de higiene e altos riscos de contaminação microbiológica, além de riscos físicos e químicos. Mesmo antes da pandemia de covid-19, a literatura tem apontado para uma baixa suscetibilidade percebida à infecção por microrganismos nesses espaços, comprometendo a segurança do alimento e favorecendo a eclosão de problemas de saúde¹⁹.

Evidências têm apontado que em territórios vivos, como os mercados tradicionais de alimentos, é possível identificar uma grande influência da motilidade humana e de fatores climáticos no aumento de surtos de doenças transmissíveis e veiculadas por vetores^{20,21}. Todavia, as narrativas apresentadas indicaram pouca regulamentação, fiscalização e estabelecimento de normas para o funcionamento desses espaços, demonstrando a ausência de cuidado de gestores públicos e da sociedade civil.

Somado a isso, em regiões como as que abrigam feiras livres, parecem imperar a baixa percepção de risco dos atores envolvidos, a falta de práticas de proteção e prevenção ante a pandemia e a não adesão às medidas sanitárias e de biossegurança importantes para o controle de enfermidades, em especial, pelo acesso restrito a serviços de saúde de qualidade. Outrossim, fatores como o estado de saúde individual ou familiar, a influência das mídias de massa, o conhecimento sobre a doença, o bem-estar, a orientação política, a confiança sobre as ações determinadas, a experiência direta e indireta e a propensão para vacinar tendem a interferir nas melhores escolhas e atitudes nesse quadro. Como consequência, isso inclina-se a provocar aumento de desigualdades sociais e mudança na conformidade local, impactando o funcionamento das feiras livres, por exemplo.

Os impactos dessas transformações, nos últimos anos, ainda não foram mensurados em contextos locais, como aqueles explorados pelo estudo em tela. Contudo, em países como os Estados Unidos da América, pesquisadores identificaram uma redução de até 62% nas vendas de produtos em mercados tradicionais, gerando projeções negativas na sustentabilidade desses territórios²². Assim, a apreensão sobre os reflexos da pandemia na venda de alimentos em feiras livres direciona à necessidade de maiores entendimentos sobre a percepção de risco de indivíduos e suas coletividades, bem

como na urgência de identificação de comportamentos preventivos e de preditores relacionados.

Outra percepção que se teve foi a diferença entre o ponto de vista do comerciante da feira e do consumidor em relação à biossegurança. Atribuiu-se isso a uma série de fatores, incluindo percepções de risco, prioridades econômicas e falta de conhecimento ou informação adequada sobre as práticas de biossegurança.

Uma diferença na percepção de risco é uma explicação fundamental para essas visões divergentes. De acordo com a teoria da percepção de risco, diferentes indivíduos avaliam os riscos de maneira diferente, baseando-se em uma variedade de fatores psicológicos, culturais e sociais. Comerciantes podem perceber as ameaças à saúde de maneira diferente dos consumidores, influenciados por sua familiaridade e rotina diária. Além disso, a implementação de práticas de biossegurança pode ser percebida como onerosa ou impraticável pelos comerciantes, especialmente em contextos de recursos limitados ou falta de apoio institucional. Isso contrasta com os consumidores, que podem demandar ambientes mais seguros sem considerar plenamente os desafios enfrentados pelos comerciantes para implementar essas medidas²³.

Conclusões

Na perspectiva de feirantes e consumidores, as feiras livres de alimentos são locais que ultrapassam a questão de comércio de alimentos frescos a baixo custo, são também um espaço de interação social. Por isso, um dos reflexos da pandemia de covid 19 nesses espaços foi uma preocupação com a interação social (perspectiva do consumidor) e com a manutenção do comércio (perspectiva do feirante). Por outro lado, constatou-se que os territórios ainda não conseguem garantir um ambiente que cumpra fielmente as medidas de sanitárias e de biossegurança, mesmo após a pandemia de covid-19 recente.

Colaboradores

Lira Neto JCG (0000-0003-2777-1406)* contribuiu para condução do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Gaspar MWG (0000-0003-1452-7180)* contribuiu para condução do estudo e coleta dos dados do manuscrito. Gasque KCS (0000-0003-2015-2717)* contribuiu para revisão final do manuscrito. Araújo MFM (0000-0001-8832-8323)* contribuiu para concepção da ideia, condução do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Souza CR. As feiras livres como lugares de produção cotidiana de saberes do trabalho e educação popular nas cidades: alguns horizontes teóricos e analíticos no campo trabalho-educação. *Trabalho Necessário* 2015;13(22):126-144. DOI: <https://doi.org/10.22409/tn.13i22.p9597>
2. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Institucional Territórios Sustentáveis e Saudáveis: termo de referência conceitual e metodológico e proposta de governança. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
3. Nordhagen S, Lee J, Onuigbo-Chatta N, et al. What is safe and how much does it matter? food vendors' and consumers' views on food safety in urban Nigeria. *Foods*. 2022;11(2):225. DOI: <https://doi.org/10.3390/foods11020225>
4. Salamandane C, Fonseca F, Afonso S, et al. Handling of fresh vegetables: knowledge, hygienic behavior of vendors, public health in Maputo Markets, Mozambique. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6302. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17176302>
5. Slovic P. Perception of risk. *Science*. 1987;236(4799):280-285. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.3563507>
6. Abass K, Owusu AFS, Gyasi RM. Market vegetable hygiene practices and health risk perceptions of vegetable sellers in urban Ghana. *Int J Environ Health Res*. 2019;29(2):221-236. DOI: <https://doi.org/10.1080/09603123.2018.1535057>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
8. Belem NKR, Silva PAA, Castro VS, et al. Recomendações técnicas para atualização das boas práticas de fabricação de alimentos (BPF) visando a prevenção da COVID-19 em serviços de alimentação: checklist e revisão de manuais BPF. *SciELO*. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3844>
9. Cunha DT, Oliveira ABA, Saccol ALF, et al. Food safety of food services within the destinations of the 2014 FIFA World Cup in Brazil: Development and reliability assessment of the official evaluation instrument. *Food Res Int*. 2014;57:95-103. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2014.01.021>
10. Thorne S. Interpretive description: qualitative research for applied practice, 2nd ed. New York: Routledge; 2016. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315545196>
11. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*. 2013;21(2):513-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
12. Sott MK, Bender MS, Silva Baum K. Covid-19 Outbreak in Brazil: Health, Social, Political, and Economic Implications. *Int J Health Serv*. 2022;52(4):442-454. DOI: <https://doi.org/10.1177/00207314221122658>
13. Ribeiro-Silva RC, Pereira M, Campello T, et al. Covid-19 pandemic implications for food and nutrition security in Brazil. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(9):3421-3430. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.22152020>
14. Preiss PV, Silva GP, Deponti CM, et al. Impacto da covid-19 na comercialização de alimentos da agricultura familiar no Rio Grande do Sul, Brasil. *Eutopia*. 2022;21(junio):9-29. DOI: <https://doi.org/10.17141/eutopia.21.2022.5362>
15. Pereira M, Oliveira AM. Poverty and food insecurity may increase as the threat of COVID-19 spreads. *Public Health Nutr*. 2020;23(17):3236-3240. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1368980020003493>
16. Sato L. Processos cotidianos de organização do trabalho na feira livre. *Psicol Soc*. 2007;19(esp):95-102. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000400013>
17. Carvalho SM, Costa IB, Rigon SA, Cassarino JP. Feiras Orgânicas enquanto política de abastecimento

- alimentar e promoção da saúde: um estudo de caso. *Saúde debate*. 2022; 46(esp2):542-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E236-542>
18. Pereira SB, Brito TP, Pereira VG. Feira-livre como experiência de Bem Viver: uma expressão pulsante das resistências cotidianas. *Per-Cursos*. 2022;23(53):180-210. DOI: <http://dx.doi.org/10.5965/1984724623532022180>
19. Liao Q, Wu P, Lam WW, et al. Public risk perception and attitudes towards live poultry markets before and after their closure due to influenza A(H7N9), Hong Kong, January-February 2014. *J Public Health (Oxf)*. 2016;38(1):34-43. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv020>
20. Young I, Thaivalappil A, Reimer D, et al. Food Safety at Farmers' Markets: A Knowledge Synthesis of Published Research. *J Food Prot*. 2017; 80(12):2033-2047. DOI: <https://doi.org/10.4315/0362-028X.JFP-17-193>
21. Huang CH, Lin CY, Yang CY, et al. Relationship between the incidence of dengue virus transmission in traditional market and climatic conditions in Kaohsiung city. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2021;9916642. DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/9916642>
22. O'Hara JK, Woods TA, Dutton N, et al. COVID-19's Impact on Farmers Market Sales in the Washington, D.C., Area. *J Agric Appl Econ Assoc*. 2021:1-16. DOI: <https://doi.org/10.1017/aae.2020.37>
23. Henson S, Traill WB. The demand for food safety: Market imperfections and the role of government. *Food Policy*. 1993;18(2):152-162. DOI: [https://doi.org/10.1016/0306-9192\(93\)90023-4](https://doi.org/10.1016/0306-9192(93)90023-4)

Recebido em 15/05/2023

Aprovado em 09/05/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: este trabalho foi contemplado pelo Edital nº 06/2020 - Fiocruz, intitulado 'Territórios Sustentáveis e Saudáveis no contexto da pandemia Covid-19', sob o título de 'Reflexos da pandemia de COVID 19 na venda de alimentos em feiras livres no Maciço de Baturité-CE: estudo misto sobre segurança alimentar e sustentabilidade' (inscrição nº 64171806284625)

Editores responsáveis: Ricardo Moratelli e Bruna Drumond Silveira

Vigilância Popular em Saúde: luta emancipatória pela vida ante o agronegócio na Chapada do Apodi-CE

Popular Health Surveillance: Emancipatory struggle for life against agribusiness in Chapada do Apodi-CE

Fernando Ferreira Carneiro¹, Saulo da Silva Diógenes², Antônia Márcia Xavier³, Reginaldo Ferreira de Araújo⁴, Leandro Vieira Cavalcante⁵, Aline de Sousa Maia⁶, Ana Cláudia de Araújo Teixeira¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18715P

RESUMO Este artigo discute a Vigilância Popular em Saúde (VPS) como estratégia emancipatória de luta e defesa da vida ante o agronegócio na Chapada do Apodi, no Ceará. Trata-se de uma pesquisa-ação com representantes da academia, dos movimentos sociais, de entidades, organizações comunitárias e trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Foi realizada uma oficina territorial cujo material produzido foi avaliado pela análise de conteúdo auxiliado pelo software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ). A oficina destacou a necessidade de fortalecimento da luta comunitária no território pela vida, envolvendo o problema dos agrotóxicos e o papel das mulheres. A organização comunitária alia-se à atuação dos movimentos populares, evidenciando que as associações são pontos fundamentais e estratégicos nas articulações das comunidades para a reivindicação de direitos, por meio de quintais produtivos, por exemplo. Foram observados indicadores de VPS associados aos impactos do agronegócio, como a elevada mortalidade de abelhas. Diante da expansão do agronegócio na região, a VPS pode continuar sendo uma importante ação na promoção de territórios mais saudáveis e sustentáveis na Chapada do Apodi.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância em saúde pública. Participação da comunidade. Saúde da população rural. Agrotóxicos. Pesquisa participativa baseada na comunidade.

ABSTRACT This article discusses Popular Health Surveillance (PHS) as an emancipatory strategy for fighting and defending life against agribusiness in Chapada do Apodi, Ceará. This is an action research with representatives from academia, social movements, entities, community organizations and workers of the Unified Health System. A territorial workshop was carried out whose material produced was evaluated by content analysis aided by the Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ) software. The workshop highlighted the need to strengthen the community struggle in the territory for life, involving the problem of pesticides and the role of women. Community organization allies itself with the work of popular movements, showing that associations are fundamental and strategic points in the articulations of communities for claiming rights, through productive backyards, for example. Indicators of PHS associated with the impacts of agribusiness were observed, such as the high mortality of bees. Faced with the expansion of agribusiness in the region, PHS can continue to be an important action in promoting healthier and more sustainable territories in Chapada do Apodi.

KEYWORDS Public health surveillance. Community participation. Rural health. Pesticides. Community-based participatory research.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Ceará – Eusébio (CE), Brasil.
fernando.carneiro@fiocruz.br

²Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.

³Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Ambiente (Ceresta) Zé Maria do Tomé – Limoeiro do Norte (CE), Brasil.

⁴Movimento 21 (M21) – Limoeiro do Norte (CE), Brasil.

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Caicó (RN), Brasil.

⁶Cáritas Diocesana de Limoeiro do Norte – Limoeiro do Norte (CE), Brasil.



Introdução

Em contextos de conflitos ambientais, a luta pela saúde tem se tornado mobilizadora de comunidades na luta pelos seus direitos, sendo uma dessas estratégias a Vigilância Popular em Saúde (VPS)¹⁻³. O avanço do agronegócio no Brasil fez com que o País se tornasse um dos maiores consumidores de agrotóxicos do mundo, o que tem resultado em impactos na saúde e ambiente em vários territórios, ameaçando o modo de vida e a produção agroecológica camponesa⁴. Esse processo tem sido estudado por vários pesquisadores na Chapada do Apodi, lugar de intensa reprodução e resistência camponesa diante da expansão do agronegócio.

O território da Chapada do Apodi, localizado na divisa dos estados do Ceará e do Rio Grande do Norte, apresenta solos naturalmente férteis e abundância de água subterrânea devido à presença dos aquíferos Jandaíra e Açu. Ocupada ao longo de décadas por camponeses com e sem terra, bem como por latifundiários, a partir dos anos 1990, a Chapada do Apodi passou a ser densamente explorada por empresas do agronegócio. Mediante uma atuação incisiva do Estado, corporações especializadas na produção e exportação de frutas se territorializaram na Chapada do Apodi^{5,6}, resultando em uma acelerada expansão do latifúndio, da monocultura, do uso intensivo de agrotóxicos e do acirramento da concentração hídrica e fundiária, agravando ainda mais os conflitos e as conflitualidades.

O pacote de maldades⁷ decorrente da atuação do agronegócio na Chapada do Apodi implicou: uma intensificação das disputas e dos conflitos por terra e por água; o desmatamento e a perda da biodiversidade; a exploração e a coerção de trabalhadoras e trabalhadores; o envenenamento do solo e da água; o esgotamento da capacidade produtiva da terra; a injustiça hídrica; o cercamento, a fragmentação e a expropriação das comunidades camponesas; o aumento da incidência de problemas de saúde, incluindo cânceres e malformação congênita; o assassinato do ambientalista e ativista Zé

Maria do Tomé; as mortes por intoxicação, como nos casos Vanderlei Matos e Valderi Rodrigues, entre outras injustiças ambientais e violações de direitos humanos registradas em várias pesquisas^{5,8-13}.

Tais contextos de conflitos forjaram, nesse território, potentes articulações entre os movimentos sociais, como o Movimento 21 de Abril (M21), que traz no nome a data do assassinato de Zé Maria do Tomé, e o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); as organizações da sociedade civil, como Cáritas Diocesana de Limoeiro do Norte; e a academia, na figura de grupos de pesquisa e programas de pós-graduação, vinculados, sobretudo, à Universidade Estadual do Ceará (Uece) e à Universidade Federal do Ceará (UFC). Fruto da atuação incisiva dessas articulações, por exemplo, houve a criação do primeiro Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Ambiente do Brasil, o Ceresta Zé Maria do Tomé, além do surgimento da proposta da primeira lei estadual que proibiu a pulverização aérea de agrotóxicos, a Lei nº 16.820/2019, conhecida como Lei Zé Maria do Tomé¹⁴.

Especificamente ao sul da Chapada do Apodi, no município cearense de Tabuleiro do Norte, desde 2020, as comunidades camponesas denunciam os agravos à saúde e ao ambiente resultantes da atuação de uma empresa do agronegócio especializada na produção de algodão transgênico e, na entressafra, cultivos de soja, milho e sorgo. Trata-se de uma empresa que detém cerca de 30 mil hectares na Chapada do Apodi e que promove injustiça ambiental e violação de direitos humanos ao cercar as comunidades, desmatar áreas nativas de Caatinga, expandir a monocultura do algodão, concentrar terra e água, utilizar agrotóxicos intensivamente, disseminar sementes transgênicas, limitar as capacidades produtivas de camponesas e camponeses, que têm seu modo de vida centrado na produção agroecológica aliada à estratégias de convivência com o Semiárido¹⁵.

Em vista disso, uma rede de resistência formou-se em torno das comunidades camponesas

de Tabuleiro do Norte perante os impactos da expansão do agronegócio na região, a fim de fortalecer a mobilização e as denúncias de injustiça ambiental e violação de direitos humanos. Tal articulação deu-se mediante a participação ativa de associações comunitárias locais, as quais contam com o apoio de organizações da sociedade civil, como a Cáritas, a Fundação de Educação e Defesa do Meio Ambiente do Jaguaribe (Femaje) e a Associação Escola Família Agrícola Jaguaribana (Aefaja); movimentos sociais, como o M21; instituições jurídicas, representadas pelo Escritório de Direitos Humanos e Assessoria Jurídica Popular Frei Tito de Alencar; e coletivos acadêmicos e de pesquisa-ação, vinculados à Fundação Oswaldo Cruz do Ceará – Fiocruz Ceará (Participatório em Saúde e Ecologia de Saberes) e às universidades, como Uece, UFC e Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Tais coletivos acadêmicos referem-se a: Grupo de Pesquisa e Articulação Campo, Terra e Território (Naterra); Laboratório de Estudos da Educação do Campo (Lecampo); Grupo de Pesquisa Territórios do Semiárido (Semiar); Núcleo de Estudos sobre Memória e Conflitos Territoriais (Comter); Núcleo Trabalho, Meio Ambiente e Saúde (Tramas) e Núcleo Trabalho, Ambiente, Saúde e Subjetividades (Trassus).

Atuando a partir dessa rede, as comunidades de Tabuleiro do Norte produzem resistência e iluminam outros mundos possíveis¹⁶ para a Chapada do Apodi, sendo a VPS relacionada com os agrotóxicos um forte instrumento de mobilização, articulação e resistência. A expressão ‘Vigilância Popular’ é de elaboração recente¹⁷, embora parte de seus fundamentos estejam em experiências desenvolvidas nos anos 1980 pelo campo da saúde do trabalhador^{18,19}. A sistematização teórico-metodológica desse processo mais contemporâneo tem visado contribuir para reorientar a ação dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como seus processos formativos na direção de uma vigilância em saúde mais dialógica e efetiva na garantia do direito humano à saúde.

Segundo Porto²⁰, os limites do modelo biomédico e produtivista na organização de um sistema de saúde verticalizado e pouco dialógico dificultou avanços na concepção de participação social na saúde coletiva além do controle social. Embora importante nas estratégias de participação e gestão democrática do SUS, no exercício da cidadania e no trabalho em redes com a sociedade, a saúde coletiva manteve, até recentemente, a discussão da produção de conhecimentos e das ações de vigilância como atributos dos profissionais especialistas. Uma importante exceção, além da saúde dos trabalhadores, tem sido a construção da educação popular em saúde, baseada principalmente nas contribuições de Freire²¹, Brandão²² e Valla²³.

Existem algumas experiências no Brasil que utilizaram o termo vigilância popular da saúde para nominar suas práticas quando o protagonismo de comunidades e movimentos sociais é evidente, e que pode envolver diferentes graus de atuação do Estado, da academia e especialistas, desde que estes reconheçam os saberes populares e se impliquem nos processos participativos de natureza dialógica. Dentre numerosas experiências construídas nos últimos 20 anos que ajudaram na construção desse conceito, podem-se destacar os estudos que contribuíram para adiar as tentativas de exploração de urânio e fosfato na mina do município de Santa Quitéria, no Ceará^{17,24}; processos de monitoramento dos impactos da Siderúrgica do Atlântico (TKCSA) em Santa Cruz, Rio de Janeiro²⁵ e da mineração de urânio em Caetité, Bahia²⁶; pesquisas do Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas²⁷ e do Participatório em Saúde e Ecologia de Saberes vinculados à Fiocruz Ceará²⁸.

O termo VPS também tem sido usado no contexto da discussão da pedagogia das águas pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fiocruz; da pedagogia do território⁷; nos trabalhos desenvolvidos pelo Laboratório Territorial de Manguinhos Fiocruz em favelas no Rio de Janeiro²⁹ e, durante a pandemia da covid-19, em debates promovidos pela Fiocruz com

movimentos populares e entidades da sociedade civil organizada, acadêmicos e SUS¹.

Enquanto prática, a VPS se anuncia em ações participativas que destacam o que promove e o que ameaça a vida nos territórios, apontando para novos espaços, lutas coletivas e perspectivas para transformar as condições de saúde. Enquanto um saber, desenvolve-se por meio dos diálogos e das vivências da população, produtora de conhecimentos e informações importantes que possibilitam os processos decisórios, o direcionamento das ações da territorialização da saúde³.

No período da pandemia da covid-19, a VPS ganhou notória visibilidade³⁰, especialmente quando se tornou a única ação efetiva de vigilância diante da insuficiência do Estado em executar as políticas públicas. Ela lança mão de estratégias inovadoras, como uso de redes sociais, para pôr em evidência cenários de violação de direitos, desenvolvimento de barreiras populares, observatórios populares e acadêmicos, comitês populares por iniciativa de indígenas, quilombolas, pescadores e camponeses na defesa de seus territórios e da vida¹. Mais recentemente, surgiu a proposta de Vigilância Popular da Saúde, Ambiente e Trabalho (VPSAT), em que há centralidade na saúde do trabalhador e na saúde e ambiente².

Na América Latina, vêm sendo formuladas diversas propostas nos últimos 20 anos em busca de sistematizar conceitos, métodos e ações em torno da VPS. Dentre elas, destacam-se a vigilância popular¹⁷, a vigilância civil³¹, o monitoramento participativo³², a vigilância articulada à concepção de uma promoção emancipatória da saúde^{20,33} e a proposição de vigilância popular da saúde e do ambiente no contexto da covid-19¹. Todos esses esforços visam à incorporação de diversos referenciais teórico-metodológicos, atores, movimentos sociais e populações para permitir uma vigilância baseada no diálogo e na articulação de saberes em que permeie uma prática com valores democráticos rumo à sustentabilidade e à justiça social, sanitária, ambiental e cognitiva³³.

Em vista disso, este artigo busca apresentar os resultados de uma pesquisa sobre o papel da VPS como estratégia emancipatória de luta e defesa da vida ante o agronegócio na Chapada do Apodi.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa-ação³⁴ integrada por academia, movimentos sociais, entidades, organizações comunitárias e trabalhadores do SUS que constituem uma teia de saberes e práticas liderada pelo Participatório em Saúde e Ecologia de Saberes da Fiocruz Ceará²⁸. Após a realização de uma revisão integrativa sobre VPSAT², elaboraram-se critérios para definir uma experiência de vigilância popular, a saber: protagonismo popular na defesa da vida; uso de tecnologias sociais de monitoramento e produção de dados de forma participativa; articulação desejável entre a academia e o SUS.

Houve um cadastro nacional de experiências por meio de formulário eletrônico, sendo selecionadas dez experiências: cinco do Ceará e cinco contemplando outros estados de cada região do Brasil.

Cadastrada pela Cáritas Diocesana de Limoeiro do Norte e pelo M21, a experiência ‘Vigilância Popular da Saúde no Vale do Jaguaribe’ foi selecionada para análise e acompanhamento no território, em que comunidades da Chapada do Apodi, no município de Tabuleiro do Norte-CE, desenvolvem a VPS e, concomitantemente, a iniciativa ‘Comunidade que Sustenta a Agricultura (CSA) – Meu Quintal em Sua Cesta’, com a assessoria da Cáritas.

Realizou-se a pesquisa de campo na Chapada do Apodi em junho de 2022, para reconhecimento do território e reflexão sobre aspectos relevantes da experiência (*quadro 1*). Por intermédio de oficina, discutiram-se os conceitos e práticas de VPS na visão dos sujeitos do território e elaborou-se um plano de ação a partir das questões do *quadro 2*, voltado para os problemas do território.

Os relatos e as discussões dos participantes na oficina foram sistematizados, gravados, transcritos e analisados.

Quadro 1. Reflexão sobre a experiência de vigilância popular em saúde na oficina territorial nas comunidades rurais de Tabuleiro do Norte, Ceará, na Chapada do Apodi

Trilhas	Perguntas
1	Por que e para que fazemos a experiência?
2	Quem está fazendo a experiência e para quem fazemos?
3	Com quem fazemos a experiência? Como é a relação com o SUS e a academia?
4	Como fazemos a experiência e como nos comunicamos?
5	Como nos organizamos? E como essa experiência se relaciona com as lutas pela transformação social?

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Questões-guia para a construção do plano de ação da experiência de vigilância popular em saúde na oficina territorial nas comunidades rurais de Tabuleiro do Norte, Ceará, na Chapada do Apodi

- Quais foram as principais dificuldades enfrentadas?
- Como essas dificuldades foram ou poderiam ser superadas?
- Quais foram as principais conquistas alcançadas até agora?
- O que pode ser feito pela comunidade e pelo poder público para ajudar a consolidar as experiências nos territórios?
- O que pode ser feito para expandir e dar continuidade a essas experiências em outros territórios?

Fonte: elaboração própria.

Análise dos dados

Para dar suporte à análise de conteúdo de Bardin³⁵, foi utilizado o *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ) versão 0.7 alfa 2 desenvolvido por Ratinaud no ano de 2009. Trata-se de um programa livre, que se ancora no *software* R 3.5.1, permitindo processamento e análises estatísticas de textos produzidos. As informações transcritas foram submetidas ao IRaMuTeQ por meio de um arquivo único devidamente configurado em formato de texto (.txt), chamado de ‘corpus’. Neste estudo, como foi realizada uma pesquisa-ação com o uso da técnica de oficinas territoriais, o ‘corpus’ foi formado a partir da reflexão e de todas as informações escritas em tarjetas durante as trilhas (*quadro 1*) pelos participantes sobre a experiência de VPS da Chapada do Apodi.

Na análise dos conteúdos textuais, foram utilizadas duas técnicas fornecidas pelo

IRaMuTeQ: árvore de similitudes e nuvem de palavras. Essa análise destaca em uma representação gráfica a quantidade de vezes que uma palavra é citada, bem como suas conexões de sentido.

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu os preceitos éticos referentes à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde³⁶, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 47591021.9.0000.8145 e parecer nº 4.839.292.

Resultados e discussão

A VPS, que agricultores e camponeses realizam no território, permite antecipar sinais de

ameaças do agronegócio, apontando caminhos para incidir efetivamente nas expressões dos conflitos ambientais nos corpos desses sujeitos, ou seja, no processo saúde-doença que leva a cânceres e malformações congênitas, por exemplo³⁷. Esses sinais sobre seu território são o que se tem denominado de indicadores de VPS, e alguns deles foram identificados na atividade de reconhecimento do território nas comunidades da Chapada do Apodi, Tabuleiro do Norte.

Tratava-se de mudanças no território reportadas pela comunidade associadas à velocidade de instalação dos empreendimentos do agronegócio que cercam as áreas antes utilizadas para apicultura e criação dos animais em terras soltas, como cercamento com arame novo e madeiras uniformes que avançam sobre a estrada, diminuindo a sua largura, depois realizam o desmatamento com uso de uma enorme corrente esticada entre dois tratores (esse método de desmatamento foi chamado de 'correntão' pela comunidade), em seguida trituram a mata nativa para servir de adubo, o que gera intensos ruídos ouvidos a distância. O uso intenso de agrotóxicos é identificado pelo forte odor de venenos em casas próximas às plantações e pelo aumento da mortalidade de abelhas com redução da produção de mel. Tudo isso é realizado com mão de obra externa ao território, o que contribui para a diminuição da oferta de emprego. Como consequência disso, as famílias estão sendo desterritorializadas e induzidas a vender suas terras para empresas do agronegócio.

A produção agroecológica dessas comunidades é uma das principais propostas como alternativa ao agronegócio no seu território, pois é por meio dela que se alcança e se preserva a autonomia e a sustentabilidade ambiental, resistindo às formas de marginalização social

e econômica³⁸. Assim, enquanto as comunidades monitoram os impactos do agronegócio com tecnologias sociais contextualizadas pela vivência no território e, portanto, simplificadas para esses sujeitos, constroem estratégias de resistência, existência e afirmação do seu modo de vida expressas nos indicadores de anúncio ou bem viver, como a iniciativa dos quintais produtivos agroecológicos, exemplo de convivência com o semiárido.

A oficina territorial teve a presença de 51 participantes, 39 deles preencheram a ficha de identificação socioeconômica, sendo mais de 60% do sexo feminino e quase 70%, oriundos de Tabuleiro do Norte-CE. Mais de 40% deles tinham idade entre 25 e 45 anos, e 46%, entre 46 e 60 anos. Mais de 60% dos participantes eram casados; quase 70% disseram-se pardos ou pretos e aproximadamente 80% tinham filhos. Cerca de 44% haviam estudado até o ensino fundamental completo ou menos; 18%, até o ensino médio ou menos; e 36% possuíam nível superior ou pós-graduação. Em relação à ocupação, cerca de 44% eram agricultores e/ou apicultores; 21% eram de entidades que atuavam nos movimentos sociais; cerca de 23% eram profissionais do SUS, sendo a grande maioria Agentes Comunitárias de Saúde (ACS); e 10% eram da academia e/ou servidores públicos com pós-graduação. Por fim, mais de 40% faziam parte de associações ou sindicatos ou ainda da iniciativa CSA; além disso, a Cáritas, a Aefaja e movimentos sociais, como MST e M21, foram citados. Nessa oficina territorial nas comunidades da Chapada do Apodi, o destaque foi a necessidade de fortalecimento da luta comunitária pela vida no território, envolvendo o problema dos agrotóxicos e o papel das mulheres, como se pode ver na nuvem de palavras (*figura 1*).

Figura 1. Nuvem de palavras a partir da síntese da reflexão sobre a experiência de vigilância popular em saúde na oficina territorial nas comunidades rurais de Tabuleiro do Norte, Ceará, na Chapada do Apodi



Fonte: elaboração própria.

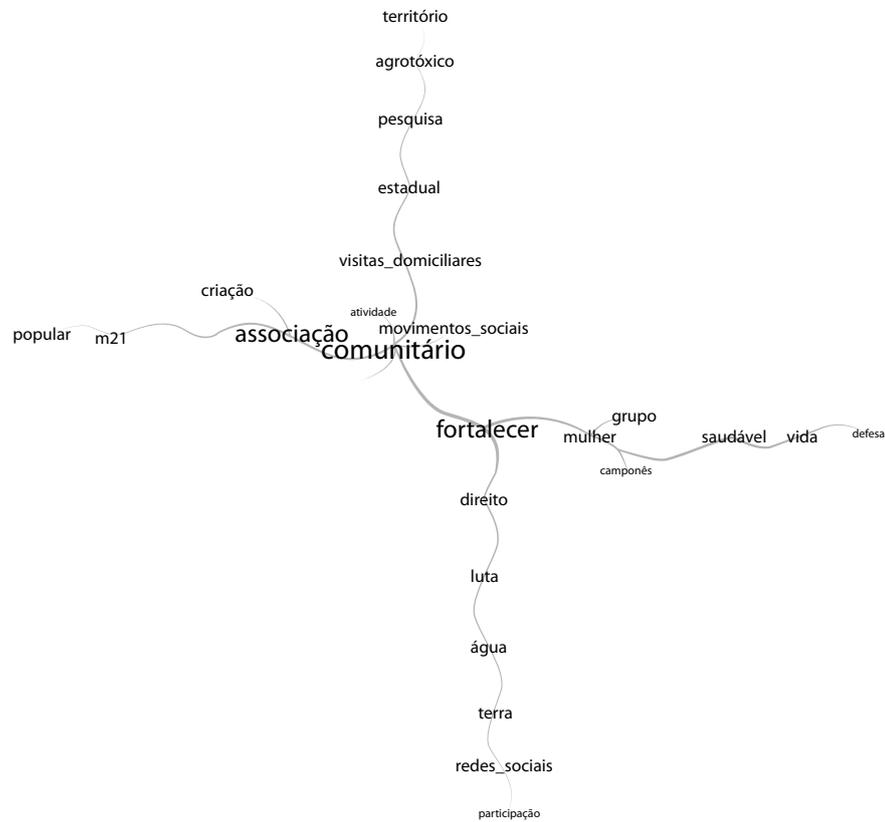
A VPS é marcada pelo protagonismo popular na defesa da vida^{1,2}. Essa centralidade também pode ser observada na nuvem de palavras, em que o ‘comunitário’ é a palavra mais citada na reflexão sobre a experiência de VPS, articulada à necessidade de fortalecimento dessa luta pelo território em defesa da vida.

A VPS não visa substituir o papel do Estado, mas ser a expressão da necessidade de maior participação dos movimentos sociais e das comunidades na vigilância, como está destacado na Política Nacional de Vigilância da Saúde³⁹. Todavia, desde 2016, em virtude de contextos políticos que ameaçaram indígenas, quilombolas, pescadores(as) ou moradores(as) de favelas,

essa vigilância emergiu como um processo participativo de alerta e de chamado para a ação relativa à garantia do direito à saúde, ao meio ambiente equilibrado e à defesa da vida¹.

Nesse contexto desigual de forças, em que o Estado usualmente alia-se aos interesses das corporações do agronegócio, a organização e a luta comunitária pelo território ganham uma centralidade que a estratégia da VPS busca potencializar. A árvore de similitude da reflexão da experiência de VPS, como a nuvem de palavras, mostra a centralidade da organização comunitária e sua relação direta com a defesa do território por meio da participação popular (figura 2).

Figura 2. Árvore de similitude a partir da síntese da reflexão sobre a experiência de vigilância popular em saúde na oficina territorial nas comunidades rurais de Tabuleiro do Norte, Ceará, na Chapada do Apodi



Fonte: elaboração própria.

Identificam-se, a partir da árvore de similitude, duas categorias de análise: organização comunitária e defesa do território/modo de vida.

Inicialmente, destaca-se que a palavra ‘comunitário’, que aparece de forma central na *figura 2*, traz a ideia da organização comunitária, que se mostra como uma grande potência na defesa do território e no processo de VPS. A organização comunitária está aliada à atuação dos movimentos populares da região, evidenciando que as associações são pontos fundamentais e estratégicos nas articulações das comunidades para a reivindicação dos seus direitos, em que iniciativas como a CSA são criadas com apoio de organizações sociais

e movimentos, como a Cáritas e o M21, que têm atuado na Aefaja na construção da CSA.

A defesa do território e do modo de vida tem alicerce no fortalecimento que o protagonismo das mulheres demonstra ao se construírem enquanto grupo em defesa de uma vida saudável. O direito é conquistado pela luta em defesa da água e da terra, e a árvore de similitude aponta para a relevância das ‘redes sociais’ nesse processo, o que pode estar ampliando a ‘participação’ de diferentes atores, como os jovens desses territórios, e trazendo a comunicação como importante instrumento de luta e potencialização da VPS. Isso foi evidenciado de forma mais relevante a partir da pandemia da covid-19, em que houve necessidade de

reinventar estratégias para denunciar o avanço do agronegócio na região. Nesse processo, a juventude foi extremamente relevante, pois ela costuma ter apropriação e aproximação com as ferramentas digitais, o que dialoga com a presença importante de jovens na oficina. Essas estratégias de visibilidade e comunicação têm sido fundamentais para mobilizar a opinião pública a se posicionar de forma favorável a demandas como a defesa da Lei Zé Maria do Tomé.

Em relação ao papel do Estado, identifica-se a materialização do SUS na assistência prestada em ‘visitas domiciliares’. Na oficina territorial, houve a presença importante de ACS, tendo influência relevante nessa resposta. A ausência de elementos que remetam à vigilância em saúde pode sugerir a precária atuação da vigilância institucional nesse território. A figura do Estado, trazida no termo ‘estadual’, enquanto instituição, surge no contexto da busca por apoio desse ente, como em audiências estaduais ou da necessidade de visibilidade nesse âmbito, mas também no contexto da relevância da luta pela defesa da Lei Estadual Zé Maria do Tomé que proíbe a pulverização aérea dos agrotóxicos no Ceará, a qual se tornou um importante conquista oriunda da luta do M21. Isso pode evidenciar a diferença entre o Estado, cooptado pelo agronegócio que se omite propositalmente e

é evocado nos debates, e as políticas públicas em defesa da vida que são conquistadas a partir da luta social.

Na construção do plano de ação, os participantes destacaram, como principais dificuldades enfrentadas, a falta de compromisso do poder público com políticas públicas para o território, evidenciando o acesso à água e a proteção em relação aos impactos do agronegócio. Outra dificuldade é envolver mais trabalhadores na luta, pois o medo e a descrença têm aumentado o desafio para promover maior organização popular.

De acordo com os participantes, essas dificuldades foram ou poderiam ser superadas com: oficinas de formação política para participação comunitária, denúncia e ação da comunidade por meio de informações.

Dentre as conquistas alcançadas até o momento da oficina, os participantes destacaram a organização da população, a existência mais pessoas sensíveis às lutas da Chapada do Apodi, a participação do povo nas manifestações e o apoio coletivo dos grupos, como M21, Cáritas, Aefaja, Ceresta, CSA, Acampamento Zé Maria do Tomé; e a conquista da Lei Zé Maria do Tomé e de moradia, energia, hortaliças e produção agroecológica. Ao final da oficina, foram definidas ações prioritárias para as comunidades de Tabuleiro do Norte sumarizadas no *quadro 3*.

Quadro 3. Ações prioritárias do plano de ação de vigilância popular em saúde da oficina territorial nas comunidades rurais de Tabuleiro do Norte, Ceará, na Chapada do Apodi

Acompanhamento de dados de saúde das famílias perto dos plantios da empresa
Análise de agrotóxico na água da adutora; análise do solo, ar e insetos
Criação de instrumentos de comunicação popular e fortalecimento das redes e iniciativas existentes
Campanha para não venderem as terras
Cobrança ao poder público por fiscalização ambiental
Luta: acesso à água e à terra; como cobrar do órgão público fiscalização, garantia de permanência no território, fortalecer a campanha agrotóxico mata
Ocupação de espaços de controle social (conselhos municipais; propor pautas; comissão acompanhar a chapada)

Fonte: elaboração própria.

A academia, ao ser provocada pelos movimentos sociais e pelas comunidades atingidas a investigar a magnitude dos impactos do agronegócio, tem buscado contribuir para as lutas e a afirmação do modo de vida nesses territórios a exemplo das iniciativas de VPS². Lançar mão da ecologia de saberes⁴⁰ possibilita a construção de uma ponte entre essas práticas de saúde que nascem nos territórios diante da insuficiência do Estado para incidir nas ações e nas compreensões convencionais da saúde institucional implementadas no SUS, buscando uma efetiva construção de saberes e práticas de vigilância em saúde que respeitem e estimulem a participação da comunidade. Assim, novas bases conceituais e metodológicas têm dado suporte a novas formas de fazer e pensar na vigilância, ao incorporar diferentes saberes e dimensões, tais como as econômicas, as sociais, as culturais, as éticas e as questões de gênero.

Esses desafios para a ciência ficaram claramente expressos no Plano de Ação proposto pela comunidade. O desafio apresentado também é intersetorial e interdisciplinar, o que coloca para a academia a necessidade de romper paradigmas da ciência moderna ainda baseada no positivismo⁴¹.

O processo de identificação do que se tem chamado de indicadores qualitativos de VPS busca possibilitar mais diálogo com o SUS e, ao mesmo tempo, mais engajamento, divulgação, ampliando para que tais informações possam ser transformadas em políticas públicas com forte protagonismo e inserção popular, a exemplo da Lei Zé Maria do Tomé, e em estratégias territorializadas e métodos participativos desenvolvidos pelos próprios processos autônomos de VPS nas comunidades.

Considerações finais

Historicamente, as populações do campo são vulnerabilizadas pelos projetos de desenvolvimento, a exemplo do agronegócio afetando sobremaneira a saúde dessas populações, seus modos de vida e o ambiente onde vivem

e trabalham. Essas populações têm desenvolvido práticas de VPS sobre os impactos causados por esses empreendimentos. Uma das questões suscitadas a partir deste estudo é: como a vigilância popular pode contribuir para fortalecer os processos participativos na vigilância em saúde do SUS de modo que o conhecimento produzido por essas populações e suas necessidades sejam reconhecidos e valorizados para apontar quais ações poderiam ser mais efetivas em cada contexto em uma perspectiva mais democrática e dialógica?

A experiência de luta da vigilância popular na Chapada do Apodi representa um dos exemplos mais emblemáticos e potentes dessa modalidade de vigilância. Mais recentemente, o Supremo Tribunal Federal julgou constitucional a Lei Zé Maria do Tomé. Essa conquista nascida nesses territórios agora inspira outras iniciativas pelo País. Essa luta comunitária conquistou uma importante política pública de proteção à saúde, pois essas comunidades poderiam ser atingidas pela pulverização aérea de agrotóxicos. Entretanto, diante da expansão do agronegócio na região, a VPS pode continuar sendo uma importante ação de defesa da saúde e da vida no território. A possibilidade de uma pedagogia do exemplo pode inspirar outras experiências que necessitam de estratégias inovadoras para o enfrentamento de processos produtivos que colocam o lucro acima da proteção da saúde e do meio ambiente. Nesse sentido, a VPS se mostrou uma importante estratégia de promoção de territórios mais saudáveis e sustentáveis na Chapada do Apodi.

Colaboradores

Carneiro FF (0000-0002-6625-9715)* contribuiu para concepção, desenho e coordenação do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. Diógenes SS (0000-0001-8584-3936)* e Araújo RF (0009-0001-1507-397X)* contribuíram para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos

dados, redação e aprovação final do manuscrito. Xavier AM (0009-0000-0147-8629)* contribuiu para concepção, desenho do trabalho, coleta de dados, redação e aprovação final do manuscrito. Cavalcante LV (0000-0002-3970-6655)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, redação e aprovação final do

manuscrito. Maia AS (0009-0009-5964-4082)* contribuiu para redação e aprovação final do manuscrito. Teixeira ACA (0000-0003-2851-5260)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação final e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Carneiro FF, Pessoa VM. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00298130. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00298>
2. Silva LRC, Diógenes SS, Meneses MN, et al. Vigilância Popular da Saúde, Ambiente e Trabalho (VP-SAT): uma revisão integrativa da literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(9):2565-2582. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.13142022>
3. Meneses MN, Quadros JD, Marques GP, et al. Práticas de vigilância popular em saúde no Brasil: revisão de escopo. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(9):2553-2564. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.13542022>
4. Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, et al., organizadores. *Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro, São Paulo: EPSJV/Fiocruz, Expressão Popular; 2015.
5. Cavalcante LV. *As firmas tomaram conta de tudo: território, agronegócio e questão agrária*. Curitiba: Editora CRV; 2020.
6. Cavalcante LV. *Entre fazendas e firmas: agronegócio da fruticultura e concentração fundiária no Baixo Jaguaribe/CE*. RCT. 2023;18(49):216-240. DOI: <https://doi.org/10.14393/RCT184967055>
7. Rigotto RM, Leão FAF, Melo RD. A pedagogia do território: desobediências epistêmicas e insurgências acadêmicas na práxis do Núcleo Tramas. In: Rigotto RM, Aguiar ACP, Ribeiro LAD, organizadores. *Tramas para a justiça ambiental: diálogo de saberes e práxis emancipatórias*. Fortaleza: Edições UFC; 2018. p. 345-396.
8. Marinho AMCP. *Contextos e contornos da modernização agrícola em municípios do Baixo Jaguaribe/CE - o espelho do (des)envolvimento e seus reflexos na saúde, trabalho e ambiente [tese]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010. 245 f.
9. Freitas BMC. *Marcas da modernização da agricultura no território do Perímetro Irrigado Jaguaribe-Apodi: uma face da atual reestruturação socioespacial do Ceará [dissertação]*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2010. 181 f.
10. Rigotto RM, organizadora. *Agrotóxicos, trabalho e saúde: vulnerabilidade e resistência no contexto da modernização agrícola no Baixo Jaguaribe/CE*. Fortaleza: Edições UFC; 2011.
11. Silva MLV. *Gritos, silêncios e sementes: as repercussões do processo de des-reterritorialização empreendido pela modernização agrícola sobre o ambiente, o trabalho e a saúde de mulheres camponesas na Chapada do Apodi/CE [dissertação]*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2014. 364 f.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Diógenes SS. (In)visibilização das causas de câncer na zona rural do município de Limoeiro do Norte-CE: a vulnerabilização das comunidades rurais e os riscos dos usos dos agrotóxicos [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2017. 186 f.
13. Aguiar ACP. Malformações congênitas, puberdade precoce e agrotóxicos: uma herança maldita do agonegocio para a Chapada do Apodi (CE) [dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2017. 199 f.
14. Ceará (BR). Lei nº 16.820, de 8 de janeiro de 2019. Inclui dispositivo na Lei Estadual nº 12.228, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre o uso, a produção, o consumo, o comércio e o armazenamento dos agrotóxicos, seus componentes e afins bem como sobre a fiscalização do uso de consumo do comércio, do armazenamento e do transporte interno desses produtos. Diário Oficial do Estado do Ceará. 9 Jan 2019.
15. Cavalcante LV. Um novo mal anunciado: a territorialização do agonegocio do algodão transgênico no Ceará. *Rev Pegada*. 2021;22(3):145-169. DOI: <https://doi.org/10.33026/peg.v22i3.8846>
16. Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.
17. Alves PA. Vigilância popular da saúde: cartografia dos riscos e vulnerabilidades socioambientais no contexto de implantação da mineração de urânio e fosfato no Ceará [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2013.
18. Oddone I, Marri G, Gloria S. Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec; 1986.
19. Machado JMH. Alternativas e Processos de Vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 1996.
20. Porto MFS. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(10):3149-3159. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.16612017>.
21. Freire P. Política e educação: ensaios. 5. ed. São Paulo: Cortez; 2001.
22. Brandão CR, Streck DR, organizadores. Pesquisa Participante: o saber da partilha. São Paulo: Ideias & Letras; 2006.
23. Valla VV. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: Valla VV, Stotz EM, organizadores. Participação Popular, Educação e Saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993.
24. Rigotto RM. Contested Knowledges in the Environmental Conflict over Uranium and Phosphate Mining in Ceará – Brazil. *Vibrant*. 2017;14(2):e142184. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-43412017v14n2p184>
25. Porto MFS, Menezes MAC, Dias AP, et al. Avaliação dos Impactos Socioambientais e de Saúde em Santa Cruz Decorrentes da Instalação e Operação da Empresa TKCSA. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
26. Porto MFS, Finamore R, Chareyron B. Justiça ambiental e mineração de Urânio em Caetité/BA: avaliação crítica da gestão ambiental e dos impactos à saúde da população. Relatório. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
27. Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA, organizadores. Campo, Floresta e Águas: tecendo práticas e saberes de saúde. v. 1. Brasília, DF: Editora UnB; 2017.
28. Fundação Oswaldo Cruz. Participatório em Saúde e Ecologia de Saberes [Internet]. Eusébio: Fiocruz Ceará [data desconhecida] [acesso em 2023 jun 14]. Disponível em <https://ceara.fiocruz.br/participatorio/inicio/>.
29. Porto MFS, Cunha MB, Pivetta F, et al. Comunidades ampliadas de pesquisa ação como dispositivos para uma promoção emancipatória da saúde: bases conceituais e metodológicas. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(6):1747-1756.

30. Corrêa HR, Segall-Corrêa AM. *Lockdown* ou vigilância participativa em saúde? Lições da Covid-19. *Saúde debate*. 2020;44(124):5-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012400>
31. Sevalho G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. *Physis*. 2016;26(2):611-632. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200014>
32. Breilh J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciênc saúde coletiva*. 2003;8(4):937-951. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400016>
33. Porto MFS. Crise das utopias e as quatro justiças: ecologias, epistemologias e emancipação social para reinventar a saúde coletiva. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(9):4449-4458. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25292019>.
34. Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 16. ed. São Paulo: Cortez; 2008.
35. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011.
36. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 13 Jun 2013.
37. Rigotto RM, Aguiar ACP, Pontes AGV, et al. Desvelando as tramas entre saúde, trabalho e ambiente nos conflitos ambientais: aportes epistemológicos, teóricos e metodológicos. In: Rigotto RM, Aguiar ACP, Ribeiro LAD, organizadoras. *Tramas para a justiça ambiental: diálogo de saberes e práxis emancipatórias*. Fortaleza: Edições UFC; 2018. p. 163-214.
38. Silva MR. O modo de vida camponês e a agricultura familiar no Brasil: conceitos e debates contemporâneos. *Rev Cient Multid Núcleo Conhecimento* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 jun 14];9(5):65-74. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/ciencias-sociais/modo-de-vida>.
39. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNSV), aprovada por meio desta resolução. *Diário Oficial da União*. 13 Ago 2018.
40. Santos BS, Meneses MP. *Epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina; 2009.
41. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. 4. ed. Porto Alegre: Sulina; 2011. 120 p.

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 23/02/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa foi financiada pelo Edital Inova Fiocruz - Emergências em Saúde Pública

Editores responsáveis: Hermano Albuquerque de Castro e Franco Antonio Neri de Souza e Lima

Exposição a desertos alimentares e marcadores do consumo alimentar entre crianças acompanhadas no Sisvan

Exposure to food deserts and food consumption markers among children registered in SISVAN

Beatriz Inês Ricardo¹, Aline Martins de Carvalho¹, Bárbara Hatzlhofer Lourenço¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18593P

RESUMO Este estudo objetivou investigar as relações entre a exposição a desertos alimentares e marcadores do consumo alimentar entre crianças em idade escolar acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). Utilizaram-se microdados de 63.426 crianças de 1.655 municípios em 2016 para marcadores saudáveis e não saudáveis, sendo criadas as variáveis ‘ausência de consumo de alimentos *in natura*/minimamente processados’ e ‘consumo máximo de alimentos ultraprocessados’. A classificação municipal em desertos alimentares baseou-se na densidade de estabelecimentos saudáveis. Modelos de regressão de Poisson ajustados por características individuais e municipais foram empregados para estimar Razões de Prevalência (RP) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) para a ocorrência dos marcadores de acordo com a exposição a desertos alimentares. A presença de desertos alimentares associou-se a piores classificações municipais de desenvolvimento humano e desigualdade. Observou-se associação entre exposição a desertos alimentares e maior frequência da ausência de consumo de alimentos *in natura*/minimamente processados (RP: 1,15, IC 95%: 1,07, 1,24) e do consumo máximo de alimentos ultraprocessados (RP: 1,07, IC 95%: 1,02, 1,24). Conclui-se que a exposição a desertos alimentares esteve associada ao perfil de marcadores do consumo alimentar de crianças em idade escolar acompanhadas no Sisvan.

PALAVRAS-CHAVE Desertos alimentares. Ambiente. Consumo alimentar. Crianças. Vigilância Alimentar e Nutricional.

ABSTRACT *This study aimed to investigate the relationship between exposure to food deserts and food consumption markers among school-aged children monitored by the Brazilian Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN). Microdata from 63,426 children from 1,655 municipalities in 2016 was used for healthy and unhealthy food consumption markers, and the variables ‘absence of consumption of in natura/minimally processed foods’ and ‘maximum consumption of ultra-processed foods’ were created. Municipal classification into food deserts was based on the density of healthy establishments. Poisson regression models adjusted for individual and municipal characteristics were used to estimate Prevalence Ratios (PR) and 95% Confidence Intervals (95% CI) for the occurrence of food markers according to exposure to food deserts. Food deserts were associated with worse municipal human development and inequality scores. There was an association between exposure to food deserts and a higher frequency of absence of consumption of in natura/minimally processed foods (PR: 1.15, 95% CI: 1.07, 1.24) and maximum consumption of ultra-processed foods (PR: 1.07, 95% CI: 1.02, 1.24). We conclude that exposure to food deserts was associated with the profile of food consumption markers in school-aged children monitored by SISVAN.*

KEYWORDS *Food deserts. Environment. Food consumption. Children. Food and Nutritional Surveillance.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.
barbaralourenco@usp.br



Introdução

De acordo com o Modelo de Innocenti sobre Sistemas Alimentares para Crianças e Adolescentes do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)¹, ambientes alimentares englobam o contexto físico, econômico, político e sociocultural pelo qual os indivíduos interagem para produzir, comprar, preparar e consumir os alimentos. Sabe-se que o padrão de consumo é importante para refletir sobre dietas saudáveis e sustentáveis, de forma conectada às formas de produção dos alimentos². O ambiente alimentar externo é fundamental para a constituição de territórios saudáveis e sustentáveis, incluindo estabelecimentos de comércio de alimentos, escolas, vendedores informais, entre outros¹. Esses elementos se relacionam com aspectos de disponibilidade, preço, qualidade e segurança dos alimentos, além de ações de marketing e propaganda. O modelo do Unicef salienta que abordagens envolvendo os sistemas e os ambientes alimentares são essenciais para a compreensão dos hábitos alimentares de crianças e adolescentes¹.

Na infância – em especial, durante a fase escolar –, a influência de ambientes alimentares externos sobre o consumo alimentar individual tem relevância crescente. Essa fase é fundamental para a promoção da saúde ao longo do curso da vida e a construção de hábitos alimentares que persistirão nos anos subsequentes³. Em países de alta renda, há evidências de que intervenções na escola, como o fornecimento direto de alimentos saudáveis fora das refeições habituais e o estabelecimento de padrões de qualidade nutricional para alimentação escolar, foram associadas, principalmente, ao aumento do consumo de frutas⁴.

Em relação a crianças de países de baixa e média renda, deve-se investir em uma agenda de estudos que consolide a compreensão dos efeitos dos ambientes alimentares em nível individual⁵, notadamente a partir de um panorama persistente de má nutrição e insegurança

alimentar⁶. No Brasil, a ocorrência de baixa altura para idade atingiu 7% das crianças até 5 anos de idade em 2019, mantendo-se em situação de estagnação em relação a estimativas de 2006, ao passo que a prevalência de sobrepeso chegou a 18,3%⁷. A falta de acesso regular e permanente a alimentos nos domicílios brasileiros, por sua vez, evoluiu de 36,6% em 2017-2018⁸ para 58,7% em 2021-2022⁹.

Parece importante atentar, particularmente, à ocorrência de desertos alimentares, isto é, regiões onde não há presença suficiente de alimentos *in natura* ou minimamente processados, que explicitam barreiras físicas ao acesso e ao consumo de alimentos saudáveis. Alguns estudos apontam que regiões de desertos alimentares apresentam piores indicadores sociodemográficos^{10,11}. Em um esforço para caracterização de tais territórios, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan) desenvolveu, em 2016, um estudo técnico para mapeamento dos desertos alimentares no Brasil, considerando a escassez de estabelecimentos majoritariamente vinculados ao comércio de alimentos *in natura* e mistos em nível municipal¹².

Paralelamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) incluem um componente de avaliação de marcadores do consumo alimentar de caráter universal, isto é, abrangendo todas as fases do curso da vida, a partir da Atenção Primária à Saúde (APS)^{13,14}. Os marcadores do consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) podem trazer elementos sobre a perspectiva individual de acesso e de ingestão de alimentos desde a infância, a qual pode ser oportunamente interpretada à luz de aspectos do ambiente alimentar externo. Como hipótese, pode-se assumir que desertos alimentares se associam negativamente à qualidade do perfil de marcadores do consumo alimentar reportados por crianças assistidas pela APS no País.

Assim, o presente estudo objetivou investigar as relações entre a exposição a desertos alimentares e marcadores do consumo

alimentar entre crianças em idade escolar acompanhadas no Sisvan. Evidências que articulem ações de vigilância em saúde com o contexto de sistemas alimentares sustentáveis a partir do acesso a alimentos saudáveis no território podem ser cruciais para embasar o planejamento de políticas públicas para o SUS, favorecendo a promoção da saúde desde faixas etárias precoces.

Material e métodos

Delimitação do estudo e fontes de dados

O presente estudo possui delimitação transversal e utilizou microdados de marcadores do consumo alimentar de crianças de 5 a 9 anos de idade acompanhadas no Sisvan no ano de 2016, em conjunto com informações de densidade municipal de estabelecimentos saudáveis e não saudáveis, que caracterizaram desertos alimentares, no mesmo ano.

O Sisvan compõe ações de vigilância em saúde no SUS, especificamente em relação à VAN. Esse sistema de informação consolida informações referentes ao estado nutricional e ao consumo alimentar da população, produzidas a partir dos serviços de APS¹⁵. Os microdados do Sisvan foram formalmente solicitados ao Núcleo de Tecnologia da Informação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, conforme Política Editorial do Ministério da Saúde (Portaria nº 884, de 13 de dezembro de 2011).

Para obtenção das informações referentes à densidade municipal de estabelecimentos saudáveis e não saudáveis, foi utilizada a planilha de acesso aberto de classificação de desertos alimentares referente ao ano de 2016. Esses dados decorrem do 'Estudo técnico: mapeamento dos desertos alimentares no Brasil' desenvolvido pela Caisan¹⁶.

Informações sobre o contexto sociodemográfico municipal foram consultadas no

portal do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE Cidades)¹⁷ e na base de dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IpeaGEO)¹⁸. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 35480520.2.0000.5421 e parecer nº 4.172.787, em conformidade com a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Gerenciamento de dados

Os marcadores do consumo alimentar do Sisvan consistem em sete itens referentes à ingestão, em relação ao dia anterior, de: feijão; frutas frescas; verduras e/ou legumes; hambúrguer e/ou embutidos; bebidas adoçadas; macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; e biscoito recheado, doces ou guloseimas. Os microdados foram gerenciados para exclusão de duplicidades, manutenção de registros com idade e município de residência consistentes e seleção de observações para crianças na faixa etária de interesse. Considerou-se apenas o primeiro registro de cada criança no ano de 2016, totalizando 63.426 indivíduos. Além dos sete marcadores, foram criadas as variáveis 'ausência de alimentos *in natura*/minimamente processados' (resposta 'não' simultaneamente para os marcadores feijão; frutas frescas; e verduras e/ou legumes) e 'consumo máximo de alimentos ultraprocessados' (resposta 'sim' simultaneamente para os marcadores hambúrguer e/ou embutidos; bebidas adoçadas; macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; e biscoito recheado, doces ou guloseimas).

Conforme definido no estudo sobre mapeamento dos desertos alimentares no Brasil, a presença de desertos alimentares foi definida para municípios nos quais a densidade de estabelecimentos saudáveis por 10 mil habitantes se encontrava abaixo do percentil 25. Estabelecimentos saudáveis foram definidos

como os locais que comercializam majoritariamente alimentos *in natura* ou de característica mista, com disposição de *in natura* e ultraprocessados na mesma proporção¹².

De acordo com a unidade federativa de procedência, os municípios foram classificados segundo as macrorregiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). Na caracterização dos contextos sociodemográficos municipais, foram considerados o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM, em 2010) e o índice de Gini (2003). O IDHM é constituído por medidas de saúde, renda e educação e com a finalidade de avaliar o bem-estar de determinada população, sendo classificado em ‘baixo’ (< 0,500), ‘médio’ (≥ 0,500 e < 0,800) e ‘alto’ (≥ 0,800)¹⁹. O índice de Gini expressa o grau de concentração de riqueza em um certo grupo, variando de 0, que indica plena igualdade, a 1, extrema desigualdade. Essa variável foi categorizada em ‘menor desigualdade’ (para valores < 0,5) e ‘maior desigualdade’ (valores ≥ 0,5)²⁰.

Os bancos de dados foram padronizados em relação ao nome das variáveis e dígitos do código municipal segundo o IBGE. Desse modo, houve a junção entre os bancos de variáveis de contextos municipais e de desertos alimentares, e posterior combinação com as informações de marcadores do consumo alimentar de crianças de 5 a 9 anos de idade acompanhadas no Sisvan em 2016.

Análise estatística

Inicialmente, realizou-se a comparação do contexto sociodemográfico de municípios que possuíam dados de marcadores do consumo alimentar do Sisvan na faixa etária de interesse (n = 1.655) em relação ao total de municípios brasileiros em 2016 (n = 5.570). Análises descritivas com teste de qui-quadrado foram utilizadas para caracterizar a distribuição das categorias de desertos alimentares, macrorregiões, IDHM e índice de Gini de acordo com a disponibilidade das informações de marcadores do consumo alimentar. Foram

investigadas, ainda, as associações entre as variáveis de contexto sociodemográfico municipal e a ocorrência de desertos alimentares com uso do teste de qui-quadrado.

A seguir, análises descritivas utilizando o teste de qui-quadrado ou o teste exato de Fisher exploraram a distribuição de cada marcador do consumo alimentar segundo a presença de desertos alimentares, macrorregiões e as categorias de IDHM e de índice de Gini. Modelos de regressão de Poisson com variância robusta foram realizados para estimar Razões de Prevalência (RP) e Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) para a ocorrência de marcadores do consumo alimentar das crianças de acordo com a exposição a desertos alimentares. Os modelos foram conduzidos em separado para cada marcador, bem como para as variáveis combinadas ausência de consumo de alimentos *in natura*/minimamente processados e consumo máximo de alimentos ultraprocessados, inicialmente controlados por sexo e idade das crianças (análise bruta). Os modelos finais foram adicionalmente ajustados pela classificação do município segundo macrorregião, IDHM e índice de Gini.

Adotou-se nível de significância estatística de 0,05. Todas as análises foram realizadas no *software* Stata, versão 14.

Resultados

Ao todo, 1.655 municípios (29,7% do total do Brasil) dispuseram de registros de marcadores do consumo alimentar para crianças entre 5 e 9 anos de idade em 2016. Ao observar a distribuição de municípios estudados quanto à macrorregião, 31,1% eram pertencentes ao Nordeste; 35,2%, ao Sudeste; e 10,9%, ao Norte (similar à distribuição geral dos municípios brasileiros em 32,2% no Nordeste, 30% no Sudeste e 8,1% no Norte). Esse conjunto de municípios refletiu a classificação adotada para identificação de desertos alimentares no País (26% categorizados como pertencentes ao quarto inferior da densidade de estabelecimentos saudáveis

por 10 mil habitantes, $p = 0,273$). No entanto, tais municípios apresentaram piores níveis do IDHM (baixo: 0,67% dos municípios com dados de marcadores do consumo alimentar *versus* 0,26% dos municípios brasileiros, $p < 0,001$) e do índice de Gini (maior desigualdade: 52,2% dos municípios com dados de marcadores do consumo alimentar *versus* 47,1% entre municípios brasileiros, $p < 0,001$).

Os registros dos marcadores do consumo alimentar em 2016 foram provenientes de 63.426 crianças, com média de idade de $7,13 \pm 1,48$ anos, das quais 53,3% eram meninas. Conforme apresentado na *tabela 1*, 59,9% das crianças

relataram a ingestão de verduras e/ou legumes no dia anterior, e 49,4% consumiram macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados. Em contrapartida, 83% das crianças consumiram feijão, e 69,4%, bebidas adoçadas. Em relação à caracterização demográfica, as crianças do presente estudo concentraram-se no Nordeste e no Sudeste, com 32,2% e 27,3% de crianças respectivamente. Ainda, 94,6% pertenceram a locais de classificação de IDHM médio, e 66,7% estavam expostas a maior desigualdade municipal segundo o índice de Gini.

Tabela 1. Caracterização demográfica e marcadores do consumo alimentar de crianças de 5 a 9 anos de idade acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasil, 2016

	n*	%
Sexo		
Feminino	33.784	53,3
Masculino	29.632	46,7
Marcadores do consumo alimentar		
Feijão		
Sim	52.167	83,0
Não	10.684	17,0
Frutas frescas		
Sim	43.840	69,9
Não	18.896	30,1
Verduras e/ou legumes		
Sim	37.554	59,9
Não	25.161	40,1
Ausência de consumo de alimentos <i>in natura</i>/minimamente processados**		
Sim	3.302	5,3
Não	59.101	94,7
Hambúrguer e/ou embutidos		
Sim	23.839	38,1
Não	38.727	61,9
Bebidas adoçadas		
Sim	42.907	69,4
Não	19.810	31,6
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados		
Sim	30.944	49,4
Não	31.722	50,6
Biscoito recheado, doces ou guloseimas		

Tabela 1. Caracterização demográfica e marcadores do consumo alimentar de crianças de 5 a 9 anos de idade acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasil, 2016

	n*	%
Sim	38.330	61,1
Não	24.368	38,9
Consumo máximo de ultraprocessados***		
Sim	12.213	19,6
Não	49.977	80,4
Macrorregião		
Norte	10.988	17,3
Nordeste	20.450	32,3
Sudeste	17.341	27,3
Centro-oeste	6.910	10,9
Sul	7.737	12,2
Índice de desenvolvimento humano municipal		
Baixo (< 0,5)	2.925	4,6
Médio (0,5 - < 0,8)	59.917	94,6
Alto (≥ 0,8)	516	0,8
Índice de Gini		
Menor desigualdade (< 0,5)	21.105	33,3
Maior desigualdade (≥ 0,5)	42.253	66,7
Exposição a desertos alimentares****		
Sim	20.112	31,7
Não	43.314	68,3

Fonte: elaboração própria.

* Os valores podem variar em razão das respostas 'não sei' referente aos marcadores do consumo alimentar.

Índice de Desenvolvimento Humano e Índice de Gini são indicadores municipais extraídos do Portal IBGE Cidades e IpeaGeo, referentes ao ano de 2003 e 2010 respectivamente.

** Ausência de consumo de alimentos *in natura*/minimamente processados expressa respostas negativas para todos os marcadores do consumo alimentar feijão, frutas e verduras e/ou legumes.

*** Consumo máximo de ultraprocessados expressa respostas positivas para todos os marcadores do consumo alimentar hambúrguer e/ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, biscoito recheado, doces ou guloseimas.

**** Desertos alimentares municipais dizem respeito a municípios que estão abaixo do percentil 25 de densidade de estabelecimentos saudáveis por 10 mil habitantes, estabelecido pelo Estudo Técnico Mapeamento dos Desertos Alimentares no Brasil.

A ocorrência de desertos alimentares foi de 43,5% no Nordeste e de 42,1% no Norte ($p < 0,001$). Ainda, a distribuição de desertos alimentares foi substancialmente maior em

municípios com maior desigualdade de acordo com o índice de Gini, equivalente a 80,3% ($p < 0,001$) (tabela 2).

Tabela 2. Características municipais em relação à exposição de desertos alimentares de crianças de 5 a 9 anos de idade acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasil, 2016

Características	Exposição a desertos alimentares*	
	Não n (%)	Sim n (%)
Região		
Norte	2.514 (5,8)	8.474 (42,1)
Nordeste	11.697 (27,0)	8.753 (43,5)
Sudeste	15.080 (34,8)	2.261 (11,3)
Centro-Oeste	6.774 (15,7)	136 (0,7)
Sul	7.249 (16,7)	488 (2,4)
Índice de desenvolvimento humano municipal**		
Baixo (< 0,5)	1.341 (3,1)	1.584 (7,9)
Médio (0,5 - < 0,8)	41.457 (95,7)	18.460 (92,1)
Alto (≥ 0,8)	516 (1,2)	0 (0,0)
Índice de Gini**		
Menor desigualdade (< 0,5)	17.164 (39,6)	3.941 (19,7)
Maior desigualdade (≥ 0,5)	26.150 (60,4)	16.103 (80,3)

Fonte: elaboração própria.

* Desertos alimentares municipais dizem respeito a municípios que estão abaixo do percentil 25 de densidade de estabelecimentos saudáveis por 10 mil habitantes, estabelecido pelo Estudo Técnico Mapeamento dos Desertos Alimentares no Brasil.

** Índice de Desenvolvimento Humano e Índice de Gini são indicadores municipais extraídos do Portal IBGE Cidades e IpeaGeo, referentes ao ano de 2003 e 2010 respectivamente.

A exposição a desertos alimentares esteve associada a marcadores do consumo alimentar entre as crianças em idade escolar, conforme apresentado na *tabela 3*. Na análise ajustada para sexo, idade, macrorregião, IDHM e índice de Gini, a exposição a desertos alimentares se associou a um menor consumo de feijão (RP: 0,95, IC 95%: 0,94, 0,95), bem como a uma prevalência 15% maior para a ausência de consumo de alimentos *in natura*/minimamente processados (IC 95%: 1,07, 1,24). Observou-se

também maior prevalência do consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados (RP: 1,08, IC 95%: 1,06, 1,10) e consumo máximo de alimentos ultraprocessados quando exposto a desertos alimentares (RP: 1,07, IC 95%: 1,02, 1,24). No entanto, houve associações isoladas com menor consumo de bebidas adoçadas (RP: 0,96, IC 95%: 0,95, 0,97) e de biscoitos recheados, doces ou guloseimas (RP: 0,97, IC 95%: 0,96, 0,99).

Tabela 3. Razão de prevalência para marcadores do consumo alimentar de crianças de 5 a 9 anos de idade acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, de acordo com a exposição a desertos alimentares. Brasil, 2016

	Exposição a desertos alimentares*			
	Bruto**		Ajustado***	
	RP	IC 95%	RP	IC 95%
Alimentos <i>in natura</i>/minimamente processados				
Feijão	0,91	0,90, 0,92	0,95	0,94, 0,95
Frutas	0,99	0,98, 1,00	1,01	1,00, 1,03
Verduras e/ou legumes	0,91	0,89, 0,92	1,00	0,99, 1,02
Ausência de consumo de alimentos <i>in natura</i> / minimamente processados****	1,39	1,27, 1,48	1,15	1,07, 1,24
Alimentos ultraprocessados				
Hambúrguer e/ou embutidos	0,93	0,91, 0,95	1,01	0,99, 1,04
Bebidas adoçadas	0,93	0,92, 0,94	0,96	0,95, 0,97
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	1,09	1,07, 1,10	1,08	1,06, 1,10
Biscoito recheado, doces ou guloseimas	0,93	0,92, 0,94	0,97	0,96, 0,99
Consumo máximo de ultraprocessados*****	0,95	0,92, 0,98	1,07	1,02, 1,12

Fonte: elaboração própria.

* Desertos alimentares municipais dizem respeito a municípios que estão abaixo do percentil 25 de densidade de estabelecimentos saudáveis por 10 mil habitantes, estabelecido pelo Estudo Técnico Mapeamento dos Desertos Alimentares no Brasil

** Regressão de Poisson bruta inclui a exposição a desertos alimentares, sexo e idade.

*** Todas as estimativas ajustadas foram controladas pela exposição a desertos alimentares, sexo, idade, macrorregião, índice de desenvolvimento humano municipal e índice de Gini.

**** Ausência de consumo de alimentos *in natura*/minimamente processados expressa respostas negativas para todos os marcadores do consumo alimentar feijão, frutas e verduras e/ou legumes.

***** Consumo máximo de ultraprocessados expressa respostas positivas para todos os marcadores do consumo alimentar hambúrguer e/ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, biscoito recheado, doces ou guloseimas.

Discussão

No presente estudo, observou-se que a exposição a desertos alimentares foi associada à ausência de consumo de alimentos *in natura*/minimamente processados e ao consumo máximo de alimentos ultraprocessados entre crianças de 5 a 9 anos de idade acompanhadas no Sisvan. Esses resultados originais estão alinhados à hipótese sugerida, indicando que, no âmbito da APS do SUS, o ambiente alimentar externo pode ter um impacto negativo importante para o acesso e o consumo de alimentos saudáveis desde as fases iniciais da vida.

Ao considerar a necessidade de construção de territórios saudáveis e sustentáveis no

SUS, os presentes achados podem qualificar a proposição de políticas públicas para garantia de acesso a alimentos de qualidade, desde a infância, na medida em que informações em nível individual puderam ser conjugadas a dados do contexto municipal de comercialização de alimentos. Assim, atenta-se à lógica de que as estruturas territoriais são componentes fundamentais para a compreensão crítica da determinação social das condições de saúde²¹. Tais apontamentos estão em linha com a Política Nacional de Promoção à Saúde, em sua diretriz voltada ao planejamento de ações territorializadas com base no reconhecimento dos contextos locais²², e valorizam a produção de informações a partir das ações

de vigilância por trabalhadores de saúde, efetivadas rotineiramente nos serviços da APS e sistematizadas no Sisvan.

Com isso, os achados sublinham que orientações individuais para o estímulo do consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, em detrimento de alimentos ultraprocessados, devem atentar particularmente à ocorrência de desertos alimentares, conectando as recomendações vigentes com a necessidade de sistemas e meios de produção e distribuição de alimentos mais saudáveis e sustentáveis²³. Na faixa etária investigada, é fundamental destacar o papel do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) para o alcance de tais recomendações e para a promoção da segurança alimentar e nutricional²⁴. Para tanto, cabe ressaltar o recente alinhamento de parâmetros de aquisição de alimentos do PNAE à fundamentação do Guia Alimentar para a População Brasileira como um passo relevante para favorecer práticas saudáveis a partir de uma abordagem programática, com influência sobre os ambientes alimentares dos escolares²⁵.

Em relação ao total de municípios brasileiros, é importante apontar que o conjunto de municípios incluídos nas presentes análises, os quais possuíam os dados do Sisvan para crianças de 5 a 9 anos de idade em 2016, manteve a proporção aventada pela metodologia da Caisan para identificação de desertos alimentares¹². Contudo, esses municípios sustentaram piores indicadores sociodemográficos quando comparados ao contexto nacional. As proporções mais elevadas de municípios em situação de IDHM baixo e maior desigualdade podem se relacionar com o fato de as ações de VAN estarem presentes na agenda de compromissos dos programas de transferência de renda, ampliando o acesso à APS por parte de populações mais vulnerabilizadas, com reflexo no perfil de cobertura do Sisvan¹³. Além disso, há evidências de que tal compromisso por parte das famílias que pertencem às iniciativas de transferência condicional de renda se apresenta benéfico ao passo que, ao aproximar o

grupo aos cuidados de saúde, pode promover, por exemplo, a redução de mortalidade infantil causada pela situação de pobreza, que decresceu 19,4% durante o período de 2004 a 2009²⁶.

Em meio a um perfil de municípios em maior vulnerabilidade em relação ao cenário nacional, a presença de desertos alimentares foi mais frequente nas regiões Norte e Nordeste e esteve associada a piores classificações do IDHM e do índice de Gini. Esses resultados são condizentes com o estudo de Honório et al.²⁷, conduzido em Belo Horizonte (MG), em que 40,7% dos setores censitários caracterizados como desertos alimentares apresentaram alta vulnerabilidade em saúde (considerando situação socioeconômica e de saneamento básico), em contraste com 18,9% dos setores que não foram caracterizados como desertos. No âmbito escolar, a partir de informações de 3.159 escolas públicas e privadas do município do Rio de Janeiro (RJ) em 2019, ambientes do entorno de escolas compatíveis com desertos alimentares ocorreram mais frequentemente em vizinhanças classificadas no menor terço de renda per capita (34,5% em comparação a 8,7% em locais no terço superior), bem como naquelas em maior privação (32,7% em comparação a 10,7% em locais de baixa privação) e segregação (34,1% em comparação a 12% em locais de baixa segregação)²⁸.

Neste estudo, o consumo alimentar individual foi avaliado por meio de marcadores do consumo alimentar do Sisvan. É relevante assinalar que os marcadores são úteis para a identificação de grupos alimentares críticos²⁹, sem detalhamento exaustivo da ingestão alimentar. Há evidências de que a estrutura interna do formulário do Sisvan abrange dois fatores que identificam alimentos *in natura* e minimamente processados e alimentos ultraprocessados, com características de mensuração estáveis entre faixas etárias, macrorregiões e ao longo dos anos³⁰. A abordagem enfocada em marcadores do consumo alimentar facilita a avaliação das práticas alimentares pelos diversos trabalhadores de saúde¹³ de forma condizente à organização dos serviços da APS no SUS.

A exposição a desertos alimentares foi associada principalmente à ausência concomitante de consumo de feijão, frutas e hortaliças entre crianças em idade escolar de acordo com os marcadores do Sisvan. No contexto de um ensaio clínico aleatorizado para manejo da obesidade e promoção de comportamentos saudáveis entre crianças de 6 a 12 anos de idade nos Estados Unidos da América – EUA (n = 498), observou-se que as crianças nos grupos de intervenção aumentaram sua ingestão de frutas e hortaliças em 0,29 porções por dia (IC 95%: 0,01, 0,57) para cada milha (cerca de 1,56 km) de maior proximidade da residência em relação a supermercados, o que se alinha aos presentes achados³¹. Ainda, deve-se assinalar que a exposição a desertos alimentares se associou especificamente a menor frequência do marcador de consumo de feijão por crianças. Análises de tendência temporal entre 2012 e 2017 apontaram redução percentual significativa de -1,30% ao ano na ingestão de feijão por adultos brasileiros³². A relação negativa observada neste estudo sugere que territórios menos saudáveis podem ter influência sobre a adesão a práticas alimentares tradicionais desde a idade escolar.

Alimentos *in natura* e minimamente processados são associados a benefícios à saúde devido aos seus altos teores de vitaminas, minerais, fitoquímicos e fibras alimentares³³, sendo frequentemente encontrados em feiras e supermercados, mas pouco comuns em desertos alimentares. Embora alguns estudos não tenham encontrado associações entre desertos alimentares^{34,35}, características socioeconômicas foram significativamente associadas a um maior consumo de alimentos *in natura*³⁴⁻³⁶, Gomes et al.³⁶, por exemplo, verificaram que adolescentes de 15 a 19 anos de idade da região metropolitana da Grande Vitória (ES) tiveram o consumo de frutas e hortaliças positivamente associado à renda familiar (OR: 1,55, IC 95%: 1,10, 2,17 no grupo cuja renda familiar excedia três salários mínimos em relação ao grupo cuja família possuía menos

de um salário mínimo). Ressalta-se que, neste trabalho, a associação da exposição a desertos alimentares foi observada mesmo após ajuste das estimativas por indicadores sociodemográficos municipais.

Por outro lado, o contexto municipal de desertos alimentares relacionou-se significativamente com maior ocorrência do consumo concomitante de todos os marcadores relativos a alimentos ultraprocessados, com destaque para o marcador de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados. De forma semelhante, Hager et al.³⁸ verificaram que residir em desertos alimentares foi associado ao maior consumo de *snacks* e sobremesas entre meninas da sexta e sétima série escolar nos EUA. Em estudo transversal no município de São Paulo entre adolescentes matriculados no nono ano escolar em escolas públicas e particulares em 2017, observou-se que a presença de cantinas com maior disponibilidade de alimentos ultraprocessados foi associada a um maior escore de consumo de alimentos ultraprocessados (embutidos, biscoitos ou bolachas, salgadinhos de pacote, guloseimas e bebidas açucaradas; β : 2,72, IC 95%: 1,47, 3,98)³⁹.

Ainda que alguns marcadores (bebidas adoçadas e biscoitos recheados, doces e guloseimas) tenham apresentado associações inversas à exposição a desertos alimentares, sabe-se que a venda de alimentos ultraprocessados tem tendência global de aumento, conforme observado nas regiões da Europa, Oceania, América do Norte e América Latina⁴⁰. No Brasil, a crescente disponibilidade desse grupo de alimentos também foi explicitada pela Pesquisa de Orçamentos Familiares, em que ultraprocessados compuseram 23,7% da dieta em 2017-2018 em comparação a 10,2% no levantamento de 1987-1988⁴¹. Assim, é possível que, apesar da ampla penetração desses produtos nos sistemas alimentares atualmente, esses resultados isolados tenham relação com disponibilidade prejudicada de insumos ou questões culturais, que necessitariam de investigações mais aprofundadas.

Alimentos ultraprocessados, que circunscrevem a definição de desertos alimentares, vêm sendo associados a um perfil nutricional que aumenta o risco de obesidade e de doenças crônicas tanto em adultos como em crianças e adolescentes. De acordo com dados de consumo alimentar de crianças e adolescentes provenientes de Brasil, Argentina, Colômbia, México, Chile, EUA, Reino Unido e Austrália, as médias de densidade energética e do conteúdo de açúcares livres foram positivamente associadas à participação de alimentos ultraprocessados na dieta, em contraste com a redução do conteúdo de fibra alimentar⁴².

Um estudo de coorte com crianças em baixa situação econômica de São Leopoldo (RS) verificou que o consumo de ultraprocessados aos 4 anos de idade foi um preditor significativo do aumento da circunferência de cintura (β : 0,07 cm)⁴³, de colesterol total (β : 0,43 mg/dL) e de colesterol LDL (β : 0,37 mg/dL) aos 8 anos de idade⁴⁴. A profusão de consumo desses alimentos em desertos alimentares, que, como evidenciado neste estudo, é caracterizada por piores indicadores sociodemográficos, inspira preocupação com relação a desfechos de saúde entre crianças assistidas na APS do SUS, demandando ações para a promoção de territórios mais saudáveis.

Os achados apresentados devem ser interpretados à luz de algumas limitações. Apesar do presente estudo trazer resultados para mais de mil municípios brasileiros distribuídos por todas as macrorregiões, o conjunto de dados não é representativo para as crianças brasileiras em idade escolar, uma vez que se restringiu àquelas que acessaram a APS e tiveram acompanhamento de marcadores do consumo alimentar do Sisvan no ano de 2016.

A cobertura populacional do registro de marcadores do consumo alimentar do Sisvan apresenta tendências temporais de incremento, mas ainda é limitada⁴⁵. Além disso, a classificação da Caisan para desertos alimentares

empregada nesta e em outras publicações (densidade de estabelecimentos saudáveis por 10 mil habitantes abaixo do percentil 25) pode ser considerada conservadora para explicar relações com o consumo alimentar individual. Desenvolvimentos metodológicos adicionais para a definição de desertos alimentares podem suprir potenciais defasagens nesta abordagem.

Uma terceira limitação refere-se à vinculação das informações de marcadores do consumo alimentar do Sisvan ao município de residência das crianças, o qual foi classificado ou não como deserto alimentar. Dessa forma, não foi possível avaliar atributos mais específicos como a distância de estabelecimentos que vendiam alimentos *in natura*. Por fim, os dados referentes ao IDHM e ao índice de Gini estavam disponíveis com referência ao ano de 2010, haja vista a periodicidade de realização do censo populacional.

Pontos fortes do estudo incluem a contribuição original para a discussão de territórios em saúde e desertos alimentares em relação a uma faixa etária sensível para a proposição de políticas e programas que considerem o ambiente alimentar externo para a promoção da saúde no curso da vida. As análises integraram dados individuais produzidos no escopo da vigilância na APS do SUS, que dispõem de evidências de validade para mensurar a qualidade da alimentação³⁰, com indicadores do ambiente alimentar municipal, a partir de levantamento abrangente dos tipos de estabelecimentos de comércio de alimentos¹². Conforme caracterizado em relação ao contexto nacional, os presentes resultados são potencialmente importantes para cenários municipais marcados por maior vulnerabilidade sociodemográfica, os quais certamente reúnem aspectos prioritários para ação.

Considerações finais

A exposição a desertos alimentares esteve associada ao perfil de marcadores do consumo

alimentar reportados por crianças de 5 a 9 anos de idade acompanhadas no Sisvan. No contexto da APS do SUS, residir em municípios com menor densidade de estabelecimentos saudáveis se relacionou com a ausência de marcadores do consumo de alimentos *in natura*/minimamente processados e com o consumo elevado de marcadores de alimentos ultraprocessados. Tendo em vista o crescente panorama de crianças em situação de insegurança alimentar e má nutrição e, ainda, a importância de formação de hábitos alimentares saudáveis por meio do ambiente alimentar e do desenvolvimento de territórios saudáveis, ações que fomentem o acesso a alimentos *in natura* nos municípios classificados como desertos alimentares são necessárias.

Colaboradoras

Ricardo BI (0009-0004-3028-6983)* contribuiu para concepção, realização de análises, interpretação dos resultados, escrita, revisão crítica do conteúdo, aprovação da versão final e responsabilidade pela integridade do manuscrito. Carvalho AM (0000-0002-4900-5609)* contribuiu para interpretação dos resultados, revisão crítica do conteúdo, aprovação da versão final e responsabilidade pela integridade do manuscrito. Lourenço BH (0000-0002-2006-674X)* contribuiu para concepção, supervisão de análises, interpretação dos resultados, revisão crítica do conteúdo, aprovação da versão final e responsabilidade pela integridade do manuscrito. ■

Referências

1. United Nations Children's Fund. Food Systems for Children and Adolescents: working together to secure nutritious diets [Internet]. Florence: Unicef; 2018 [acesso em 2023 maio 3]. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/94086/file/Food-systems-brochure.pdf>
2. Triches RM. Dietas saudáveis e sustentáveis no âmbito do sistema alimentar no século XXI. *Saúde debate*. 2020;44(126):881-894. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012622>
3. Madruga SW, Araújo CLP, Bertoldi AD, et al. Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):376-386. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000016>
4. Micha R, Karageorgou D, Bakogianni I, et al. Effectiveness of school food environment policies on children's dietary behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*. 2018;29(3):e0194555. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194555>
5. Carducci B, Oh C, Roth DE, et al. Gaps and priorities in assessment of food environments for children and adolescents in low- and middle-income countries. *Nature Food*. 2021;2:396-403. DOI: <https://doi.org/10.1038/s43016-021-00299-5>
6. Food and Agriculture Organization; International Fund for Agricultural Development; United Nations International Children's Emergency Fund; World Food Programme; World Health Organization. In Brief to The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets. Rome: FAO; 2020. DOI: <https://doi.org/10.4060/ca9699en>
7. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe: Prevalên-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

cia de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas: ENANI 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2022 [acesso em 2023 maio 11]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de orçamentos familiares: 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2023 maio 11]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101749>
9. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. II VIGISAN Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil [Internet]. São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSAN; 2022 [acesso em 2023 maio 11]. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>
10. Honório OS, Pessoa MC, Gratão LHA, et al. Social inequalities in the surrounding areas of food deserts and food swamps in a Brazilian metropolis. *Int J Equity Health*. 2022;20:168. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01501-7>
11. Araújo ML, Silva GB, Rocha LL, et al. Características do ambiente alimentar comunitário e do entorno das residências das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(02):641-651. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202272.38562020>
12. Ministério do Desenvolvimento Social (BR), Secretaria-Executiva da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estudo Técnico Mapeamento dos Desertos Alimentares no Brasil [Internet]. Brasília, DF: MDS; 2018 [acesso em 2022 jun 2]. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/noticias/arquivos/files/Estudo_tecnico_mapeamento_desertos_alimentares.pdf
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2022 jun 2]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2022 jun 2]. 95p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/matriz_organizacao_cuidados_nutricao_aps.pdf
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2022 jun 2]. 33 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf
16. Ministério do Desenvolvimento Social (BR), Secretaria-Executiva da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estudo Técnico Mapeamento dos Desertos Alimentares no Brasil [Internet]. Brasília, DF: MDS; 2019 [acesso em 2022 jun 6]. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/portal-san/artigo.php?link=23>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE: Cidades e estados do Brasil [Internet]. [local desconhecido]: IBGE; [data desconhecida] [acesso em 2022 jun 6]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
18. Ministério do Planejamento e Orçamento (BR), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Bases [Internet]. [local desconhecido]: IpeaGeo; [data desconhecida] [acesso em 2022 jun 6]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ipeageo/bases.html>
19. Souza JL. O que é? IDH. *Desafios* [Internet]. 2008 [acesso em 2023 maio 3];5(39):64. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2144:catid=28

20. Wolffenbüttel A. O que é? Índice de Gini [Internet]. 2004 [acesso em 2023 maio 3];1(4):80. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28
21. Borghi CMS, Oliveira RM, Sevalho G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab Educ Saúde*. 2018;16:869-897. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2023 maio 11]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a população brasileira [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2023 maio 11]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
24. Ministério da Educação (BR); Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação; Conselho Nacional dos Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados, do Distrito Federal e da União; Grupo Nacional dos Direitos Humanos. Cartilha Nacional da Alimentação Escolar [Internet]. Brasília, DF: MEC; 2014 [acesso em 2023 nov 30]. Disponível em: <https://www.educacao.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/960.pdf>
25. Canella DS, Bandeira L, Oliveira ML, et al. Atualização dos parâmetros de aquisição do Programa Nacional de Alimentação Escolar com base no Guia Alimentar para a População Brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(supl1):e00151420. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151420>
26. Rasella D, Aquino R, Santos CA, et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013;382:6-12. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60715-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60715-1)
27. Honório OS, Pessoa MC, Gratão LHA, et al. Social inequalities in the surrounding areas of food deserts and food swamps in a Brazilian metropolis. *Int J Equity Health*. 2021;20:168. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01501-7>
28. Andretti B, Cardo LO, Honório OS, et al. Ecological study of the association between socioeconomic inequality and food deserts and swamps around schools in Rio de Janeiro, Brazil. *BMC Public Health*. 2023;3:120. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-14990-8>
29. England CY, Andrews RC, Jago R, et al. A systematic review of brief dietary questionnaires suitable for clinical use in the prevention and management of obesity, cardiovascular disease and type 2 diabetes. *Eur J Clin Nutr*. 2015;69(9):977-1003. DOI: <https://doi.org/10.1038/ejcn.2015.6>
30. Lourenço BH, Guedes BM, Santos TSS. Marcadores do consumo alimentar do Sisvan: estrutura e invariância de mensuração no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2023;57(1):52. DOI: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/215741>
31. Fiechtner L, Kleinman K, Melly SJ, et al. Effects of Proximity to Supermarkets on a Randomized Trial Studying Interventions for Obesity. *Am J Public Health*. 2016;106(3):557-562. DOI: <https://doi.org/10.2105%2FAJPH.2015.302986>
32. Granado FS, Maia EG, Mendes LL, et al. Reduction of traditional food consumption in Brazilian diet: trends and forecasting of bean consumption (2007-2030). *Public Health Nutr*. 2021;24(6):1185-1192. DOI: <https://doi.org/10.1017/s1368980020005066>
33. Slavin JL, Lloyd B. Health Benefits of Fruits and Vegetables. *Adv Nutr*. 2012;3(4):506-516. DOI: <https://doi.org/10.3945%2Fan.112.002154>
34. Chai W, Fan JX, Wen M. Association of Individual and Neighborhood Factors with Home Food Availability: Evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118(5):815-823. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.11.009>

35. Pearson T, Russel J, Campbell MJ, et al. Do 'food deserts' influence fruit and vegetable consumption? A cross-sectional study. *Appetite*. 2005;45(2):195-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.04.003>
36. Vaughan CA, Collins R, Gosh-Dastidar M, et al. Does where you shop or who you are predict what you eat?: The role of stores and individual characteristics in dietary intake. *Prev Med*. 2017;100:10-16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.03.015>
37. Gomes DR, Santos Neto ET, Oliveira DS, et al. Characteristics associated with the consumption of in natura or minimally processed and ultra-processed foods in one Brazilian metropolitan region. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(2):643-656. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.07942022>
38. Hager ER, Cockerham A, O'Reilly N, et al. Food swamps and food deserts in Baltimore City, MD, USA: associations with dietary behaviours among urban adolescent girls. *Public Health Nutr*. 2017;20(14):2598-2607. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1368980016002123>
39. Leite MA, Azevedo CM, Peres MFT, et al. Disponibilidade e consumo de ultraprocessados em escolas do Município de São Paulo, Brasil: resultados do SP-Proso. *Cad Saúde Pública*. 2021;37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00162920>
40. Baker P, Machado P, Santos T, et al. Ultra-processed foods and the nutrition transition: Global, regional and national trends, food systems transformations and political economy drivers. *Obes Rev*. 2020;21(12):e12126. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.13126>
41. Levy RB, Andrade GC, Cruz GL, et al. Three decades of household food availability according to NOVA - Brazil, 1987-2018. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:75. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004570>
42. Neri D, Steele EM, Khandpur N, et al. Ultraprocessed food consumption and dietary nutrient profiles associated with obesity: A multicountry study of children and adolescents. *Obes Rev*. 2022;23(S1):e13387. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.13387>
43. Costa CS, Rauber F, Leffa PS, et al. Ultra-processed food consumption and its effects on anthropometric and glucose profile: A longitudinal study during childhood. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2019;29(2):177-184. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2018.11.003>
44. Rauber F, Campagnolo PDB, Hoffman DJ, et al. Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2015;25(1):116-22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2014.08.001>
45. Ricci JMS, Romito ALZ, Silva SA, et al. Marcadores do consumo alimentar do Sisvan: tendência temporal da cobertura e integração com o e-SUS APS, 2015-2019. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(03):921-934. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.10552022>

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 23/02/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq 442963/2019-0) e Programa Unificado de Bolsas de Estudos para Apoio e Formação de Estudantes de Graduação, Edital PUB-USP 2022-2023, vertente Pesquisa

Editores responsáveis: Hermano Albuquerque de Castro e Bruna Drumond Silveira

Huellas de un mar enfermo: reflexiones sobre maritorios sustentables y sufrimiento ambiental en Patagonia chilena

Traces of a sick sea: observations on sustainable maritorios and environmental suffering in Chilean Patagonia

Florencia Diestre¹, Paulo Victor Sousa Lima¹, Francisco Araos¹, Wladimir Riquelme Maulen², Claudio Merino Jara¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18728E

RESUMEN Desde experiencias de investigación realizadas desde el año 2018 hasta la actualidad, se problematiza la relación entre sufrimiento ambiental y territorios sustentables. La incertidumbre que conlleva el sufrimiento ambiental, sumado a la falta de evidencia y las dificultades de levantar información científica acerca de la salud del territorio costero e insular, configura un espacio residual propicio para la baja regulación de las industrias y la profundización de sus afectaciones sobre los territorios y sus habitantes. Desde ahí que indagar en las experiencias de sufrimiento ambiental permite aproximarse a las desigualdades socio-ecológicas de la zona marino-costera de la Patagonia chilena y a las estrategias de sus habitantes para proponer y movilizar sus territorios a la sustentabilidad.

PALABRAS CLAVE Territorios sustentables. Territorio sociocultural. Desequilibrio ecológico. Violencia. Patagonia.

ABSTRACT *From research experiences carried out from 2018 to the present, the relationship between environmental suffering and sustainable territories is problematized. The uncertainty that environmental suffering entails, added to the lack of evidence and the difficulties to gather scientific information on the health of the coastal and insular territory, configures a residual space conducive to the low regulation of industries and the deepening of their effects on the territories and their inhabitants. From there, inquiring into the experiences of environmental suffering allows us to approach the socio-ecological inequalities of the coastal marine zone of Chilean Patagonia and the strategies of its inhabitants to propose and mobilize their territories to sustainability.*

KEYWORDS *Sustainable territories. Sociocultural territory. Environmental imbalance. Violence. Patagonia.*

¹Universidad de Los Lagos
- Osorno (OSO), Chile.
f.diestre@gmail.com

²Pontificia Universidad
Católica de Chile -
Santiago (SCL), Chile.



Introducción

Durante las últimas cuatro décadas, la industria salmonera se ha establecido y expandido de manera significativa en la zona marino-costera de la Patagonia chilena, ocupando activamente canales, archipiélagos y fiordos. Sus operaciones de crianza, engorde y cosecha de salmónidos en pisciculturas, granjas y plantas de procesamiento se han convertido en la representación icónica de un modelo de desarrollo económico impulsado por el Estado mediante el régimen de privatización de los bienes comunes del mar¹.

Esta industria ha generado una serie de impactos ambientales y sociales que afectaron profundamente los ecosistemas y los modos de vida de las diversas comunidades que habitan esta región de Chile. Los efectos, tales como la contaminación de fondos marinos y cuerpos de agua, acumulación de desechos en las playas, intensificación de floraciones de algas nocivas, rápidos procesos migratorios, desarticulación de los tejidos sociales y pérdida de prácticas tradicionales han sido exhaustivamente documentados por la literatura²⁻⁶.

Como una respuesta a este proceso de degradación socioambiental, las comunidades indígenas Mapuches-Lafkenches han abogado por el reconocimiento de sus derechos territoriales y la protección de los ecosistemas a través de la implementación de la Ley 20.249 (2008), conocida como ley Lafkenche. Esta legislación, que entrega protección a los usos consuetudinarios de los pueblos originarios asentados en la zona costera de Chile a través de la creación de los Espacios Costeros Marinos para Pueblos Originarios (ECMPO), se ha expandido por la Patagonia chilena, transformándose en el principal mecanismo de contención de la industria del salmón y de cuidado del mar⁷.

Diversas disciplinas de las Ciencias Sociales indagan la relación entre habitantes y territorios a partir del acceso desigual a los recursos socialmente valorados. En el caso de los territorios marinos y costeros (los maritorios), la

desigualdad socio-ecológica constituye una afectación transversal que impacta la posibilidad de vida y se encuentra estrechamente ligada a las amenazas de la sobreexplotación, procesos industriales y falta de regulación de actividades productivas.

En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo explorar la relación entre el sufrimiento ambiental y las propuestas locales orientadas a la sustentabilidad en el maritorio de la Patagonia chilena. Más allá de presentar respuestas, nos parece importante reflexionar sobre las condiciones de incertidumbre y las experiencias de quienes habitan esos maritorios para comprender de qué manera continúan viviendo en ambientes degradados y despliegan estrategias para protegerlos.

Reconocemos que los impactos antrópicos en la salud del maritorio han impulsado la organización de comunidades locales e indígenas para resguardar los espacios que les permiten desarrollar sus usos consuetudinarios, y a la vez, proteger la salud del maritorio orientando su administración hacia la sustentabilidad⁸. Destacamos las sinergias entre las solicitudes de ECMPO y la preocupación por la sustentabilidad de un maritorio clave para la vida del planeta^{9,10}.

El estudio de las particularidades de la zona costera de la Patagonia chilena ha llevado a los científicos a identificarla como un posible refugio climático para diferentes especies, en tanto la posibilidad de mantener la biodiversidad marina depende de la salud de especies como las algas pardas (*Macrocystis pyrifera*) que crecen en estas condiciones biológicas y geográficas¹¹. Esto no solo tiene que ver con las posibilidades biológicas de vida, sino también económicas, puesto que los principales géneros de algas que son parte de las formaciones boscosas del océano tienen potenciales ecológicos y económicos: asociados a la producción pesquera, al ciclo de nutrientes y a la eliminación de carbono, ha llegado a estimarse en una media de 500.000 millones de dólares en todo el mundo¹².

En un escenario complejo, en donde cada vez más se destaca el valor de esta zona para el resguardo de la salud planetaria y, al mismo tiempo, se ve expuesta a la intensificación de actividades industriales, indagamos la violencia lenta que avanza de manera oculta, amparada en la poca visibilidad de evidencia científica sobre afectaciones a la vida, y asegura vacíos legales que facilitan el desconocimiento de los impactos antrópicos en los maritorios.

Material y métodos

La presente investigación se enfoca en identificar huellas de sufrimiento ambiental en las experiencias de mujeres y hombres que habitan en las zonas costeras e insulares de la Patagonia chilena. Con base en los relatos recopilados por medio de entrevistas semiestructuradas y levantamiento de información en notas de campo, se realizó un análisis cualitativo de los registros que permitió categorizar afectaciones a la vida cotidiana, incertidumbre y repertorios de acción para continuar habitando sus maritorios. Los datos se registraron en las regiones de Los Lagos y Aysén, ubicadas en la zona sur de Chile, donde se están gestando diferentes iniciativas comunitarias que luchan por la sostenibilidad del maritorio hace más de 10 años.

Lo anterior se complementó con un análisis de fuentes secundarias, principalmente notas de prensa en medios online de carácter nacional, donde se han difundido hitos de contaminación y conflictos que fueron destacados en las entrevistas. Además, se analizaron columnas de opinión donde dirigentes argumentaron los impactos de habitar la devastación ambiental.

Este artículo se realizó en el marco del proyecto de investigación que ha levantado información cualitativa para registrar las experiencias de diferentes comunidades organizadas para la defensa del mar en la Patagonia chilena. La ejecución de este proyecto financiado por la Agencia Nacional

de Investigación y Desarrollo, cuenta con la aprobación ORD021/2022 del Comité Ético Científico de la Universidad de Los Lagos, Osorno, Chile, con el objetivo de resguardar el cumplimiento de los principios éticos y las legislaciones chilenas en materia de investigación científica.

Los datos recopilados fueron analizados con base en el marco teórico desarrollado a continuación.

Desigualdad y sufrimiento ambiental

Cada vez más se está trabajando para comprender las diferencias territoriales desde los estudios de la desigualdad, particularmente, ha tomado especial interés el estudio de las desigualdades socio-ecológicas. Desde aquí se esboza que, justamente, el vivir en un medio ambiente libre de contaminación es un bien distribuido desigualmente, así como otros bienes socialmente valorados¹³. Mayarí Castillo, plantea que entre las variables que influyen en que las personas se vean expuestas y condenadas a vivir en ambientes degradados o contaminados se vinculan directamente con aquellas que determinan su acceso a otros bienes, como la pertinencia étnica/racial, de clase, género y territorial.

En este caso, para comprender la desigualdad ambiental se ha utilizado la categoría de sufrimiento que permite acercarnos a las experiencias y acciones de los habitantes de territorios frente al acceso desigual de un medioambiente libre de contaminación y territorios saludables que faciliten la reproducción de la vida. El origen de esta conceptualización se desprende de los trabajos de Javier Auyero y Débora Swistun¹⁴, donde se preocupan por las formas modernas de sufrimiento social y específicamente el sufrimiento ambiental; así la noción de sufrimiento ambiental da cuenta de la experiencia de vivir en un contexto tóxico, en zonas de alta degradación ambiental¹⁴. En su investigación, los autores retornan a la idea Bourdesiana de ‘efectos del lugar’ para abordar espacios y vidas contaminadas en territorios

marginales del entramado urbano argentino; esta perspectiva les permite cuestionar cómo las personas que han estado expuestas por años a ambientes contaminados regularizan este habitar tóxico. Bajo este marco, el presente artículo recoge la insistencia de las comunidades litorales e insulares de resguardar las condiciones de salud de sus territorios para mantener sus posibilidades de vida en espacios que están tensionados por múltiples usos económicos, productivos y ambientales.

En este contexto, un aspecto relevante, derivado del sufrimiento ambiental, es el fenómeno en el que un conjunto de problemas relacionados con el habitar en ambientes degradados se intersecciona con otras dimensiones de la vida y que condicionan desigualdades al integrarse de forma sistémica y relacional con la pertenencia a pueblos originarios, condición socioeconómica, género, entre otras. Configurando un conjunto de inequidades que inciden en los procesos de salud, enfermedad y muerte, “de esta forma son inequidades aquellas diferencias de salud, que siendo evitables, no se logran eludir en las sociedades”¹⁵⁽¹⁵⁾, aun cuando su naturaleza injusta y evitable se constituye en estructural en la medida que se incorpora al metabolismo social y formas de organización de una sociedad¹⁶.

Retomando, Bourdieu¹⁷ afirma que los humanos, en nuestra corporalidad, estamos situados en un lugar (espacio físico) y ocupamos un sitio (estamos localizados, posicionados). En sociedades jerárquicas, como la que se vive en los países del sur global, los espacios sociales se encuentran sujetos a las jerarquías y, por lo mismo, expresan las distancias sociales. Es más, estas se expresan de un modo deformado y enmascarado por el efecto de su naturalización, razón por la cual las jerarquías nos parecen normales y se inscriben de manera duradera desde las realidades sociales en el mundo natural. Así, estas diferencias que se han producido por lógica histórica y social parecen emanar de la naturaleza.

Aun cuando esta es una revisión acotada acerca del efecto de lugar, esta idea nos permite

reflexionar críticamente acerca del espacio donde se inscribe el actuar humano y, particularmente, los territorios en donde las actividades productivas hacen lugar e impactan. Una de las maneras en que este efecto se vuelve manifiesto, se relaciona con la apropiación del espacio a través de los regímenes de propiedad¹⁸ de las zonas costeras y que señalan arreglos legitimados por el Estado para restringir/permitir usos y actores que determinan el acceso a los recursos y sus beneficios.

Manteniendo la línea argumentativa de Bourdieu¹⁷, en el espacio físico apropiado se manifiesta también el poder que entrega la posesión de capital, desde ahí que podamos comprender el cercamiento de los bienes, un fenómeno descrito como *ocean grabbing*¹⁹ y en las externalidades negativas del mismo capital. Así mismo, en el espacio físico se expresa la posición social de las personas, de forma tal que dicha inscripción preserva la inercia de las estructuras del espacio social. Y cualquier cambio en el espacio físico sólo podrá concretarse a través de un desarraigo que supone transformaciones sociales extremadamente difíciles y costosas.

En este orden de cosas, los espacios sociales tienden a superponerse provocando concentraciones de bienes escasos y también de propietarios en ciertos lugares físicos. Para comprender la manera en que se expresan estas sobreposiciones y cómo impactan en el acceso a los bienes socialmente valorados en los territorios, es necesario aproximarse de manera relacional, teniendo en cuenta las múltiples categorías sociales que construyen el territorio y se movilizan en y con él.

Componentes del sufrimiento ambiental: incertidumbres y violencia lenta

Un componente clave de las experiencias de sufrimiento ambiental es la incertidumbre que surge al verse expuesto a agentes contaminantes. Al no saber, ni tener certezas sobre los efectos que tienen los diferentes factores

contaminantes que se desprenden de actividades industriales, como la explotación minera, el uso de pesticidas en la agricultura, o de antibiótico en la acuicultura, las personas se ven envueltas en una situación de vulneración que aumenta por la falta de información o la existencia de información contradictoria¹³.

Lo anterior condiciona y genera el significado que los habitantes del territorio otorgan a este tipo de padecimiento social. Este significado se juega en las percepciones y discursos que moldean la experiencia tóxica^{20,21}, entre los que se destaca el nulo reconocimiento que hacen las personas con alguna posición de poder, por ejemplo autoridades locales o nacionales, sobre la degradación o el daño al que se encuentran expuestos los habitantes del territorio²². Se ha documentado que las respuestas a las desigualdades socio-ecológicas, por parte de quienes las experimentan, se expresan en resignación, paciencia y protesta social^{21,23-25}.

Al mismo tiempo que el sufrimiento ambiental se refiere a efectos en la salud, también aborda los impactos en los medios de subsistencia de la población local e indígena. Los efectos nocivos de las industrias sobre el territorio y sus habitantes se han catalogado como racismo ambiental, en tanto son espacios que han sido devaluados por ser habitados por cuerpos no blancos, que están fuera de la parte social fundante de la lógica capitalista y los vuelve disponibles para ser conquistados²⁶.

Aun cuando los daños provocados por las industrias extractivas no son siempre identificables de manera inmediata, estos se acumulan de manera gradual y sistemática a lo largo del tiempo. La construcción de la corporalidad tóxica, que se vincula al sufrimiento ambiental, está marcada por la inacción del Estado y la opacidad de políticas ambientales en distintos niveles²⁷. Este efecto, conocido como violencia lenta por Nixon²⁸, es definido como

una violencia que se produce gradualmente y fuera de la vista, una violencia de destrucción retardada que se dispersa en el tiempo

y el espacio, una violencia de desgaste que normalmente no se considera violencia en absoluto²⁸⁽²⁾.

La violencia lenta no solo se refiere a la acumulación de contaminación material, sino también a la maleabilidad discursiva de actores empresariales y prácticas políticas, así como a la regulación ambiental ambivalente por parte de autoridades estatales; estos procesos permiten que los efectos perjudiciales del actuar antrópico pasen inadvertidos y que el sufrimiento del territorio se convierta en rutina²⁹. Estos ciclos de violencia lenta se ven alimentados por discursos empresariales que disimulan las preocupaciones locales por la toxicidad y contaminación³⁰.

Es decir, para comprender el sufrimiento ambiental, la salud de los territorios y sus habitantes y las acciones de respuesta frente a ello, es necesario considerar aspectos relacionales de la interacción entre sociopolítica, economía y ambiente. En la construcción de esta corporalidad tóxica, son fundamentales las mediaciones construidas por diferentes actores, quienes construyen y reconstruyen sus experiencias a partir de negociaciones, diferentes niveles de información, uso parcial de diagnósticos científicos y falacias argumentativas.

Por tanto, las desigualdades socio-ecológicas, así como el sufrimiento ambiental, no dependen solamente de la experiencia sensorial y su procesamiento, sino que de las maneras colectivas de formulación y expresión. Así mismo, ahondar en la comprensión del sufrimiento ambiental desde una perspectiva regional y local ayuda a identificar cómo impactan a la salud colectiva las nuevas formas de acumulación, distribución y desigualdad²⁶. En palabras de Moreno²⁶ y en el caso de las poblaciones afroecuatorianas que están siendo despojadas de su territorio por la ampliación de la agroindustria, minería e industria maderera, la lucha antirracista es por mantenerse en sus territorios y apelar al derecho de posesión ancestral.

Maritorios sustentables y saludables

Según Machado³¹⁽¹²⁾, los territorios saludables y sostenibles son aquellos en los que

se promueve una vida saludable a través de acciones comunitarias y políticas públicas que buscan el desarrollo regional y local sostenible en dimensiones ambientales, culturales, económicas y sociales.

Estos territorios representan una convergencia entre grupos de investigadores, técnicos y movimientos sociales.

De acuerdo con esta definición, la promoción de territorios saludables y sostenibles contrasta con el modelo de desarrollo dirigido hegemónicamente a países periféricos por el capitalismo globalizado, que intensifica patrones de producción y consumo injustos e insostenibles, además de aspectos culturales como el individualismo y la financiarización de la vida³². Este modelo se basa en una lógica económica “cuyo metabolismo social no solo continúa explotando los recursos naturales y el trabajo humano de manera que perjudica la integridad de los ecosistemas y la dignidad de las poblaciones afectadas”³²⁽¹⁶⁾, generando riesgos que afectan la salud de las personas.

El ordenamiento global impuesto a los territorios busca racionalizar su uso a través de normas y leyes que se apropian de los recursos en diferentes partes del mundo. Sin embargo, el ordenamiento local está asociado a las interacciones sociales y a la reciprocidad de las relaciones territoriales. La imposición de normas externas desestructura y excluye socialmente a las poblaciones, generando consecuencias para su poder sobre los territorios y para el orden local³¹.

Desde finales de la década de 1970, las políticas neoliberales en Chile se han centrado en la privatización de los bienes comunes y en la exportación de materias primas, lo que ha resultado en un auge de la pesca industrial y artesanal en las décadas de 1980 y 1990³³. Esta intensa actividad ha llevado a la

sobreexplotación de varias especies marinas y a la contaminación de los ecosistemas costeros y marinos³³. La respuesta de Chile ha sido dirigir los esfuerzos hacia la expansión de la acuicultura, convirtiéndose en uno de los principales exportadores de salmón y mejillones. Sin embargo, la falta de regulación ambiental adecuada y el enfoque en el mercado en lugar de la sostenibilidad han tenido impactos significativos en el medio marino³³.

Ante estos desafíos, las comunidades indígenas y los movimientos sociales han presionado por el reconocimiento legal de sus relaciones históricas, socioculturales y ecológicas con el mar. Surgieron entonces los ECMPO como una poderosa herramienta institucional para recuperar el control colectivo sobre los recursos comunes y el espacio marítimo³³. Mediante el proceso de implementación de estas áreas, las comunidades indígenas buscan reorientar el uso de los recursos naturales y promover prácticas democráticas de toma de decisiones, con el objetivo de lograr la conservación inclusiva de los ecosistemas marinos³³.

En este contexto, el concepto de ‘maritorio’ surge como una provocación a la concepción occidental de separación entre mar y tierra. El maritorio representa la fluidez, la hibridez y la interdependencia entre los seres humanos y otras especies, desafiando la visión instrumental del medio ambiente que sirve a los intereses económicos del mercado. El maritorio promueve una concepción integrada entre naturaleza y cultura, material e inmaterial³⁴. Los ECMPO, por lo tanto, ofrecen una oportunidad para repensar las formas de habitar los maritorios, basándose en el uso consuetudinario ejercido por las comunidades indígenas y tradicionales, fundamentado en una ética de convivencia entre humanos y no humanos. Estos espacios representan un nuevo punto de partida para reorientar la conservación y la sostenibilidad de los maritorios, buscando proteger los procesos vitales de los sistemas socio-ecológicos y promover su regeneración cuando están dañados⁷.

En suma, los ECMPO pueden caracterizarse como maritorios saludables y sostenibles, ya que buscan revalorizar las relaciones históricas, socioculturales y ecológicas de las comunidades indígenas con el mar. A través de estas áreas, las comunidades indígenas buscan reorientar el uso de los recursos naturales y promover prácticas democráticas de toma de decisiones, con el objetivo de lograr la conservación inclusiva de los ecosistemas marinos⁷.

Resultados y discusión

Afectaciones al territorio y la vida cotidiana

Durante décadas de actividad industrial en la Patagonia marino-costera, se ha ido acumulando progresivamente la toxicidad en los entornos locales. Estas afectaciones a la salud de los territorios representan un continuo de lenta degradación que se evidencia a través de hitos de contaminación, marcados por eventos contaminantes como el escape de salmones³⁵ y vertederos de todo tipo de desechos^{36,37}. El uso intensivo de las funciones ecosistémicas de la Patagonia marino-costera por parte de este modo de producción industrial de salmónidos afecta gravemente las posibilidades de vida para cientos de especies y las comunidades locales que se vinculan con ellas^{3,38-46}.

Estudios científicos retratan el impacto que tiene esta actividad industrial en los derechos humanos, como el caso del Informe Industria Salmonera en Chile y Derechos Humanos⁴³. Allí se retratan impactos de la industria en relación con comunidades indígenas, medio ambiente y a sus propios trabajadores, como los buzos, quienes cumplen un rol fundamental para la industria, al extraer salmones muertos de las redes, ayudar en la instalación de infraestructuras, reparar redes y solucionar otras contingencias. En estas labores de buceo, los trabajadores exponen sus vidas poniendo su cuerpo al servicio de los procesos productivos

y sufriendo las consecuencias de esta actividad; sin condiciones de recuperación y descanso necesarias para asegurar su salud, o padeciendo enfermedades como osteonecrosis disbárica⁴³. Así, los buzos se acostumbran a vivir con el dolor de esta enfermedad altamente invalidante que destruye la médula del tejido óseo causando la pérdida de movimiento⁴⁷. Independiente de la evidencia levantada por el informe, los trabajadores del salmón han declarado su rechazo al estudio, definiéndolo como un informe deshonesto y carente de argumentos⁴⁸.

Por otro lado, existe evidencia de que la pérdida de biodiversidad marina en la Patagonia chilena se vincula a las operaciones en los centros de salmónidos: la sedimentación compuesta por heces y alimento no consumido, junto con antibióticos, químicos y otras variables, genera ambientes anaeróbicos (carentes de oxígeno) y eutrofización (exceso de nutrientes inorgánicos) en el fondo marino, afectando los ecosistemas y el derecho a la alimentación saludable de las familias locales. Además, es necesario tener en cuenta que dadas las características propias del mar, esta contaminación no se mantiene bajo las jaulas, sino que se mueve con las corrientes y mareas.

El sufrimiento ambiental que experimentan los habitantes y el territorio de la Patagonia marino-costera se sustenta en siniestros normativos^{49,50}, ya que las normas posibilitan el daño ecológico y sostienen incólume la desigualdad socio ecológica y el sacrificio de algunos territorios por las ganancias de otros. Desde sus experiencias y a través de la organización de actividades autoconvocadas, como el 'Primer Encuentro de comunidades indígenas del Litoral de Aysén', en el año 2021, dirigentes indígenas relatan la importancia que tiene evidenciar la contaminación, ya que en el mar gran parte de ella pasa desapercibida, se esconde en las profundidades ocultando su existencia.

Los 'testimonios registrados en terreno durante 2022' destacan distintos tipos de afectaciones a la vida cotidiana, como por ejemplo

la gran cantidad de luces que se juntan en el puerto cuando las embarcaciones se reúnen y que en las noches iluminan las casas al punto de condenar la extensión del día por 24 horas, lo que afecta a todos los habitantes del territorio, humanos y no humanos. Existe evidencia actual de zonas de riesgo combinado para cetáceos⁵¹, donde existe mayor probabilidad de que los animales sean afectados por colisiones de embarcaciones, experimenten cambios conductuales por perturbaciones y degradación de hábitat y posibles efectos en la salud por bioacumulación de metales o antiparasitarios, entre otros.

En las rutas de navegación comprendidas entre los archipiélagos de Guaitecas y Chonos, en la región de Aysén, es posible ver focos de contaminación en las playas de las islas más remotas, donde la basura destaca y también se mueve en el mar. Se ha comprobado que en la medida de que el plástico ingresa al mar es casi imposible removerlo y continúa desintegrándose en partículas de menor tamaño⁵². Así como se acumulan restos plásticos en las playas y otros que han sido transportados por las corrientes marinas, también aparecen basurales que han sido dispuestos intencionalmente por humanos, hablamos de basura en sacos, restos de boyas, cajas de plumavit, restos de cabos o cuerdas. En diferentes momentos donde se ha interpelado a representantes de las industrias sobre estos basurales, las respuestas señalan que son acopios para luego retirarlos en conjunto. No obstante, quienes navegan por la zona, cuentan que estos basurales no son retirados constantemente y persisten en los lugares por años.

La intencionalidad de esconder basura en el bosque nativo es evidente. A medida que se recorren distintos puertos de refugio y ranchas utilizadas por pescadores artesanales y comunidades indígenas para resguardarse en sus periodos de faenas, es posible encontrar basura que ha sido intencionalmente escondida para que sea más difícil de ver desde el mar, como los más de 5 bidones con aceite quemado.

Incertidumbre y acción ¿Cómo seguir viviendo en estos maritorios?

La aflicción activamente creada y definida por el orden social²² se evidencia en territorios construidos socialmente como zonas remotas, en donde la sinuosidad del paisaje, los rincones poco explorados y las dificultades de poblamiento continúan definiéndose como disponibles para ser conquistados. Se ignora la fragilidad del territorio y de sus habitantes, pues al considerarse como centros poblados parece no existir quienes velen por su sustentabilidad. Podríamos hablar aquí de estos territorios como espacios residuales⁵³ que resultan del abandono de la regulación estatal y administrativa capaz de promover y proteger las funciones ecosistémicas y el bienestar humano que entrega.

Frente a este contexto de incertidumbre, comunidades indígenas que lideran procesos de solicitud de ECMPO en territorios costeros e insulares de la Patagonia, buscan la protección de los usos consuetudinarios a fin de mantener las tradiciones y el uso de recursos naturales de sus territorios. Si bien los procesos de solicitud se encuentran anclados en el territorio a través de usos consuetudinarios y prácticas que allí desarrollan, también han sido una herramienta que legitima la negociación indígena como actores clave que experimentan las amenazas de sus territorios y construyen diferentes estrategias para hacerles frente y así proyectar territorios sustentables.

Por una parte, las problemáticas ambientales que se viven en la zona costera e islas de la Patagonia le entregan un sentido de urgencia a la protección del territorio a través de los ECMPO. Una de las principales es la preocupación por la progresiva escasez de recursos marinos, incluso los entrevistados señalan la completa desaparición de algunos de ellos. Esto ha sido documentado de manera experiencial, en tanto son comunidades cuya subsistencia depende de la disponibilidad de recursos marinos y, sobre todo, de su salubridad. Los entrevistados dan cuenta de la escasez

de peces como la más drástica de todas, ya que son parte de la economía cotidiana de las comunidades; entre sus causas, aseguran vínculo con la pesca industrial⁵⁴.

Por otra parte, la privatización aparece como una preocupación constante que se asocia a la acuicultura de algas, mitilidos y salmones, más allá de las afecciones ambientales, estos regímenes se corresponden con la pérdida de soberanía en el territorio; restringen el acceso a bienes cultural y económicamente valorados, como también obstruyen la libre circulación y extracción de recursos. Además, a estas actividades productivas se le asocia la contaminación en playas y en el mar, siendo la primera la más evidente para el habitar de los territorios ya que es fácilmente visible.

La violencia lenta que se vive en la Patagonia marino-costera genera incertidumbre y preocupación por el futuro, en tanto afecta al territorio de manera transversal: recursos, habitantes, prácticas culturales e identidad, en definitiva, la posibilidad de vida. Desde ahí que emergen una serie de proyecciones futuras en relación con el territorio y, particularmente, asociadas a la sustentabilidad de este. En este caso, las prácticas productivas consuetudinarias que ejercen las comunidades litorales e insulares son principalmente la extracción de algas y mariscos y la pesca. Éstas son claves para el consumo familiar de subsistencia como también para la comercialización. No obstante, los tres fenómenos nombrados: escasez, privatización y contaminación dificultan estas prácticas al punto de quebrar las proyecciones del futuro familiar en los espacios que han habitado por generaciones.

Las experiencias de sufrimiento ambiental han tenido respuestas diversas por parte de las comunidades indígenas junto con actores locales, entre ellas: se ha legitimado la orientación de los ECMPO como una herramienta para orientar la sostenibilidad biocultural del territorio a través de la regeneración de ecosistemas mediante la lógica consuetudinaria. Para ello, se han apoyado estratégicamente en la paralización de concesiones en trámite

que se instala con la Ley 20.249. Si bien sus resultados no son visibles en el corto plazo, se resignifica como una manera de apostar por el futuro saludable de los territorios, en donde las nuevas generaciones puedan habitar.

En este sentido, los ECMPO son una herramienta normativa que entrega la administración del espacio a una comunidad o asociación de comunidades indígenas, quienes tienen la responsabilidad de crear un plan de administración inclusivo, es decir, que involucre a otros actores interesados en el borde costero. Este plan, permite regular las actividades productivas en el espacio, estableciendo reglas de convivencia que se rigen por la visión sustentable de los territorios profundamente ligada con la cosmovisión indígena y local.

Consideraciones finales

Las diferentes maneras de pensar y sentir lo tóxico que coexisten son clave para la gestión de un territorio sustentable. Desde las experiencias locales esta situación se describe como marcada por una enorme inequidad en el trato del Estado a las comunidades indígenas y de pescadores artesanales, en tanto la falta de regulación degrada los ecosistemas y va despoñando y expulsándolos de sus territorios para ir en búsqueda de oportunidades de vida⁵⁵. Experiencias de devastación e impactos negativos del extractivismo en territorios como Canadá han servido para reflejar la estrecha relación la salud colectiva y los modelos económicos⁵⁶ o de desarrollo.

En el ámbito de la calidad de vida y el cuidado de la salud, el habitar en ambientes degradados genera profundas desigualdades e inequidades que condicionan el bienestar, incidiendo en problemas de salud mental, alterando los procesos de cuidado colectivo que son agravados por las dinámicas laborales, transgresiones al ecosistema y delimitando la capacidad de agencia de las personas al respecto de las prácticas de autocuidado. Constituyendo un conjunto de intersecciones

que el sistema de salud ha problematizado y abordado como enfermedades, sin considerar los aspectos estructurales que condicionan/determinan los procesos de salud, enfermedad, cuidado y muerte.

Representantes de comunidades indígenas acuden a instancias internacionales como congresos para visibilizar sus experiencias y dar a conocer que actualmente, en la Patagonia chilena, se están desarrollando actividades que son incompatibles con el medio ambiente, dada la sensibilidad de los canales y fiordos a la contaminación. Estas actividades alteran negativamente las condiciones ambientales que favorecen las economías locales y que hoy disminuyen la cantidad y calidad de recursos que permiten la subsistencia, sumado a altas tasas de pobreza. Es por eso que nos preguntamos si la violencia lenta que afecta la vida cotidiana, subjetividades y prácticas consuetudinarias, determina las maneras de habitar el territorio y motivan a empujar transformaciones hacia la sustentabilidad.

A largo plazo, los ECMPO ofrecen variadas contribuciones sociales y ambientales para fomentar maritorios sustentables y saludables, contribuyendo a una planificación espacial

de base local, a la justicia ambiental y conservación inclusiva. Por lo que representan una figura institucional clave para promover transiciones justas y equitativas a la sostenibilidad que permitan curar el mar enfermo de la Patagonia.

Colaboradores

Diestre F (0000-0001-6410-3728)* y Sousa PVL (0000-0002-9674-1334)* contribuyeron en su elaboración con las siguientes actividades: diseño del trabajo, análisis e interpretación de los datos, redacción del artículo, revisión crítica y aprobación final de la versión a ser publicada. Araos F (0000-0002-7713-8230)* contribuye en su elaboración con las siguientes actividades: interpretación de datos, redacción y revisión crítica. Riquelme WM (0000-0002-4586-3980)* contribuye en su elaboración con las siguientes actividades: interpretación de datos y revisión crítica. Merino CJ (0000-0002-1535-8377)* contribuye en su elaboración con las siguientes actividades: fortalecimiento teórico y revisión crítica. ■

Referencias

1. Bugueño-Fuentes Z. El mar interior de Chiloé y la expresión espacial de la neoliberalización del mar en Chile. *AUS*. 2022;31:23-30. DOI: <https://doi.org/10.4206/aus.2022.n31-04>
2. Armijo J, Oerder V, Auger PA, et al. The 2016 red tide crisis in southern Chile: Possible influence of the mass oceanic dumping of dead salmon. *Mar Pollut Bull*. 2020;150:110603. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2019.110603>
3. Anbleyth-Evans J, Araos F, Ther F, et al. Toward marine democracy in Chile: Examining aquaculture ecological impacts through common property local ecological knowledge. *Marine Policy*. 2020;(113):103690. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpol.2019.103690>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Quiñones R, Fuentes M, Montes R, et al. Environmental issues in Chilean salmon farming: a review. *Rev Aquacult.* 2019;11:375-402. DOI: <https://doi.org/10.1111/raq.12337>
5. Marquet P, Buschmann A, Corcoran D, et al. Cambio global y aceleración de las presiones antrópicas en los ecosistemas Patagónicos. In: Castilla JC, Armesto, J Martínez-Harms M, editores. *Conservación en la Patagonia Chilena Evaluación de conocimiento, oportunidades y desafíos.* Santiago: Ediciones Universidad Católica; 2021. p. 65-103.
6. Bustos-Gallardo B, Delamaza G, Rivas R. Project and territory: Salmon Farming and Social Transformations in the Island of Chiloé, Chile. *J Lat Am Geogr.* 2021;20(2):103-130. DOI: <https://doi.org/10.1353/lag.2021.0030>
7. Araos F, Hidalgo C, Brañas F, et al. Facing the blue Anthropocene in Patagonia by empowering indigenous peoples' action networks. *Marine Policy.* 2023;147:105397. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpol.2022.105397>
8. Araos F, Catalán E, Álvarez R, et al. Espacios Costeros Marinos para Pueblos Originarios: usos consuetudinarios y conservación marina. *Anuario Antropológico.* 2020;45(1):47-68. DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.4933>
9. Cid D, Araos F. Las contribuciones del espacio costero marino para pueblos originarios (ECMPO) al bienestar humano de las comunidades indígenas de Carelmapu, Sur de Chile. *CUHSO (Temuco).* 2021;31(2):250-275. DOI: <http://dx.doi.org/10.7770/cuhso-v31n2-art2258>
10. Diestre De La Barra F, Araos Leiva F. La recuperación de los comunes en el sur-austral: construcción institucional de Espacios Costeros Marinos de Pueblos Originarios. *Polis.* 2020;19(57):13-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.32735/s0718-6568/2021-n57-1562>
11. Mora-Soto A, Aguirre C, Iriarte J, et al. A song of wind and ice: Increased frequency of marine cold-spells in southwestern Patagonia and their possible effects on giant kelp forests. *JGR Oceans.* 2022;127(e2021JC017801). DOI: <https://doi.org/10.1029/2021JC017801>
12. Eger A, Marzinelli E, Beas-Luna R, et al. The value of ecosystem services in global marine kelp forests. *Nat Commun.* 2023;14:1894. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41467-023-37385-0>
13. Castillo M. Desigualdades socioecológicas y sufrimiento ambiental en el conflicto "Polimetales" en Arica. *Convergencia.* 2016;(72):89-114.
14. Auyero J, Swistun D. Expuestos y confundidos. Un relato etnográfico sobre sufrimiento ambiental. *Iconos.* 2007;(28):137-152. DOI: <https://doi.org/10.17141/iconos.28.2007.216>
15. Barboza-Solís C, Sáenz-Bonilla J, Romain F, et al. Bases teórico-conceptuales para el análisis de inequidades sociales en salud. *Odvotos.* 2020;22(1):11-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.2020.39097>
16. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva.* 2010;6(1):83-101.
17. Bourdieu P. Efectos de lugar. In: Bourdieu P. *La miseria del mundo.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2000; p. 119-124.
18. Tecklin D. La apropiación de la costa chilena: ecología política de los derechos privados entorno al mayor recurso público del país. In: Bustos Gallardo B, Prieto M, Bustos J. *Ecología política en Chile: naturaleza, propiedad, conocimiento y poder.* Santiago, Chile: Editorial Universitaria; 2015. p. 121-142.
19. Bennet N, Govan H, Satterfield T. Ocean grabbing. *Marine Policy.* 2015;57:61-68. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpol.2015.03.026>
20. Gonzalez P. Habitar entre arenas de relaves. Incertidumbre sanitaria y sufrimiento ambiental en Chañaral (Chile). *Revista INVI.* 2021;36(101):83-

108. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-83582021000100083>
21. Ortiz Díaz E. *Relatos de sufrimiento ambiental: el caso de Doña Juana*. Bogotá: Universidad del Rosario; 2019.
22. Auyero J, Swistun D. *Inflamable: estudio del sufrimiento ambiental*. Buenos Aires: Paidós; 2008.
23. Decesare D, Auyero J. *Patience, protest and resignation in contaminated communities: five case studie*. *NACLA Report on the Americas*. 2017;4(49):463-469. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10714839.2017.1409375>
24. Kukoc-Paz I. *La técnica extractiva en la determinación social de la salud de las familias mineras de Potosí (Bolivia)*. *Rev Cienc Salud (Bogotá)*. 2020;18(esp):1-14. DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8995>
25. Merino C. *Salud colectiva desde el sur*. Santiago: Ril Editores; 2020.
26. Moreno M. *Racismo ambiental: muerte lenta y despojo de territorio ancestral afroecuatoriano en Esmeraldas*. *Iconos*. 2019;(64):89-109. DOI: <https://doi.org/10.17141/iconos.64.2019.3686>
27. Sarlingo M. *Corporalidad tóxica y sufrimiento ambiental. La experiencia de los habitantes de Colonia Hinojo, República Argentina*. *QuadernseICA [Internet]*. 1970 [acceso en 2023 jun 8];18(2):156-172. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/QuadernseICA/article/view/274300>
28. Nixon R. *Slow Violence and the Environmentalism of the Poor*. Cambridge, MA/London, England: Harvard University Press; 2011. 353 p.
29. Heikkinen A, Nygren A, Custodio M. *The slow violence of mining and environmental suffering in the andean waterscapes*. *Extr Ind Soc*. 2023;(14):101254. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.exis.2023.101254>
30. Davies T. *Slow violence and toxic geographies: 'Out of sight' to whom?* *Environ. Plan. C: Politics Space*. 2019;2(40):409-427. DOI: <https://doi.org/10.1177/2399654419841063>
31. Machado J. *Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial*. *Com Ciências Saúde*. 2017;28(2):243-249.
32. Porto M. *Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrar o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
33. Araos F, Anbleyth-Evans J, Riquelme W, et al. *Marine Indigenous Areas: conservation assemblages for sustainability in Southern Chile*. *Coastal Manage*. 2020;48(4):289-307. DOI: <https://doi.org/10.1080/08920753.2020.1773212>
34. Álvarez R, Ther-Ríos F, Skewes JC, et al. *Reflexiones sobre el concepto de maritorio y su relevancia para los estudios de Chiloé contemporáneo*. *Rev Austral Cienc Soc*. 2019;(36):115-126. DOI: <https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2019.n36-06>
35. Fajardo M. *El impacto voraz de la fuga de salmones en el sur de Chile. El mostrador [Internet]*. 2020 ago 24 [acceso en 2023 jun 8]. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/cultura/2020/08/24/el-impacto-voraz-de-la-fuga-de-salmones-en-el-sur-de-chile/>
36. Stuardo M. *Agrupación denuncia vertedero ilegal de desechos atribuibles a empresas salmoneeras en Dalcahue*. *Bio Bio Chile [Internet]*. 2022 nov 10 [acceso en 2023 jun 8]. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/especial/aqui-tierra/noticias/2022/11/10/agrupacion-denuncia-vertedero-ilegal-de-desechos-atribuibles-a-empresas-salmoneras-en-dalcahue.shtml>
37. Santiesteban P. *Familia de isla Magdalena denuncia contaminación de salmonera*. *Diario Regional Aysén [Internet]*. 2023 feb 7 [acceso en 2023 jun 8]. Disponible en: <https://www.diarioregionalaysen.cl/noticias/2023/02/07/familia-de-isla-magdalena-denuncia-contaminacion-de-salmonera/>

- 8]. Disponible en: <https://www.diarioregionalaysen.cl/noticia/actualidad/2023/02/familia-de-isla-magdalena-denuncia-contaminacion-de-salmonera>
38. Bedriñana-Romano L, Hucke-Gaete R, Viddi F, et al. Defining priority areas for blue whale conservation and investigating overlap with vessel traffic in Chilean Patagonia, using a fast-fitting movement model. *Scientific reports*. 2021;1(11):1-16. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-82220-5>
 39. Buschmann A, Niklitschek E, Pereda S. Acuicultura y sus impactos en la conservación de la Patagonia chilena. En: *Conservación en la Patagonia chilena: evaluación del conocimiento, oportunidades y desafíos*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica; 2021. p. 367-397.
 40. Martínez C, Cienfuegos R, Barragán J, et al. Hacia una Ley de Costas en Chile: bases para una Gestión integrada de Áreas Costera. Santiago: GEOlibro; 2022. 562 p.
 41. Castilla JC, Armesto JJ, Martínez-Harms MJ, editores. *Conservación en la Patagonia chilena*. Santiago: Ediciones UC; 2022.
 42. Paredes C, Martínez I. El régimen jurídico-ambiental de la salmonicultura en Chile. Cartilla Informativa n° 1. Santiago: Fundación Terram; 2020.
 43. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Informe Industria Salmonera en Chile y Derechos Humanos. Santiago: INDH; 2021.
 44. Mondaca E, Uribe E, Henríquez S, et al. Archipiélago de Chiloé: nuevas lecturas de un territorio en movimiento. CESCH; 2020.
 45. Outeiro L, Villasante S. Trade-offs de servicios ecosistémicos causados por la salmonicultura en el sistema socio-ecológico marino de Chiloé (sur de Chile). *Semata*. 2013;(25):151-175.
 46. Placencia J, Saavedra F, Fernández J, et al. Occurrence and distribution of Deltamethrin and Diflubenzuron in surface sediments from the Reloncaví Fjord and the Chiloé Inner-Sea (~39.5°S - 43°S), Chilean Patagonia. *Bull Environ Contam Toxicol*. 2018;(100):384-388. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00128-017-2251-y>
 47. Ríos C. Osteonecrosis disbárica: la silenciosa enfermedad que corroe a los buzos salmoneros al sur de Chile. El mostrador [Internet]. 2023 mayo 21 [acceso en 2023 jun 8]. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2023/05/21/osteonecrosis-disbarica-la-silenciosa-enfermedad-que-corroe-a-los-buzos-salmoneros-al-sur-de-chile/>
 48. Appel L. Trabajadores del salmón rechazan estudio de instituto ligado a Derechos Humanos. Salmonexpert [Internet]. 2022 ago 18 [acceso en 2023 jun 8]. Disponible en: <https://www.salmonexpert.cl/chile-comunidad-derechos-humanos/trabajadores-del-salmon-rechazan-estudio-de-instituto-ligado-a-derechos-humanos/1303403>
 49. Alvarez R, Marihuan G, Montero A, et al. Turismo indígena como respuesta a la siniestralidad: comunidad mapuche-lafkenche del lago Budi. *REDER*. 2019;1(3):22-40. DOI: <https://doi.org/10.55467/reder.v3i1.21>
 50. Araos F, Riquelme W, Skewes JC, et al. La vida después de la devastación: lo común de la tragedia en territorios sociobiodiversos de Chile y Brasil. *Antropologías del Sur*. 2019;12(6):87-106. DOI: <https://doi.org/10.25074/rantros.v6i12.1120>
 51. Viddi F, Bedriñana-Romano L, Hucke-Gaete R. Potenciales riesgos e impactos en cetáceos de la acuicultura industrial de salmón, en la Patagonia chilena. Valdivia, Chile: Programa Austral Patagonia de la Universidad Austral de Chile; 2023.
 52. Tekman M, Walther B, Peter C, et al. Impacts of plastic pollution in the oceans on marine species, biodiversity and ecosystems. Berlin, Germany: WWF; 2022. 221 p.

53. Clément G. Manifiesto del tercer paisaje. 2. ed. Barcelona, España: Editorial GG; 2018. 82 p.
54. Araos F, Catalán E, Nuñez D, et al. Cuidando la Patagonia Azul: Prácticas y estrategias de los pueblos originarios para curar las zonas marinas del sur de Chile. *J Latin Amer Carib Anth.* 2023;28(4):286-297. DOI: <https://doi.org/10.1111/jlca.12695>
55. Millatureo N. Sin nosotros los asentamientos costeros históricos van a desaparecer. Plataforma Costera [Internet]. 2022 sep 2 [acceso en 2023 jun 8]. Disponible en: <https://www.plataformacostera.org/columnas/sin-nosotros-los-asentamientos-costeros-historicos-van-a-desaparecer/>
56. Arteaga-Cruz E, Mukhopadhyay B, Shannon S, et al. Connecting the right to health and anti-extractivism globally. *Saúde debate.* 2020;44(esp1):100-108. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S108>

Recibido en 15/06/2023

Aprobado en 17/01/2024

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: Proyecto ANID/FONDECYT N. 1220430 'La resurgencia de los comunes en el Antropoceno Azul en Chile'

Editores responsables: Ricardo Moratelli y Bruna Drumond Silveira

Processos de vulnerabilização de empreendimentos eólicos em comunidade camponesa no Agreste Meridional de Pernambuco

Processes of vulnerabilization of wind enterprises in a peasant community in the Southern Agrest of Pernambuco

Nadine Gabryella Pontes Maciel¹, Régia Maria Batista Leite¹, Suely Emilia de Barros Santos¹, José Adelson Alves do Nascimento Junior², André Monteiro Costa³

DOI: 10.1590/2358-28982024E18570P

RESUMO Em meio a pautas sustentáveis, as fontes de energia renováveis apresentam um forte papel, em especial, a energia eólica. No entanto, a implantação dos empreendimentos eólicos produz transformações nas comunidades, causando impactos em diferentes áreas e processos de vulnerabilização. O estudo objetiva problematizar os relatos da população camponesa referentes aos processos de vulnerabilização em área de influência da implantação dos empreendimentos eólicos em um município pernambucano. Trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva de abordagem qualitativa, realizada em uma comunidade camponesa localizada no município de Caetés, Pernambuco, Brasil. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada. A análise de dados partiu da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. Observou-se que a chegada e o funcionamento dos aerogeradores coincidiram com o surgimento de sinais e sintomas, como os problemas auditivos e de pele, ansiedade, tontura e cefaleia. Tal situação permite considerar uma provável ligação entre os impactos causados pelas torres eólicas, já descritos na literatura, com aqueles presentes nos relatos dos participantes. É necessário prudência no momento de planejamento e construção de complexos eólicos, uma vez que tais agravos à saúde podem se comportar como temporários ou permanentes, levando a comunidade local a um sofrimento constante.

PALAVRAS-CHAVE Energia eólica. Vulnerabilidade em saúde. Saúde da população rural. Processo saúde-doença.

ABSTRACT *Amid sustainable agendas, renewable energy sources play a strong role, especially wind energy. However, the implementation of wind farms produces transformations in communities, causing impacts in different areas and vulnerability processes. The study aims to problematize the reports of the peasant population regarding the processes of vulnerability in the area of influence of the implementation of wind farms in a municipality in Pernambuco. This is an observational, descriptive research with a qualitative approach, carried out in a peasant community, located in the municipality of Caetés, Pernambuco, Brazil. Data collection was carried out through semi-structured interviews. Data analysis was based on the content analysis technique in the thematic modality. It was observed that the arrival and operation of the wind turbines coincided with the emergence of signs and symptoms, such as hearing and skin problems, anxiety, dizziness and headache. This situation allows us to consider a probable connection between the impacts caused by wind towers, already described in the literature, and those present in the participants' reports. Prudence is necessary when planning and building wind farms, since such health problems can be temporary or permanent, leading the local community to constant suffering.*

KEYWORDS *Wind energy. Health vulnerability. Health of the rural population. Health disease process.*

¹Universidade de Pernambuco (UPE) – Garanhuns (PE), Brasil. nadinepontes23@gmail.com

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.



Introdução

Em meio a pautas sustentáveis e respostas às consequências hídricas que sucedem às crises energéticas, as fontes de energia renováveis apresentam um forte papel. Dentre os tipos de energias renováveis disponíveis, a energia eólica se destaca, sendo ela definida como a energia cinética presente na movimentação das massas de ar (vento)¹.

A energia gerada a partir dos ventos, desde os primórdios, é utilizada pelo homem para movimentação de diversos engenhos, sendo utilizada, por exemplo, no beneficiamento dos grãos e no bombeamento de água, favorecendo diretamente no avanço da agricultura e em inúmeras outras atividades².

A implantação e a operação de grandes empreendimentos, tais como aqueles relativos à energia eólica, ocorrem, em geral, nas comunidades tradicionais, como as camponesas, e, invariavelmente, geram tensões³. Ainda que existam benefícios e grande aceitação pública à energia eólica, sistemas a serem colocados em funcionamento são passíveis de gerar alterações indesejáveis, causando oposição da comunidade ou dos grupos locais à implantação e ao funcionamento de empreendimentos eólicos⁴.

A implantação dos empreendimentos eólicos produz transformações nas comunidades, como desmatamento, ruídos audíveis de motores e do vento nas pás dos aerogeradores, interferência na fauna e nas rotas de aves migratórias, impactos visuais e interferência eletromagnética⁵. A partir dos geradores, originam-se diversos ruídos, que podem causar incômodos e mudanças na qualidade de vida das pessoas, afetando a concentração, a comunicação e o sono, além de danificar as atividades do aparelho auditivo e prejudicar a atividade física, fisiológica e mental do indivíduo que é exposto a eles⁶⁻⁸.

Entre estados que compõem a região Nordeste, Pernambuco apresenta potencial para geração de energia eólica, o que atraiu para o estado grandes investimentos

para instalação de empresas do ramo eólico. Atualmente, 60% da energia eólica que é distribuída pelo Nordeste é oriunda de usinas eólicas localizadas em Pernambuco¹.

O estado possui 18 municípios com potencial para exploração da energia eólica, comportando, até 2022, 35 complexos eólicos instalados em seu solo⁹. Em 2023, grandes empresas do ramo eólico se faziam presentes no Sertão e no Agreste pernambucano. O município de Caetés, especificadamente, conta com sete usinas eólicas, representando 1,3% da capacidade de geração de energia eólica que todo o estado possui. Em conjunto com as cidades de Pedra e Paratama, Caetés compõe o complexo Ventos de Santa Brígida^{2,9}.

Inicialmente, os empreendimentos eólicos trouxeram grandes expectativas aos moradores de Caetés que confiavam nos benefícios anunciados, envolvendo emprego e renda, contribuindo para o desenvolvimento do município. Após o início da implantação, foram observados os primeiros efeitos adversos do empreendimento na região, especialmente na saúde dos camponeses. Dessa forma, o estudo objetiva problematizar os relatos da população camponesa referentes aos processos de vulnerabilização em área de influência da implantação dos empreendimentos eólicos no município de Caetés.

Material e métodos

Tratar-se de um estudo observacional, descritivo de abordagem qualitativa, que se refere a uma ferramenta para captação de dados subjetivos relacionados com o universo de significados, relações, representações, motivos, aspirações, crenças, percepções, valores e atitudes¹⁰.

A pesquisa foi realizada em uma comunidade camponesa, chamada Sítio Sobradinho, localizada no município de Caetés, no Agreste de Pernambuco, Brasil. A referida comunidade foi escolhida por ser afetada diariamente pelos impactos das torres eólicas instaladas na região.

A população do estudo foi constituída por lideranças comunitárias e de associações, representantes de movimentos sociais e do Sindicato de Trabalhadores Rurais (STR) e camponeses residentes do local de estudo, maiores de 18 anos e que moravam ali havia mais de um ano. A escolha dos participantes se deu de forma intencional e por saturação. Ao final, sete pessoas fizeram parte do estudo.

A pesquisa foi desenvolvida respeitando todos os parâmetros descritos na Resolução nº 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que delimita questões éticas em pesquisas na área de ciências humanas e sociais. A pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco, Multicampi Garanhuns, elaborada pelo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 63459522.6.0000.0128 e aprovada pelo CEP a partir do parecer nº 5.912.044. O estudo não teve qualquer tipo de suporte financeiro, sendo totalmente financiado pelos(as) autores(as).

No momento de realização das entrevistas, foram apresentados pela pesquisadora principal os objetivos da pesquisa, explicitados os riscos e os benefícios da participação do entrevistado no estudo e a garantia do anonimato, sendo, por fim, solicitada a autorização para gravação da entrevista em aparelho de áudio. Após o aceite para participação no estudo, antes do início da entrevista, foi requisitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre

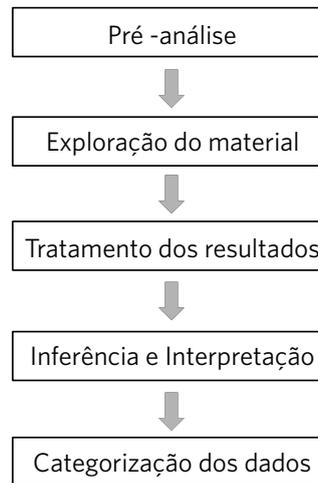
e Esclarecido (TCLE), sendo entregue uma via para o entrevistado.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas com um roteiro previamente estabelecido, com perguntas abertas e fechadas. O instrumento foi organizado em duas partes, sendo a primeira composta por dados sociodemográficos e econômicos, e a segunda, formada por questões condutoras: ‘Observou alteração em seu sono, dificuldade de concentração, náuseas ou outro sinal ou sintoma após a chegada das torres eólicas?’; ‘Algum agravo à saúde diagnosticado posteriormente ao período de implantação das torres eólicas?’; ‘Os ruídos provenientes do funcionamento das torres eólicas ocasionam alguma sensação em seu corpo?’; ‘A movimentação das pás das torres te causa algum incomodo?’.

As entrevistas foram agendadas previamente com os participantes, realizadas de forma cautelosa a fim de evitar interferências. Estas foram gravadas em um aparelho de áudio e, posteriormente, transcritas, na íntegra, em um arquivo da Microsoft Word®.

A análise de dados ocorreu a partir da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, que tem como objetivo analisar o que foi dito em meio a uma investigação, formando e apresentando concepções em torno de um objeto de estudo. Essa técnica se estrutura em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação¹¹.

Figura 1. Fases da análise de conteúdo temática de Bardin



Fonte: elaboração própria.

Na pré-análise, ocorreu a leitura do material, a escolha dos documentos a serem analisados e a formulação das hipóteses. Durante a exploração do material, fase classificatória e de categorização, as informações foram organizadas de forma sistemática: ordenação dos acontecimentos, partindo da chegada do participante ao seu território; primeiras ações das empresas e instalação das torres eólicas;

percepções sobre mudanças no território e os processos de vulnerabilização consequentes da chegada e do funcionamento das torres eólicas. Ao final, foram estabelecidas duas unidades temáticas, sendo a primeira 'Processos de vulnerabilização e impactos à saúde humana', e a segunda, 'Aerogeradores e as repercussões na qualidade de vida'.

Quadro 1. Descrição da árvore de codificação

Unidades temáticas	Temas presentes
Unidade Temática I: Processos de vulnerabilização e impactos à saúde humana	Problemas auditivos, impactos dos ruídos, alterações dermatológicas
Unidade Temática II: Aerogeradores e as repercussões na qualidade de vida	Mudanças na qualidade de vida, Deslocamento

Fonte: elaboração própria.

Na etapa de tratamento dos resultados e interpretação, foram captados os conteúdos presentes no material coletado por meio do instrumento e estudados os significados, interpretando-os por intermédio da leitura do material.

As informações desta pesquisa preservaram a confidencialidade dos dados e a não identificação dos participantes. Desse modo, foram designados números de 1 a 7 para referenciar os discursos dos participantes.

Resultados e discussão

Participaram do estudo sete pessoas, sendo quatro que se declararam mulheres cisgêneras e três homens cisgêneros. Em relação à raça/cor, todos(as) os(as) participantes se autodeclararam como da cor parda/preta. Quanto à idade, 1 camponês(a) possuía entre 20 e 29 anos; 2 camponeses(as), entre 30 e 39 anos; 2 camponeses, entre 40 e 49 anos; 1 camponês(a), entre 60 e 69 anos; e 1 camponês, entre 70 e 79 anos.

No que se refere à situação conjugal, observou-se que cinco entrevistados(as) eram casados(as), um(a) era divorciado(a) e um(a) era viúvo(a).

Sobre a escolaridade, constatou-se que grande parte dos(as) participantes da pesquisa

não haviam concluído seus estudos, sendo quatro entrevistados(as) com o Ensino Fundamental I incompleto, um(a) com o Ensino Fundamental II incompleto e apenas dois(duas) entrevistados(as) possuíam o Ensino Médio Completo.

Com relação à ocupação, a maioria não exercia ocupação remunerada, sendo seis agropecuários(as) de subsistência, que recebiam auxílio financeiro por meio de um programa de distribuição de renda do governo federal, com uma renda mensal menor que um salário mínimo, e um(a) participante que exercia ocupação remunerada de dirigente de entidade de trabalhadores, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupação¹², com uma renda menor que dois salários mínimos mensais.

Tabela 1. Características sociodemográficas e econômicas da população do estudo

Características	Nº	%
Gênero (n = 7)		
Mulher cisgênera	4	57,1
Homem cisgênero	3	42,8
Raça/cor (n = 7)		
Parda/preta	7	100
Idade (n = 7)		
20 anos - 30 anos	1	14,2
31 anos - 40 anos	2	28,5
41 anos - 50 anos	2	28,5
51 anos - 60 anos	0	0
61 anos - 70 anos	1	14,2
71 anos - 80 anos	1	14,2
Ocupação (n = 7)		
Agropecuários(as) de subsistência	6	85,7
Dirigente de entidade de trabalhadores	1	14,2
Situação Conjugal (n = 7)		
Casado(a)	5	71,4
Divorciado(a)	1	14,2
Viúvo(a)	1	14,2
Escolaridade (n = 7)		
Ensino Fundamental I incompleto	4	57,1
Ensino Fundamental II incompleto	1	14,2
Ensino Médio Completo	2	28,5

Tabela 1. Características sociodemográficas e econômicas da população do estudo

Características	Nº	%
Renda (n = 7)		
< 1 salário mínimo	6	85,7
< 2 salários mínimos	1	14,2

Fonte: elaboração própria.

Processos de vulnerabilização e impactos à saúde humana

A chegada dos empreendimentos eólicos às comunidades tradicionais traz mudanças socioambientais, como alteração no modo de vida, despossessão territorial e mudanças na fauna e na flora local¹³⁻¹⁵. Além desses transtornos, existe outra área fortemente afetada: a saúde. Após a chegada do empreendimento eólico, foram observadas mudanças no organismo dos camponeses:

Depois dessa eólica, eu estou 'moquinha'. Eu fui para o médico, o médico passou um medicamento! Disse... olha, faça esse tratamento durante três meses, depois você volte, vou ter que voltar de novo porque não estou ouvindo direito. Você fala assim, pertinho, às vezes eu digo 'aham', mas eu não ouvi o que você falou. E problema de 'tiroides' também, alterou. Sono, nem se fala, ninguém dorme mais. (Participante 1).

O que eu venho sentindo com mais frequência é perda de audição [...]. Perda de audição eu estou tendo com muito, muito forte. (Participante 2).

Minha questão é a enxaqueca e a tontura, eu sinto muito depois delas [as torres]. (Participante 3).

Depois delas eu sinto enjoo, dor de cabeça e dor de ouvido. (Participante 4).

Muita dor de cabeça, tontura. Vou pro médico e eles dizem que não é nada, que eu não tenho problema. Ontem mesmo eu fui pegar imbu, saí daqui pra ali, já fiquei tonto. (Participante 5).

Tais mudanças podem estar relacionadas com os efeitos dos ruídos e com as vibrações sobre o organismo humano, especificadamente no aparelho vestibular, localizado no ouvido interno. Os sinais de distúrbios vestibulares envolvem desequilíbrio, desvios na marcha, instabilidade no andar, sensação rotatória e quedas¹⁶.

A não existência de lesões no sistema auditivo caracteriza a audição como normal. Contudo, ao surgir qualquer tipo de lesão, a audição estará prejudicada. Além disso, as lesões no ouvido interno são irreparáveis, uma vez que danificam estruturas sensoriais ou nervosas¹⁷.

Observa-se que os participantes, vulnerabilizados, sentem-se incomodados com essa exposição aos ruídos, pois não era algo que fazia parte de suas rotinas. Do ponto de vista fisiológico, o ruído é definido como todo fenômeno acústico que produz uma sensação auditiva desagradável ou não desejada¹⁷. Dessa forma, a percepção do ruído se torna individual e subjetiva, variando conforme suas características de intensidade, espectro e frequência e das particularidades dos indivíduos que recebem esse estímulo, como a idade, o estado emocional, as crenças e o modo de vida.

Os participantes relatam que tiveram doenças diagnosticadas após a chegada das torres eólicas ou a piora de problemas de saúde previamente identificados:

Não tive diagnóstico depois delas [as torres], mas o que eu já tinha, a enxaqueca, piorou. (Participante 3).

Fui diagnosticada com tireoide e ansiedade. Eu não tinha ansiedade nem tireoide, só tive depois que elas [as torres] chegaram. (Participante 4).

Eu já tinha diabetes antes delas [...], mas depois delas piorou muito. O médico mesmo disse que essa minha diabetes não foi só comida. (Participante 5).

Eu tenho essa doença na pele, mas não sabem ainda o que é. Eu sei que foi delas [as torres]. (Participante 6).

O sistema nervoso autônomo e endócrino é excitado após exposição a ruídos, apresentando alterações fisiológicas, bioquímicas e cardiovasculares como resposta. Estudos têm sido desenvolvidos com o objetivo de investigar os efeitos não auditivos da exposição de humanos a ruídos, como alterações no aparelho cardiovascular, diabetes e estresse⁷.

Os complexos eólicos foram inaugurados no Sítio Sobradinho, em 29 de setembro de 2015, e desde o início do funcionamento e o contato da população local com os ruídos, mudanças foram sentidas em seus corpos:

De vez em quando eu sinto um negócio nos meus pés como se estivesse assim, como uns choques. Logo no início que elas [as torres] chegaram eu já sentia, com poucos dias. (Participante 6).

De uns três anos pra cá, eu venho sentindo um tremor, palpitações, pontadas. (Participante 7).

Quando elas tão rangendo e tremendo, parece que é dentro da minha cabeça, meu coração acelera. (Participante 5).

Como já citado anteriormente, a exposição aos ruídos traz danos à saúde humana. Não se pode dizer ao certo após quanto tempo de exposição um observador pode perceber tais alterações, mas a exposição por, pelo menos, duas semanas pode ser capaz de desencadear tais sentidos¹⁸.

O ruído, apesar de ser constituído por ondas sonoras, pode ser captado por meio de

estruturas sólidas e causar vibrações, sendo assim chamados de Ruídos de Baixa Frequência (RBF) ou infrassons. O corpo humano possui diferentes frequências naturais, que variam conforme a localização. Contudo, torna-se extremamente grave quando o organismo é exposto diretamente a uma frequência que difere da sua, podendo causar danos permanentes a órgãos, desencadeando quadros de dores de cabeça, tremores, fadiga e insônia¹⁷.

Os efeitos destrutivos dos ruídos podem ser evitados ou minimizados ainda na fase de planejamento da construção de complexos eólicos. Quanto mais distante as torres eólicas forem instaladas das residências, menores são as chances de incômodos. O Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis, por meio do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama) e mediante a Resolução nº 462, de 24 de julho de 2014, estabeleceu mecanismos para o licenciamento ambiental de empreendimentos de geração de energia elétrica em âmbito terrestre¹⁹. No documento, está determinada a realização de um diagnóstico ambiental, providenciado pela empresa, que, entre suas especificações, exige informações relativas aos ruídos produzidos pelos empreendimentos eólicos que estejam a menos de 400 metros de distância de residências isoladas ou comunidades. Até o ano de 2023, os participantes ou autores desta pesquisa não tiveram acesso a qualquer documento que constate a realização de tal estudo.

No Brasil, diferentemente de outros países, como Bélgica, Dinamarca, França e Suécia, não existe uma legislação que especifique a distância entre as casas e a inserção das torres eólicas. Em Pernambuco, existe o Projeto de Lei Ordinária nº 620/2019, que propõe a determinação da distância mínima para instalação de aerogeradores em relação a edificações de uso público, coletivo e privado. A distância indicada foi de 500 metros. Esse projeto de lei foi apresentado após exposição dos impactos das torres eólicas em audiência pública na Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco (Alepe)²⁰.

Foi observada ainda a presença de um pó, não identificado, fino e branco, que se deposita nas águas das cisternas, tanques, barragens e barreiros, acumulando-se em qualquer superfície plana. Em grandes quantidades e quando umidificado, esse produto forma uma massa homogênea e densa. Não foi identificada a origem desse material, mas sabe-se que ele surgiu na região após o início do funcionamento das usinas eólicas:

A gente vê falar que aquele material, é cancerígeno, que é uma fibra que a gente vê de longe, que ela já desbotou, já voou no nosso terreno, em cima da nossa casa, está voando esse pó. Aí até a água pra gente beber hoje, a água está contaminada. Se a gente plantar também a mesma coisa, a água vai pra barragem, vai pra o barreiro também. (Participante 1).

Se você ligar uma lanterna à noite, lá fora, não é neblina nem nada, é uma poeirinha bem fininha. Dali cai na cisterna, que a gente vê no fundo quando vai limpar ela. Na calha fica igual a uma massa, aquilo não é normal de sujeira. A única poeira que levanta aqui é do ônibus escolar. (Participante 7).

Tem um pó que solta delas que cai na cisterna. Porque a cisterna é toda fechada, né? Não é nada que cai nela, vem da calha. Aí entra dentro de casa também, pega na roupa no varal. (Participante 3).

Tanto a água do barreiro quanto da cisterna. A água passa pelo cano e cai na cisterna, suja com o pó que vem da torre. Cai na telha, da telha pra calha e da calha pra cisterna. Ali bebe, lava roupa, toma banho, os animais bebem, sai tudo prejudicado. (Participante 5).

Os participantes relatam que após constatarem a presença desse material em suas terras e nas águas, surgiram feridas e manchas na pele, com consistência áspera e que coçam:

Eu fui até pra São Paulo e as médicas falaram que minha pele estava assim por causa de um pó. [...] eu moro a favor delas, das torres, né? Ela disse

que era um pó que estava causando isso em mim. (Participante 6).

Eu não tenho como provar, mas eu peguei a coceira, minha pele manchou todinha, como se tivesse estourando. (Participante 7).

Com o passar dos anos, as torres eólicas, que funcionam quase de forma ininterrupta, acabam se desgastando. É provável que, a partir dessa degradação, elementos sejam liberados de sua estrutura e levados pelo ar, como o pó relatado. Os materiais mais empregados para a fabricação das pás de turbinas eólicas são aço, alumínio e uma combinação de materiais (madeiras, fibra de vidro e fibra de carbono). O material ideal para a fabricação da pá deve conter uma boa resistência e cumprir requisitos de custo e facilidade de fabricação; logo, a fibra de vidro atende a essas necessidades²¹.

O tipo de fibra de vidro mais utilizada na fabricação das pás é a do tipo E. Ela é composta por dióxido de silício (SiO₂), óxido de alumínio (Al₂O₃), óxido de boro (B₂O₃), óxido de magnésio (MgO), óxido de cálcio (CaO) e óxido de sódio (Na₂O). A fibra de carbono também é amplamente utilizada por dar mais estabilidade às pás cada vez mais compridas²².

Estudos comprovam a ligação desses componentes a problemas de saúde, como o SiO₂ associado a doença pulmonar fibrosante, o AlO₃ e o MgO ligados a irritação cutânea e dificuldade respiratória, o CaO correlacionado com urticária e queimaduras oculares e o Na₂O ligado a distúrbios no nariz e garganta, alterações digestivas, dermatológicas e oculares^{23,24}.

Aerogeradores e as repercussões na qualidade de vida

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁵ definiu saúde como um estado absoluto de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. No entanto, essa determinação se torna insuficiente, uma vez que saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia,

o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais²⁶. A saúde pode ser entendida como um fenômeno, e não como um evento estagnado, pois está atrelada a diferentes aspectos individuais e coletivos.

O conceito de saúde pode estar relacionado com o de qualidade de vida, proposto também pela OMS, como a visão do indivíduo e sua incorporação na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele está inserido e a equivalência aos seus objetivos, expectativas, padrões e inquietações.

O termo qualidade de vida é complexo e subjetivo, retratando respostas individuais aos aspectos físicos, mentais e sociais, que constituem uma rotina normal²⁷. Dessa forma, a definição de qualidade de vida está ligada ao contexto em que a pessoa está inserida e todas as experiências vivenciadas nesse espaço, tornando-se algo subjetivo e complexo de ser definido com precisão.

No caso dos participantes, as diferentes dimensões precisam ser consideradas, visto que são povos com modo de vida tradicional e bem delimitado, que foram surpreendidos por empresas que invadiram suas terras com a pretensão de se alojar e usufruir do que o território podia oferecer, sem mensurar as consequências que essa movimentação poderia causar para a população, submetendo os camponeses a situações que causaram desconforto físico e mental.

Alguns autores defendem que a energia eólica e a suposta lucratividade para a população local resultam em uma melhora na qualidade de vida²⁸. Entretanto, não foi possível localizar benefícios nem melhorias nos relatos dos participantes, já que a maioria enfatizou que somente se deslocando para longe das torres eólicas conseguiriam ter qualidade de vida:

Eu já saí um pouco, fui pra São Paulo e fiquei boa, fiquei bem, não sentia nada. Elas [as torres] prejudicaram minha vida. (Participante 6).

Se eu sáisse de lá, a gente conseguiria até se preocupar com outras coisas. A pessoa tá ali aí é explosão, estalo. Se sai de casa a gente fica preocupado com quem ficou, se tá tudo em paz com quem ficou. (Participante 5).

Se eu não estivesse aqui, minha vida tinha melhorado. Eu já pedi ao meu filho pra gente sair [...] eu digo ‘meu filho, vamos embora pra São Paulo’, e ele diz ‘mãe, lá em São Paulo, o aluguel perto de onde eu estava trabalhando é mil reais, mãe. Não tem pra onde a gente ir não’. (Participante 4).

O participante 2 relata que sentiu melhora na qualidade de vida após sair de sua propriedade:

Eu saí da minha propriedade em busca de, como se diz, de sossego e de paz, porque lá eu não estava tendo. Minha esposa adoeceu, tem depressão. Tudo depois das eólicas. (Participante 2).

Essa melhora pode ser considerada relativa, pois quando se distanciam das torres eólicas, os incômodos e o medo constante cessam, fazendo com que os camponeses experimentem um certo bem-estar. Todavia, como consequência desse afastamento, outros problemas podem surgir, haja vista que esse deslocamento distancia o camponês de seu território e toda a simbologia do lugar, podendo causar traumas e vulnerabilizações.

O termo qualidade de vida é complexo e subjetivo, retratando respostas individuais aos aspectos físicos, mentais e sociais, que constituem uma rotina normal²⁹. Percebe-se que a qualidade de vida dos participantes se encontra prejudicada, visto que fatores como a saúde, o bem-estar físico e mental foram duramente afetados desde a chegada das usinas eólicas.

Conclusões

Observou-se que a chegada e o funcionamento dos aerogeradores coincidiram com

o surgimento de sinais e sintomas, como os problemas auditivos e de pele, ansiedade, tontura e cefaleia. Tal situação permite considerar uma provável ligação entre os impactos causados pelas torres eólicas, já descritos na literatura, com aqueles presentes nos relatos dos participantes. É necessário prudência no momento do planejamento e construção de complexos eólicos, uma vez que tais agravos à saúde podem se comportar como temporários ou permanentes, levando a comunidade local a um sofrimento constante. Ressalta-se a necessidade de novos estudos voltados aos

efeitos dos empreendimentos eólicos a saúde humana.

Colaboradores

Maciel NGP (0000-0001-7162-3414)*, Leite RMB (0000-0001-8235-5021)*, Santos SEB (0000-0001-6249-7487)*, Nascimento Junior JAA (0000-0001-5498-228X)* e Costa AM (0000-0001-6043-129X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Farias ARB, Antônio M, Bezerra A, et al. Saúde mental e implantação de parques eólicos: um estudo de caso no semiárido brasileiro. RESMA [Internet]. 2021 [acesso em 2022 ago 18];12(1):154-166. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/12239>
2. Agência Nacional de Energia Elétrica (BR). Atlas de energia elétrica do Brasil. 2. ed. Brasília: ANEEL; 2005.
3. Porto MF, Finamore R, Ferreira H. Injustiças da sustentabilidade: conflitos ambientais relacionados à produção de energia “limpa” no Brasil. RCCS. 2013;100(1):73-100. DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.5217>
4. Silva LS, Abrantes RCC. Análise dos ruídos gerados por aerogeradores no complexo eólico Canoas e Lagoas. In: Anais do 18º Enanpur; 2019; Natal. Natal: Enanpur; 2019. p. 1-16.
5. Alves SG, Reis Neto AF, Barros Jr AP. Parques eólicos: a “sujidade” da energia limpa em Acaraú e Canaueira-CE [Internet]. REDE. 2019 [acesso em 2022 set 20];13(2):72-87. Disponível em: <http://www.revistarede.ufc.br/rede/article/view/373/196>
6. Lima SA. Estudo de medição e análise do ruído de aerogeradores de grande porte no estado do Ceará [dissertação na Internet]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2015 [acesso em 2022 jan 31]. 96 p. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14730/1/2015_dis_salima.pdf
7. Santos DCJV. Paisagem sonora: uma ferramenta para saúde pública – versão revisada [tese na Internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2020 [acesso em 2022 ago 22]. 101 p. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-09032020-095914/publico/SantosDCLJV_DR_R.pdf
8. Almeida JWB. Energia eólica no Brasil e no mundo [monografia na Internet]. Sumaré: Anhangueira; 2019 [acesso em 2023 maio 9]. 27 p. Disponível em: <https://repositorio.pgsskroton.com/bitstream/123456789/25646/1/TCC+.pdf>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Associação Brasileira de Energia Eólica. Boletim anual de geração de energia 2022 [Internet]. Bela vista, SP: Abeeólica; 2022 [acesso em 2023 nov 27]. Disponível em: <https://abeeolica.org.br/wp-content/uploads/2023/06/Boletim-de-Geracao-Eolica-2022.pdf>
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Personae; 2004.
12. Ministério do Trabalho (BR). Portaria nº 397, de 10 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. Diário Oficial da União. 9 Out 2002.
13. Freitas RJN. Energia Eólica: os conflitos socioambientais gerados pela implantação dos parques eólicos no litoral do Ceará. In: Anais do 6º Encontro Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ambiente e Sociedade; 2012 set 22; Pará. Pará: UFPA; 2012. p. 1-18.
14. Pontes DR, Uchimura GC, Farias JRV, et al. Territórios subsumidos: insistências despossessórias e sujeitos contingentes. Rev Katal. 2021;24(3):542-553. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e79790>
15. Souza JS. Estudo sobre a energia eólica no Brasil e seus impactos [monografia na Internet]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Pampa; 2014 [acesso em 2022 set 6]. 57 p. Disponível em: <https://dspace.unipampa.edu.br/bitstream/riu/4331/1/Estudo%20sobre%20a%20energia%20e%20c%20b%20l%20ica%20no%20Brasil%20e%20seus%20impactos.pdf>
16. Teixeira CS, Körbes D, Rossi AG. Ruído e equilíbrio: aplicação da posturografia dinâmica em indústria gráfica. Rev CECAF. 2011;13(1):92-101. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462010005000016>
17. Simões SCD. Ruído e Vibrações no Corpo Humano [dissertação na Internet]. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal; 2014 [acesso em 2023 maio 9]. 83 p. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7315/1/Projeto%20Individual.pdf>
18. Barbosa Filho WP, Azevedo ACS. Impactos ambientais em usinas eólicas. In: Anais do 9º Agrener; 2013; Itajubá. Itajubá: Agrener; 2013. p. 1-17.
19. Conselho Nacional do Meio Ambiente (BR). Resolução nº 462, de 24 de julho de 2014. Estabelece procedimentos para o licenciamento ambiental de empreendimentos de geração de energia elétrica a partir de fonte eólica em superfície terrestre, altera o art. 1º da Resolução CONAMA nº 279, de 27 de julho de 2001, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 Jul 2014.
20. Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco (PE). Projeto de Lei Ordinária 620/2019. Estabelece, no âmbito do Estado de Pernambuco, a distância mínima para instalação de aerogeradores em relação a edificações de uso público, coletivo e privado [Internet]. Recife: Alepe; 2019 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: <https://www.alepe.pe.gov.br/proposicao-texto-completo/?docid=5166&tipoprop=p#:::text=Estabelece%2C%20no%20%C3%A2mbito%20do%20Estado,uso%20p%C3%BAblico%2C%20coletivo%20e%20privado>
21. Vergara RF. Análise estrutural de torres anemométrica e de sustentação de turbinas eólicas [dissertação na Internet]. Rio Grande: Fundação Universidade Federal do Rio Grande; 2005 [acesso em 2023 maio 8]. 161 p. Disponível em: <https://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/3481/An%C3%A1lise%20Estrutural%20de%20Torres%20Anemom%C3%A9trica%20e%20De%20Sustenta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Turbinas%20E%C3%B3licas.pdf?sequence=1>
22. Costa HCC. Dimensionamento e fabricação de Pás de torres eólicas (TEEH) [monografia na Internet]. Jaboatão dos Guararapes: UNIFG; 2022 [acesso em 2023 maio 8]. 36 p. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/24137>
23. Terán JEC. Educação em saúde: silicose [monografia na Internet]. Corinto: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família; 2010 [acesso em 2023 maio 9]. 20 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2543.pdf>

24. Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro. Coordenação de Tratamento de Efluentes: 2003. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
25. Presidência da República (BR). Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990.
26. Ministério da Saúde (BR), Saúde e Vigilância Sanitária. O que significa ter saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
27. Serafim FMMP. Promoção do bem estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas [tese]. Algarve: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais; 2007. 294 p.
28. Batista FRS, Rodrigues AF, Melo ACG, et al. Análise da viabilidade econômica de projetos solares fotovoltaicos considerando os riscos não sistemáticos dos empreendimentos desenvolvidos no Brasil. In: Anais do 25º Seminário Nacional de Produção e Transmissão de Energia Elétrica; 2019 nov 11; Belo Horizonte. Belo Horizonte: SNPTEE; 2019. p. 1-10.
29. Serafim FMMP. Promoção do bem-estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas [tese na Internet]. Algarve: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais; 2007 [acesso em 2023 maio 9]. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/659>

Recebido em 15/05/2023
Aprovado em 06/12/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Guilherme Franco Netto e Franco Antonio Neri de Souza e Lima

Pesquisa participativa com populações expostas aos agrotóxicos em Mato Grosso: aspectos metodológicos e desafios políticos

Participatory research with populations exposed to pesticides in Mato Grosso: methodological aspects and political challenges

Maelison Silva Neves¹, Mariana Rosa Soares¹, Stephanie Sommerfeld de Lara², Lucimara Beserra¹, Luã Kramer de Oliveira¹, Virginia Luiza Silva Costa¹, Wanderlei Antonio Pignati¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18733P

RESUMO Objetivou-se descrever os aspectos metodológicos, operacionais e atravessamentos políticos do projeto ‘Avaliação da contaminação ocupacional, ambiental e em alimentos por agrotóxicos na Bacia do Juruena, Mato Grosso (MT)’, realizado entre 2015 e 2019, em municípios de elevada produção agrícola voltada para o agronegócio: Campo Novo do Parecis, Sapezal e Campos de Júlio. Fundamentada na epidemiologia crítica, na vigilância popular e do desenvolvimento, a pesquisa participativa envolveu a população por meio de articulações com prefeituras, sindicatos e escolas públicas e trabalhadores(as) rurais e urbanos. Coletaram-se amostras de matriz ambiental (água, ar, sedimento), alimentar (hortaliças, commodities e animais) e humanas (sangue e urina) e realizou-se um inquérito populacional das condições de saúde autorreferidas, exposição ambiental, alimentar e ocupacional de trabalhadores(as) e moradores(as). Os dados revelaram um processo de contaminação impositiva em todo o território da bacia do rio Juruena, no ambiente, em alimentos, e o adoecimento agudo e crônico supostamente relacionado com a exposição ambiental e ocupacional aos agrotóxicos. O processo participativo na pesquisa almejou fortalecer a luta por territórios saudáveis e sustentáveis mediante redes cooperativas, vigilância popular de base territorial e das populações expostas aos agrotóxicos, além de outros desdobramentos que modifiquem legislações e processos destrutivos do atual modelo de desenvolvimento.

PALAVRAS-CHAVE Agrotóxicos. Exposição a praguicidas. Exposição ambiental. Contaminação química. Vigilância popular em saúde.

ABSTRACT *The aim was to describe the methodological, operational, and political aspects of the project ‘Assessment of occupational, environmental and food contamination by pesticides in the Juruena Basin, Mato Grosso (MT)’, carried out between 2015 and 2019 in municipalities with high agricultural production geared towards agribusiness: Campo Novo do Parecis, Sapezal, and Campos de Júlio. Based on critical epidemiology, popular and developmental surveillance, the participatory research involved the population through links with town halls, unions public schools, and rural and urban workers. Environmental (water, air, sediment), food (vegetables, commodities, and animals), and human (blood and urine) samples were collected, and a population survey was carried out on self-reported health conditions, environmental, food, and occupational exposure of workers and residents. The data revealed a process of imposing contamination throughout the territory of the Juruena River basin, in the environment, in food, and in acute and chronic illnesses supposedly related to environmental and occupational exposure to pesticides. The participatory process in the research aimed to strengthen the struggle for healthy and sustainable territories through cooperative networks, grassroots territorial surveillance, and populations exposed to pesticides, as well as other developments that modify legislation and destructive processes of the current development model.*

KEYWORDS *Pesticides. Pesticide exposure. Environmental exposure. Chemical contamination. Popular health surveillance.*

¹Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT), Brasil. maelison@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A política econômica contemporânea de manter o Brasil como país agroexportador, herdeira do período colonial, o faz conhecido como ‘celeiro’ mundial. Esse título advém da plantação em larga escala de monocultivos de soja, milho, cana-de-açúcar, algodão, café e fruticultura, além de animais como gado e frango. Nesse tipo de produção, é necessário desmatar grandes territórios para utilizar os maquinários agrícolas nos monocultivos, que são dependentes de produtos químicos (agrotóxicos e fertilizantes) e parcialmente de sementes transgênicas¹.

Tal modelo de desenvolvimento econômico é favorecido em políticas públicas de crédito/financiamento, subsídios de isenção de tributos para exportação, redução e perdão de multas ambientais². Por outro lado, produz riscos sanitários, alimentares, ocupacionais, ambientais, psicossociais e doenças, bem como conflitos e contaminações em terras indígenas, de pequenos agricultores(as), camponeses(as) e sem-terra, causados por derivas tóxicas (nuvens de veneno) que contaminam e/ou matam plantios agrícolas, orgânicos e abelhas; o uso da pulverização de agrotóxicos como arma química contra essas populações para expulsão de seus territórios; a concentração de terra e renda, trabalho análogo à escravidão, além da insegurança alimentar e nutricional¹.

Diante desses impactos negativos do agronegócio, tem-se o desafio de compreender, comprovar e divulgar a imposição dos malefícios dos agrotóxicos às populações, aos(as) trabalhadores(as) e ao ambiente em que eles(as) residem. Desse modo, parte-se do princípio de que se a população é obrigada a suportar, ela tem o direito de acesso ao conhecimento desses processos³.

Como forma de operacionalizar o acesso ao direito de saber, articulado com intervenções no campo das políticas públicas, destaca-se a Vigilância Participativa de Base Territorial como metodologia e estratégia importante para fortalecer a capacidade

de resposta dos sistemas de saúde aos problemas e emergências de saúde pública, visando promover a saúde das comunidades locais. Nessa modalidade de vigilância, são envolvidos(as) pesquisadores(as), profissionais de saúde e vigilância com a população residente naquele local^{4,5}.

Tal perspectiva de vigilância orientou as ações de pesquisa participativa que são apresentadas neste artigo, o qual sintetizam o desafio de vigiar o desenvolvimento no território mato-grossense, especificamente na bacia do rio Juruena, que se configura como território emblemático das confluências e divergências entre população, latifundiários, agricultores(as) familiares e povos originários.

Desse modo, o objetivo deste estudo foi descrever e discutir as concepções teóricas, o delineamento metodológico e os aspectos operacionais do projeto de pesquisa ‘Avaliação da contaminação ocupacional, ambiental e em alimentos por agrotóxicos na Bacia do Juruena (MT)’, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos em Saúde, Ambiente, Trabalho e Educação (Neast), do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), visando contribuir para a sistematização de pesquisas no campo de saúde, trabalho e ambiente na busca por territórios saudáveis e sustentáveis.

Material e métodos

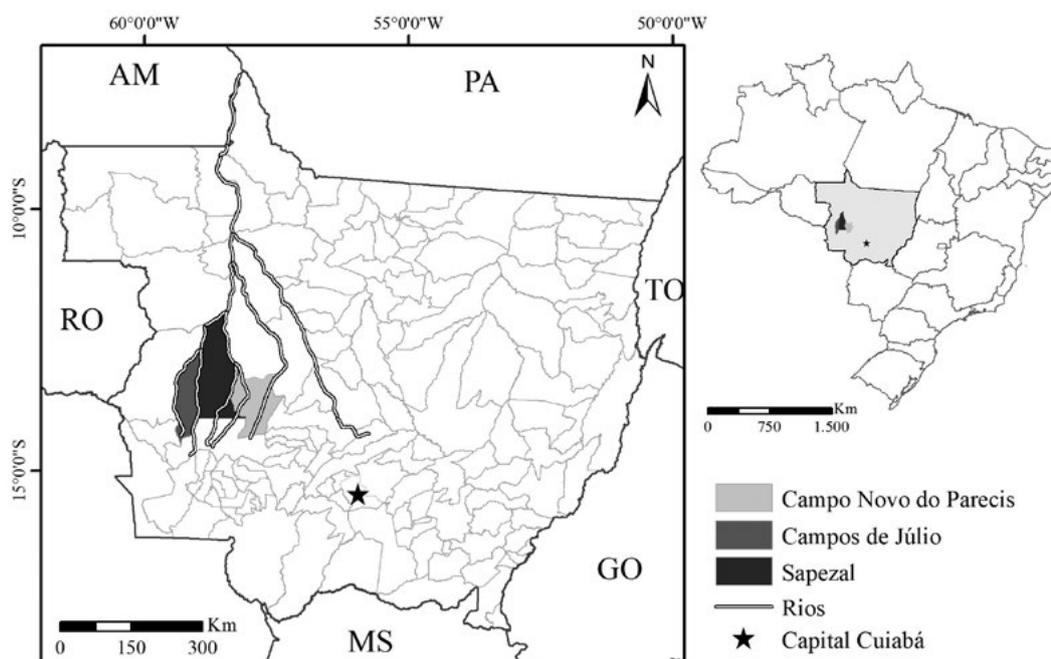
Tratou-se de um projeto de pesquisa participativo integrado, de abordagem quali-quantitativa, transversal e de base populacional, a partir de análises ambientais, de alimentos, de matriz biológica humana, das condições de saúde referidas por famílias e indivíduos sob a ótica da exposição ambiental, alimentar e ocupacional por agrotóxicos, no período de 2015 a 2019, especificamente nos municípios de Campo Novo do Parecis, Sapezal e Campos de Júlio.

Esses municípios estão situados no Cerrado mato-grossense, região oeste do

estado, na bacia hidrográfica do rio Juruena, que compõe as bacias do rio Tapajós e Amazonas (figura 1) que banham 70% do território do estado de Mato Grosso⁶. Tais municípios estão entre os maiores produtores de *commodities* agrícolas de soja, milho, girassol e algodão do estado. Em 2015, juntos, plantaram 1,6 milhão de hectares, representando 11,7% da produção estadual; para isso, pulverizou-se cerca de 18,6

milhões de litros de agrotóxicos, totalizando 12,4% do uso em Mato Grosso^{7,8}. Em relação à exposição ambiental per capita por agrotóxicos, no ano de 2015, em Campos de Júlio, chegou a 606 litros/hab; em Sapezal, 364 litros/hab; e em Campo Novo do Parecis, 209 litros/hab. Sendo que, juntos, representam um valor 8,5 vezes acima da média estadual, que justifica a escolha do local para o desenvolvimento da pesquisa⁹.

Figura 1. Localização dos municípios de Campo Novo do Parecis, Sapezal e Campos de Júlio e rio Juruena, Mato Grosso, Brasil



Fonte: elaboração própria, adaptado do IBGE¹⁰.

Ademais, a pesquisa foi motivada por denúncias dos indígenas Paresí de contaminação de suas águas pelas atividades do agronegócio do entorno e do Sindicato dos(as) Trabalhadores(as) da Educação Pública de Mato Grosso (Sintep-MT) sobre a contaminação por agrotóxicos das águas potáveis das escolas da região.

Pesquisas científicas que buscam promover saúde e sustentabilidade das populações em

territórios e contextos complexos têm utilizado abordagens teórico-metodológicas e métodos qualitativos e quantitativos que permitem a participação ativa das comunidades afetadas, visando promover uma abordagem colaborativa e engajada para lidar com questões de saúde pública em contextos desafiadores¹¹⁻¹⁸.

Nesse sentido, as estratégias metodológicas desta pesquisa foram guiadas por subsídios da Epidemiologia Crítica, Vigilância

do Desenvolvimento e Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos^{15,19-21}. Desse modo, diversos procedimentos foram desenvolvidos: articulação com lideranças sociais, sindicatos, prefeituras e escolas públicas; mapeamento participativo de vulnerabilidades socioambientais; coleta e análise da contaminação por agrotóxicos em águas (superficial, subterrânea e chuva), em sedimentos de rios, no ar, em alimentos (legumes, verduras, bovinos e peixes) e *commodities* agrícolas (soja, milho, girassol, sementes de algodão) e em trabalhadores(as) rurais e urbanos(as) (sangue e urina); e, por fim, entrevistas individuais e da família por meio de um inquérito de base populacional para levantamento do perfil de morbidade dos moradores da região.

A execução do projeto contou com a parceria de órgãos municipais, estaduais e federais, e financiamento pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) 23ª região – processo nº 4.14.020/UNISELVA – e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 36515014.0.0000.5541 e parecer nº 951.083, de 8 de fevereiro de 2015, e emenda com parecer nº 2.092.601, de 31 de maio de 2017, conforme Resolução nº 466/2012.

Resultados e discussão

Princípios e fundamentos teórico-metodológicos: Vigilância do Desenvolvimento, Pesquisa Participativa, Vigilância Participativa de Base Territorial

Pesquisas sobre agrotóxicos em áreas agrícolas requerem uma abordagem interdisciplinar e participativa que inclua o conhecimento dos afetados. Além disso, é importante investigar as causas subjacentes da contaminação, incluindo fatores organizacionais, gerenciais, sociais e econômicos, por meio de uma abordagem

‘sociotécnica’ dos sistemas que geram riscos. Devido à complexidade dos fenômenos de contaminação, essas abordagens são fundamentais para entender a questão de forma mais completa¹⁵.

Deve-se considerar, ainda, em estudos dos efeitos negativos dos agrotóxicos na saúde e no ambiente, a reflexão sobre o modelo de desenvolvimento econômico adotado pelo Brasil, bem como sobre o modo de produção do agronegócio, que concentra terras e depende do uso de produtos químicos. Ademais, é necessário considerar os conflitos e os massacres que ocorrem entre as populações que dependem da terra para sobreviver e aqueles que promovem a agroecologia no campo^{9,22}. Em síntese, é preciso situar o debate no contexto da formação social do espaço brasileiro, atravessada pelo colonialismo escravocrata e patriarcal, incorporados com o advento do capitalismo que se estabelece no Brasil de forma dependente dos oligopólios internacionais capitalistas.

Pignati et al.²⁰ propõem que se deve ir além de uma vigilância em saúde voltada à doença, apontando para uma Vigilância do Desenvolvimento. Nessa abordagem, amplia-se o enfoque da vigilância dos efeitos negativos do agronegócio na saúde e no meio ambiente e levam-se em conta os processos sociais que determinam esse modelo de desenvolvimento. Isso inclui entender as conexões do agronegócio com os centros financeiros e os consumidores de *commodities* em todo o mundo, processos políticos e econômicos que ocorrem em territórios dominados pela produção agropecuária, sob a égide do neoliberalismo.

Em diálogo com a Vigilância do Desenvolvimento está a Epidemiologia Crítica¹⁹, cujas contribuições teórico-metodológicas foram agregadas ao arcabouço epistêmico e metodológico do projeto. Entre seus principais subsídios, estão: a crítica à ciência positivista unidimensional, sobretudo à epidemiologia clássica, ao paradigma do risco e ao conceito reducionista de fatores e exposição; o modelo materialista histórico-dialético de

determinação multinível (geral, particular e singular) do processo saúde-doença; a relação contraditória e dialética dos processos protetores e destrutivos à saúde; a inequidade social como produto da interrelação das opressões de gênero, raça e classe; a práxis social e científica e a relação sujeito e objeto da pesquisa; a busca pela emancipação social nas lutas por transformações estruturais nos processos de determinação da saúde.

Essas contribuições citadas foram os principais fundamentos teórico-metodológicos que guiaram o conjunto de ações realizadas no projeto. Em cada fase e atividade executada, as equipes buscaram adaptar esse arcabouço a partir dos objetivos propostos e dos resultados obtidos.

Delineamento da pesquisa: aspectos metodológicos e operacionais

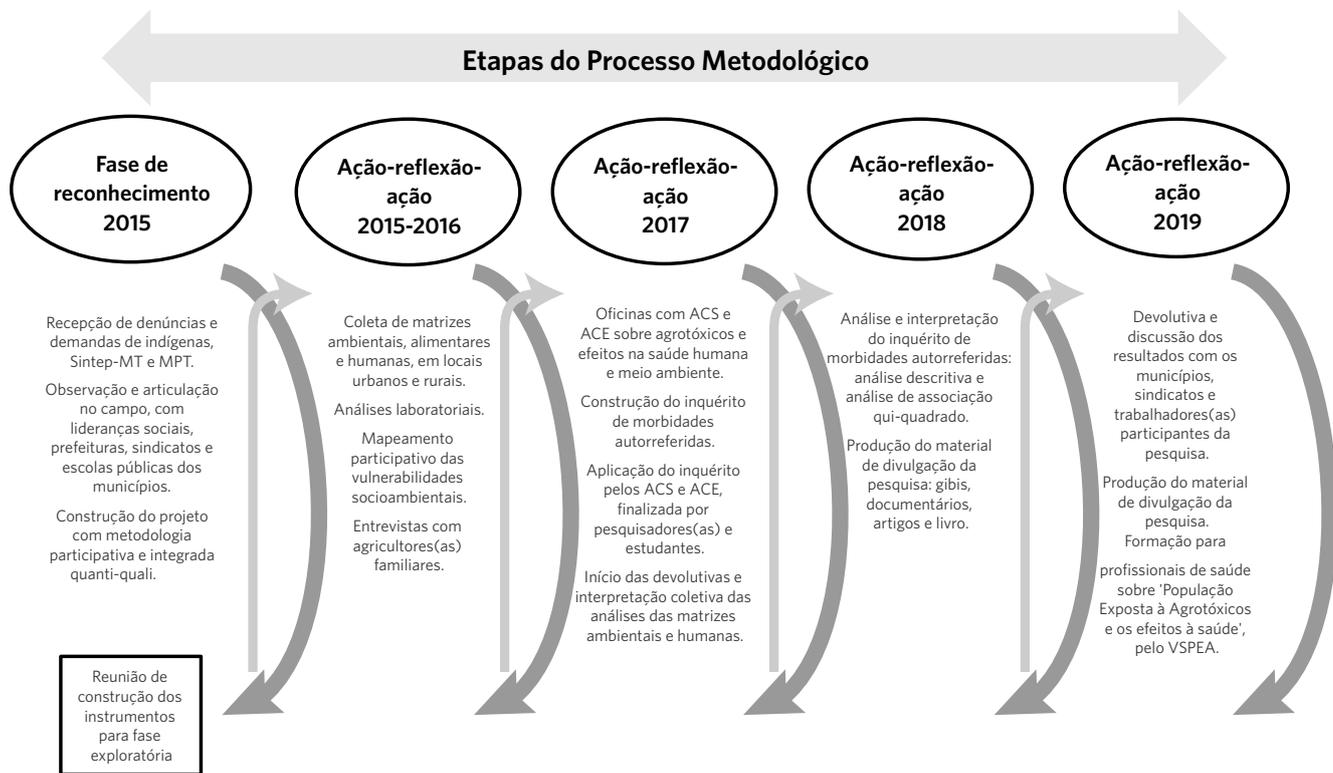
A execução das fases do projeto de pesquisa desenvolveu-se em um processo de ação-reflexão-ação coletiva entre pesquisadores(as) e população envolvida ao longo dos anos de 2015 a 2019²³. Foi um processo dinâmico, desafiador e contraditório, permeado por situações que emergiam do território, como oportunidades de novas articulações e incorporações de atores e grupos sociais na pesquisa, assim como

a ocorrência de conflitos sociais e políticos que se apresentaram como obstáculos a serem enfrentados.

Outro elemento determinante foi o funcionamento da equipe multiprofissional, discutindo de forma transdisciplinar o andamento do projeto, que proporcionou novas avaliações, olhares e ações a respeito do desenvolvimento da pesquisa. Nesse sentido, contou-se com a participação de docentes dos Cursos de Saúde Coletiva, Nutrição, Geografia, Química, Agronomia e pesquisadores(as) associados(as), estudantes de graduação, mestrado e doutorado da UFMT, além do apoio da população local: estudantes e professores(as) de escolas rurais e urbanas, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate às Endemias (ACE), profissionais da saúde das Estratégias Saúde da Família (ESF), Vigilância em Saúde, técnicos do Instituto de Defesa Agropecuária do Estado de Mato Grosso (Indea-MT) e outros setores do estado.

Na etapa inicial, ocorreram as primeiras idas a campo, na qual foram articuladas reuniões com as sedes locais do Sintep-MT, com as prefeituras dos três municípios e sindicatos de trabalhadores(as) rurais, para início da construção do projeto de pesquisa e reconhecimento do território (*figura 2*).

Figura 2. Etapas sequenciais (reconhecimento, planejamento e ação-reflexão-ação) e estratégias utilizadas na pesquisa



Fonte: elaboração própria, adaptado de Toledo e Jacobi²³.

Posteriormente, três grandes encontros foram realizados na Câmara Municipal das cidades e no auditório de eventos de Campo Novo do Parecis, que contaram com a participação de legisladores(as), professores(as) e membros dos sindicatos em parceria. Nesses encontros, foram debatidos os principais problemas de saúde e ambiente relacionados com os agrotóxicos em Mato Grosso e delimitados os objetivos e a proposta metodológica do estudo, os principais locais e grupos populacionais de investigação, bem como as seis escolas rurais e urbanas que atuaram no apoio e acompanhamento da pesquisa.

Uma das principais estratégias colaborativas entre pesquisadores(as) e população local foi a criação de 'grupos condutores' nas seis escolas do projeto. Esses grupos foram constituídos por professores(a), estudantes e pesquisadores(as) que atuaram principalmente na organização, coleta e análise das

matrizes ambientais e alimentares, assim como na elaboração do mapeamento participativo das vulnerabilidades socioambientais.

A estratégia da construção do mapeamento teve como objetivo compreender como os grupos condutores identificavam os processos de vulnerabilização socioambiental nos territórios, além de atuar como uma atividade de introdução ao tema geral da pesquisa. Foi empregada a metodologia de esboço à mão livre do território pelos grupos condutores, que desenharam processos protetores e destrutivos à vida ao redor da escola, construindo como produto uma matriz de processos críticos^{14,24-26}.

A realização do mapeamento das vulnerabilidades socioambientais foi essencial para a integração dos grupos condutores na pesquisa, uma vez que, ao utilizar essa abordagem, eles foram capazes de discutir e refletir sobre como a organização socioambiental de seus

territórios pode impactar de forma positiva e negativa em sua saúde e qualidade de vida. Além disso, eles apontaram como processo destrutivo à vida a exposição diária aos agrotóxicos, especialmente devido à proximidade das escolas com as áreas de cultivo e por reconhecerem que tais produtos químicos podem contaminar o ar, a chuva, os rios e os alimentos²⁷. Essas constatações e discussões foram motivadoras para a etapa de coletas das matrizes ambientais e alimentares, realizadas de forma colaborativa entre pesquisadores(as), grupos condutores e escolas.

Em relação às matrizes ambientais, foram coletadas amostras de ar, água potável de poços artesianos e da chuva nos territórios das seis escolas (uma escola rural e uma escola urbana de cada município), além de sedimentos e água de rios para a análise laboratorial de verificação de resíduos de agrotóxicos. Após a coleta, as amostras foram analisadas pelo Laboratório de Análise de Resíduos de Biocidas (Larb), do Departamento de Química da UFMT, considerando nove Ingredientes Ativos (IA). As amostras de ar foram enviadas ao Laboratório de Análise de Resíduos de Pesticidas (Larp) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sendo analisados cerca de 100 IA. Para a análise de glifosato e do seu metabólito, o Ácido Aminometilfosfônico (Ampa), foi necessário o envio para o Laboratório do Centro Nacional de Pesquisa de Monitoramento e Avaliação de Impacto Ambiental da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária Meio Ambiente (LRC-Embrapa), em Jaguariúna, São Paulo²⁷⁻²⁹.

Em relação às *commodities* e aos alimentos coletados, foram analisados soja, milho, sementes de girassol e sementes de algodão, na modalidade convencionais e transgênicos, algodão em pluma, além de hortaliças (alface, couve, tomate, batata-doce, pimentão, mamão, pepino) produzidas na região e/ou comercializadas nos estabelecimentos dos municípios, e peixes de rios e córregos, carne bovina e ovina dos municípios. As amostras de alimentos e *commodities* foram analisadas

pelos laboratórios de referência de resíduos de agrotóxicos em alimentos, Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (INCQS/Fiocruz) no Rio de Janeiro e Larp/UFSM, para 166 IA, com exceção de glifosato, paraquat e 2,4 - D³⁰.

Quanto às matrizes biológicas humanas, foram coletadas amostras de sangue e urina de professores(as) e trabalhadores(as) da área urbana e rural dos três municípios, totalizando 205 participantes. As amostras foram analisadas pelo laboratório de análises clínicas da cidade de Sapezal-MT e análise de resíduos de agrotóxicos no Laboratório de pesquisa de resíduos de agrotóxicos da Fiocruz. Todas as coletas e análises foram realizadas no período de 2015 a 2016, compondo o primeiro ciclo de reflexão-ação-reflexão da pesquisa.

No segundo ciclo de reflexão-ação-reflexão, em 2017, deu-se início à construção de um inquérito de morbidade referida que serviu como um diagnóstico da situação de saúde da população, visando produzir informações que subsidiassem a vigilância, a atenção básica e a atenção integral à saúde da população no que diz respeito aos impactos dos agrotóxicos.

A elaboração do formulário demandou uma revisão ampla da literatura e consulta a manuais, livros, artigos, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), vivências de pesquisadores(as) no campo do agronegócio e informantes locais. O formulário foi estruturado com 172 questões, majoritariamente fechadas, constituído por dois módulos de análises: por famílias e indivíduos dessa família³¹.

As variáveis selecionadas foram: demográficas (sexo, idade, zona do domicílio), socioeconômicas (escolaridade, renda familiar, ocupação, abastecimento de água), aspectos relacionados com os agrotóxicos (distância da casa à lavoura, do local de armazenamento ou distribuição, uso no domicílio e horta, contato direto no trabalho) e condições de saúde (13 morbidades referidas: hipertensão arterial, diabetes, câncer, malformação congênita, doença renal, aborto espontâneo, doenças respiratórias, doenças neurológicas,

transtornos psicológicos, suicídio, tentativa de suicídio, intoxicação aguda e baixo peso ao nascer).

Um teste-piloto do formulário foi realizado no município de Diamantino-MT, para averiguar modificações necessárias. Na pesquisa de campo, utilizou-se o formulário impresso, confeccionado no Word®, e a máscara foi elaborada no *software* Epi Info 7 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos).

A estratégia inicial de aplicação do questionário foi pensada para ser executada pelos ACS e ACE. Antes da aplicação, foram realizadas oficinas de formação em agrotóxicos, saúde e ambiente pela metodologia da problematização com o arco de Maguerez³², com os(as) ACS, os(as) ACE e as(os) enfermeiras(os) das Unidades Básicas de Saúde dos municípios participantes, em novembro de 2016. Nesses encontros, apresentaram-se o projeto de pesquisa, a equipe de pesquisadoras(es) e as explicações sobre a metodologia de problematização, que ocorreram nas seguintes etapas:

1. Observação da realidade: os(as) participantes foram divididos em dois grupos e convidados a falar sobre os principais problemas de saúde que observavam na população da cidade. Nesse momento, descreviam uma diversidade de agravos, dentre os quais, destacam-se: aborto, malformação, alergias (inclusive em crianças recém-nascidas), irritação nas mucosas, ansiedade, depressão, expressivo uso de medicamentos psicotrópicos, baixa imunidade, câncer, dengue, zika, diabetes, hipertensão, diarreia em crianças, doenças renais (pacientes em hemodiálise), dor de cabeça, mal-estar, problemas de garganta, problemas respiratórios, bem como conflitos entre produtores devido à pulverização aérea em culturas divergentes, exposição da população e dos(as) ACS/ACE às derivas de pulverização aérea, principalmente quando estes(as) adentravam a área rural para realizar as visitas domiciliares, e dificuldades de produzir alimentos (hortaliças, frutas) e morte do que plantavam

mesmo na cidade, devido ao veneno pulverizado na área rural.

2. Teorização: buscou-se conduzir o grupo a refletir sobre as possíveis relações entre o processo de exposição ocupacional e ambiental aos agrotóxicos e o surgimento dos referidos agravos. As participantes informaram que observavam tal relação, pois muitos dos sintomas eram mais frequentes em período de pulverização aérea por agrotóxicos. Nesse momento, foram apresentadas sínteses de estudos científicos que descreviam os impactos dos agrotóxicos sobre o ambiente e a saúde.

3. Hipóteses de solução: refletiu-se nesse momento sobre as possibilidades de enfrentamento dos problemas relatados, com ênfase na necessidade de conhecer e conscientizar a população sobre os riscos dos agrotóxicos, o distanciamento da pulverização em relação à cidade e iniciativas de redução da exposição.

4. Aplicação na realidade: nessa etapa, foram apresentados o questionário de morbidade referida e as possibilidades de sua utilização na atenção básica como forma de produção de informações para orientação da ação na vigilância dos impactos dos agrotóxicos na região. Pesquisadores(as) e participantes das oficinas foram divididos em pequenos grupos para aplicação dos questionários em algumas residências, e, posteriormente, foram tabulados e discutidos os resultados obtidos como exemplo de como seria todo o processo da pesquisa.

Após a formação, seguiu-se à pactuação de aplicação dos questionários pelos(as) ACS/ACE no momento de suas visitas domiciliares. Os(as) agentes tiveram suporte e comunicação remota com os pesquisadores mediante grupo de WhatsApp. A aplicação iniciou-se em março de 2017 nos três municípios. No entanto, receberam-se informação das equipes de Sapezal, Campo Novo do Parecis e Campos de Júlio sobre a interrupção da coleta de dados, sob alegação dos gestores de que havia outras prioridades na

atenção básica. Diante dessa dificuldade, a equipe de pesquisadoras(es) decidiu dar continuidade à pesquisa com outra estratégia: realizar o levantamento das condições de saúde da população e exposição aos agrotóxicos baseando-se em um inquérito populacional, com amostragem probabilística estratificada, tomando como referência o número de domicílios, o setor censitário e a razão de sexo³³. Adotou-se para o desenho amostral uma proporção máxima $p = 0,50$, erro tolerável de 5% e nível de confiança de 95%, com aplicação do formulário em uma casa, seguindo intervalos de três casas para cada rua amostrada. Após reordenamento estratégico, a coleta seguiu até novembro de 2017.

Foram entrevistados todos os moradores adultos, responsáveis ou chefes das famílias residentes em cada domicílio amostrado, sendo estes os encarregados por responder às informações de todos os indivíduos da família. O critério de inclusão no estudo foi a anuência dos adultos à participação na pesquisa. Foram excluídas as perdas de formulários e as recusas. Em relação ao inquérito de morbidade referida, a partir das entrevistas, geraram-se a análise descritiva, as tabelas e os gráficos no *software* Excel 2010 da Microsoft®, bem como a análise de associação Qui-quadrado realizada pelo *software* STATA 14.

A reformulação metodológica da etapa final da pesquisa, na qual se realizou um procedimento clássico de coleta de dados mediante treinamento de estudantes de graduação das áreas de saúde, fragilizou o caráter participativo e de vigilância popular, mas foi a resposta possível ao obstáculo político que será objeto de descrição e análise no próximo tópico.

As devolutivas à comunidade ocorreram no final de 2017, com retorno da equipe às escolas onde se organizou os 'grupos condutores', com discussão coletiva acerca dos resultados, bem como foram realizadas entregas individuais dos resultados da análise de resíduo de agrotóxicos no sangue e urina para as(os) trabalhadoras(es). Por fim, em 2018, foram realizadas devolutivas dos resultados aos secretários de saúde de Campos de Júlio, Campo Novo do Parecis e Sapezal.

Impactos socioambientais e na saúde e desdobramentos sociais da pesquisa

O inquérito de morbidade referida evidenciou que diversos(as) trabalhadores(as) tiveram episódios de intoxicação por agrotóxicos e não procuraram o serviço de saúde; e para os que procuraram, não houve a notificação da intoxicação exógena por agrotóxico. A Vigilância em Saúde monitora as doenças, os agravos e os eventos de importância para a saúde pública por meio de notificações compulsórias obrigatórias aos profissionais de saúde dos serviços públicos e privados às autoridades de saúde. Essa comunicação serve para gerar informação-decisão-ação²¹. Apesar da exposição ambiental, ocupacional e alimentar aos agrotóxicos, parece haver um silenciamento das notificações mediante pressões políticas que priorizam a economia em detrimento da saúde da população.

Além das intoxicações diretas, as pulverizações aéreas ou terrestres por agrotóxicos se destacam como processos estruturais e permanentes de grande impacto à saúde e ao ambiente nos territórios produtivos do agronegócio, expressando-se como um processo de poluição química rural. Quando pulverizados, os agrotóxicos não alcançam somente as espécies a serem controladas, mas todos os ecossistemas da região onde foram aplicados, poluindo o produto agrícola, os ambientes terrestres e aquáticos, os seres vivos e, sobretudo, os(as) trabalhadores(as) envolvidos no manuseio e na aplicação do agrotóxico, assim como a população desses territórios. Nesse caso, a exposição humana aos agrotóxicos não se trata de qualquer tipo de exposição, que ocorre ao acaso. Trata-se de uma exposição impositiva aos agrotóxicos, determinada pela grande produção agrícola, manifestada como processo degradante à saúde intrínseca aos modos de vida das populações que vivem nos territórios poluídos e que consomem os alimentos contaminados^{1,15,34}.

O avanço da produção agrícola industrial moderna (transgênicos, agrotóxicos e fertilizantes químicos, alto nível de mecanização e

digitalização), associada ao mercado financeiro, criou nos territórios desses municípios um espaço socioecológico próprio, característico do modo de produção capitalista do campo, nos quais grandes riquezas convivem com um conjunto extenso de desastres e injustiças. Entre eles, estão o acúmulo de terra e poder, a flexibilização das legislações e normas protetivas aos trabalhadores e à população, o aumento da degradação e da contaminação ambiental, o desemprego, o subemprego e o trabalho análogo à escravidão, os acidentes de trabalho, e as intoxicações agudas e as doenças crônicas oriundas do imenso volume do uso de agrotóxicos nesses territórios^{1,15,35-37}.

Como estratégia de comunicação e divulgação científica da pesquisa, foram produzidas quatro dissertações mestrado e duas teses de doutorado^{28-30,38-40} que deram origem a artigos e livro^{1,31}. Além disso, foram desenvolvidos gibis para serem distribuídos nas escolas de educação básica, um documentário disponibilizado na plataforma do YouTube (Juruen: rastros do veneno, parte 1 e 2) e confeccionados materiais gráficos sobre agrotóxicos e agroecologia para distribuição à população.

Considerações finais

As lições aprendidas levaram a novas perspectivas de pesquisar criticamente, analisar e promover saúde e sustentabilidade. Os(as) pesquisadores(as) envolvidos nesta pesquisa percorreram todas as etapas do método, com intuito de conhecer a realidade socio sanitária e mobilizar os indivíduos envolvidos no reconhecimento dos processos críticos protetores e destrutivos na determinação social da saúde, de modo a mobilizar esforços para a produção de um território saudável e sustentável e de políticas públicas que reduzam ou acabem com o uso de agrotóxicos.

Acredita-se que o enfoque territorial é determinante para as ações de saúde coletiva e recai sobre as políticas de desenvolvimento.

Desse modo, deve-se priorizar nos territórios uma agricultura sustentável, que respeite os modos de vida tradicionais, o meio ambiente e a saúde de trabalhadores(as) e da população. Para alcançar esse objetivo, é necessário processos de formação e governança que envolvam instâncias dos movimentos sociais, gestão pública e acadêmica em um permanente acompanhamento e redirecionamento no sentido de efetivar a promoção da saúde e a sustentabilidade nos territórios, movimento chamado de ‘Territórios Saudáveis e Sustentáveis’⁴.

Este estudo apresentou como ponto positivo uma metodologia de Vigilância Participativa de Base Territorial, que visou avaliar a contaminação ambiental, ocupacional, alimentar, bem como o diagnóstico situacional das condições de saúde e doença das famílias que sofrem com imposição aos agrotóxicos. No entanto, como limitações, destaca-se a não efetivação plena de estratégias participativas por causa de entraves políticos que cercearam a possibilidade de realização de pesquisa-ação na etapa de inquérito de morbidade referida, bem como pouca organicidade política de movimentos sociais contra-hegemônicos.

Espera-se que as informações geradas com esta pesquisa possibilitem a conscientização da população sobre os riscos impostos pelo modelo agrícola químico-dependente do agronegócio e a mobilização de movimentos sociais no controle social e vigilância popular da saúde.

Colaboradores

Neves MS (0000-0001-9187-6283)*, Soares MR (0000-0002-0417-2614)*, Lara SS (0000-0001-7996-1629)*, Beserra L (0000-0002-5310-1986)*, Oliveira LK (0000-0003-0326-0134)*, Costa VLS (0000-0002-4790-9612)* e Pignati WA (0000-0001-9178-6843)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Pignati W, Correa MLM, Leão LHC, et al., organizadores. Desastres sócio-sanitário-ambientais do agro-negócio e resistências agroecológicas no Brasil. São Paulo: Outras expressões; 2021. 364 p.
- Porto MF, Fasanello MT, Rocha DF, et al. Emancipatory urban greening in the Global South: interdisciplinary and intercultural dialogues and the role of traditional and peasant peoples and communities in Brazil. *Front Sustain Cities*. 2021;3:686458. DOI: <https://doi.org/10.3389/frsc.2021.686458>
- Carson R. Primavera silenciosa [Internet]. São Paulo: Gaia; 2010 [acesso em 2023 jun 15]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/book/455749710/Primavera-silenciosa>
- Machado JMH, Martins WJ, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Comun Ciênc Saúde* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 jun 15];28(2):243-249. Disponível em: <http://www.esccs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/245>
- Pavanelli A. Vigilância em Saúde de Base Territorial, Integrada e Participativa: uma experiência de formação em assentamentos rurais do Pontal do Paranapanema [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2019.
- Empresa de Pesquisa Energética. Avaliação Ambiental Integrada. Estudos de inventário hidrelétrico da Bacia do rio Juruena: relatório técnico [Internet]. Brasília, DF: EPE; 2010 [acesso em 2023 jun 15]. Disponível em: <https://www.epe.gov.br/pt/publicacoes-dados-abertos/publicacoes/avaliacao-ambiental-integrada-aa>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA). Produção Agrícola Municipal [Internet]. 2015 [acesso em 2023 jun 15]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/agricultura-e-pecuaria/9117-producao-agricola-municipal-culturas-temporarias-e-permanentes.html>
- Pignati WA, Lima FANS, Lara SS, et al. Distribuição espacial do uso de agrotóxicos no Brasil: uma ferramenta para a Vigilância em Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(10):3281-3293. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17742017>
- Pignati W, Oliveira NP, Silva AMC. Vigilância aos agrotóxicos: quantificação do uso e previsão de impactos na saúde-trabalho-ambiente para os municípios brasileiros. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(12):4669-4678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.12762014>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mato Grosso – Cidades [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2023 [acesso em 2023 jun 8]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/campo-novo-do-parecis/panorama>
- Tambellini AT, Câmara VM. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciênc saúde coletiva*. 1998;3(2):47-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231998000200005>
- Minayo MCS. Enfoque Ecológico de Saúde e Qualidade de Vida. In: *Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 173-89.
- Augusto LGS, Florêncio L, Carneiro RM, organizadores. Pesquisa(ação) em saúde ambiental: contexto – complexidade – compromisso social. 2. ed. Recife: Universitária da UFPE; 2005.
- Breilh J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciênc saúde coletiva*. 2003;8(4):937-951. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400016>
- Pignati WA, Machado JMH, Cabral JF. Acidente

- rural ampliado: o caso das “chuvas” de agrotóxicos sobre a cidade de Lucas do Rio Verde – MT. *Ciência saúde coletiva*. 2007;12(1):105-114. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000100014>
16. Rigotto RM, organizador. *Agrotóxicos, trabalho e saúde: vulnerabilidade e resistência no contexto da modernização agrícola no baixo Jaguaribe/CE*. Fortaleza: Edições UFC; 2011. 612 p.
 17. Carneiro, FF, Rigotto RM, Augusto LGS, et al. organizadores. *Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro, São Paulo: Expressão Popular; 2015. 628 p.
 18. Rigotto RM, Aguiar ACP, Ribeiro LAD, organizadores. *Tramas para a justiça ambiental: diálogo de saberes e práxis emancipatórias*. Fortaleza: Edições UFC; 2018. 598 p.
 19. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 317 p.
 20. Pignati WA, Machado JMH, Correa MLM, et al. Da vigilância das doenças à vigilância do desenvolvimento. In: Pignati W, Correa MLM, Leão LHC, et al., organizadores. *Desastres sócio-sanitário-ambientais do agronegócio e resistências agroecológicas no Brasil*. São Paulo: Outras expressões; 2021. p. 351-362.
 21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. *Diretrizes nacionais para a vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
 22. Nasralla Neto E, Lacaz FAC, Pignati W. *Vigilância em saúde e agronegócio: os impactos dos agrotóxicos na saúde e no ambiente. Perigo à vista! Ciência saúde coletiva*. 2014;19(12):4709-4718. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.03172013>
 23. Toledo RF, Jacobi PR, organizadores. *Pequisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente*. São Paulo: Annablume; 2022. 240 p.
 24. Búriço AC, Carneiro FF, Rocha ACO, et al. *Relato da experiência do mapeamento de riscos sócio-ambientais e de promoção da saúde ambiental com estudantes do MST*. *Tempus*. 2009;3(4):144-148. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v3i4.753>
 25. Marinho AMP, Carneiro FF, Almeida VE. *Dimensão Socioambiental em área de agronegócio: a complexa teia de riscos, incertezas e vulnerabilidades*. In: Rigotto RM, organizador. *Agrotóxicos, trabalho e saúde: vulnerabilidade e resistência no contexto da modernização agrícola no baixo Jaguaribe/CE*. Fortaleza: Edições UFC; 2011. p. 166-215.
 26. Carneiro FF, Hoefel MG, Silva MAM, et al. *Mapeamento de vulnerabilidades socioambientais e de contextos de promoção da saúde ambiental na comunidade rural do Lamarão, Distrito Federal, 2011*. *Rev Bras Saúde Ocupacional*. 2012;37(125):143-148. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000100016>
 27. Beserra L, Pignati WA, Pignatti MG, et al. *Vulnerabilidade socioambiental e saúde em escolas no contexto do agronegócio*. *Saúde Soc*. 2021;30(2):e190620. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190620>
 28. Oliveira LK. *O processo de poluição ambiental e alimentar por agrotóxicos em municípios da bacia do rio Juruena, Mato Grosso [dissertação]*. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso; 2016.
 29. Beserra L. *Agrotóxicos, vulnerabilidades socioambientais e saúde: uma avaliação participativa em municípios da bacia do Rio Juruena, Mato Grosso [dissertação]*. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso; 2017.
 30. Correa MLM. *É alimento ou mercadoria? Soberania Alimentar, processo de exposição e imposição aos agrotóxicos e a relação alimento-saúde em municípios da Bacia do Juruena, Mato Grosso [tese]*. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso; 2019.
 31. Pignati WA, Soares MR, Lara SS, et al. *Exposição aos agrotóxicos, condições de saúde autorreferidas*

- e Vigilância Popular em Saúde de municípios mato-grossenses. *Saúde debate*. 2022;46:45-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E203>
32. Berbel NAN. A metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da praxis. *Semin Cienc Soc Hum* [Internet]. 1996 [acesso em 2023 jun 15];17(1esp):7-17. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/44943>
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Agregado por Setores Censitários [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2011 [acesso em 2023 jun 10]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados>
34. Oliveira LK, Beserra L, Pignati WA. Processo de poluição química rural e exposição impositiva por agrotóxicos. In: Pignati W, Correa MLM, Leão LHC, et al., organizadores. *Desastres sócio-sanitário-ambientais do agronegócio e resistências agroecológicas no Brasil*. São Paulo: Outras expressões; 2021. p. 3-60.
35. Picoli F. *Amazônia: do mel ao sangue*. Sinop: Amazônia Gráfica e Editora; 2004.
36. Pignati WA, Machado JMH. Riscos e agravos à saúde e à vida dos trabalhadores das indústrias madeireiras de Mato Grosso. *Ciênc saúde coletiva*. 2005;10(4):961-973. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400019>
37. Moreno G. Terra e poder em Mato Grosso: política e mecanismos de burla, 1892-1992. Cuiabá: EdUFMT, Entrelinhas; 2007. 310 p.
38. Castro BVP. Sofrimento social de trabalhadores rurais assentados na contracorrente do agronegócio na bacia do rio Juruena – MT [dissertação]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso; 2017.
39. Neves MS. Determinação Social das Tentativas de Suicídio em Regiões Produtivas do Agronegócio em Mato Grosso – Brasil [tese]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso; 2021.
40. Costa VLS. Aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais presentes no suicídio de trabalhadores e trabalhadoras inseridos no Agronegócio [dissertação]. Cuiabá-MT: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso; 2018.

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 19/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Ministério Público do Trabalho 23ª região – processo nº 4.14.020/Uniselva

Editor responsável: Edmundo Gallo

Vulnerabilidades socioambientais na pesca artesanal: desafios e conquistas para Territórios Saudáveis e Sustentáveis em Pernambuco

Socioenvironmental vulnerabilities in small-scale fishing: challenges and achievements for Healthy and Sustainable Territories in Pernambuco

Mariana Olívia Santana dos Santos^{1,2}, Ana Catarina Leite Vêras Medeiros¹, Evelyn Siqueira da Silva¹, Rafaella Miranda Machado¹, José Erivaldo Gonçalves¹, Aline do Monte Gurgel¹, Idê Gomes Dantas Gurgel¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18718P

RESUMO Com o objetivo de analisar os processos de vulnerabilização socioambientais e em saúde das populações expostas ao petróleo bruto, no contexto da pandemia de covid-19 e apresentar caminhos para a reparação integral comunitária, este estudo assumiu uma perspectiva teórico-metodológica ancorada na Abordagem Ecológica em Saúde, na Reprodução Social da Saúde e na Determinação Social da Saúde. Recorreu-se à pesquisa-ação como estratégia para a interação dialógica com os sujeitos dos territórios e construção de experiências emancipatórias na luta por saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável. Apresenta-se, de forma geral, o processo de determinação social da saúde das comunidades da pesca artesanal, a promoção de interlocuções comunitária-institucional. Os resultados reforçam a necessidade de estudos no campo da saúde ambiental que alie o conhecimento acadêmico e a sabedoria dos povos das águas à busca por verdade, justiça e reparação. Para tal, é necessário desvelar as injustiças ambientais, o racismo ambiental e os conflitos ambientais, dialogando sobre o modelo de desenvolvimento e o neoextrativismo na sociedade, enquanto importantes desafios e oportunidades para promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis.

PALAVRAS-CHAVE Vulnerabilidade a desastres. Vigilância em saúde. Saúde do trabalhador. Derramamento de petróleo. Covid-19.

ABSTRACT *This study adopted a theoretical-methodological perspective anchored in the Ecosystem Approach to Health, the Social Reproduction of Health, and the Social Determinants of Health to analyze the socioenvironmental vulnerability and health of populations exposed to crude oil during the COVID-19 pandemic and present pathways for comprehensive community reparation. We employed action research as a strategy for dialogic interaction with the subjects of the territories and the construction of emancipatory experiences in the struggle for health, the environment, and sustainable development. We presented a general outlook on the social determination of the health of small-scale fishing communities and the promotion of community-institutional dialogues. The results reinforce the need for environmental health studies that combine academic knowledge with the wisdom of water peoples in the pursuit of truth, justice, and reparation. To do so, it is necessary to unveil environmental injustice, racism, and conflicts, engaging in dialogue about the development model and neo-extractivism in society as essential challenges and opportunities for promoting Healthy and Sustainable Territories.*

KEYWORDS *Vulnerability to disasters. Health surveillance. Occupational health. Oil spill. COVID-19.*

¹Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco (Fiocruz Pernambuco), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil. mariana.santos@fiocruz.br

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Saúde Coletiva – Natal (RN), Brasil.



Introdução

A relação entre ambiente e desenvolvimento humano está no centro da Agenda Global para o enfrentamento da crise ambiental, particularmente climática, diante das consequências impostas pelo modelo neoliberal extrativista. Promover o desenvolvimento de Territórios Saudáveis e Sustentáveis (TSS) depende da compreensão de ação territorializada de base identitária e comunitária. Portanto, TSS são espaços nos quais a vida saudável é viabilizada por meio de ações comunitárias que promovam participação social e fortalecimento das identidades negras e de políticas públicas que interajam entre si e convirjam no território^{1,2}.

Nas últimas décadas, foram realizados cúpulas, conferências e fóruns para discutir estratégias de promoção de TSS e desenvolvimento sustentável com o objetivo da formação de um planejamento em nível global³. Em 2015, foi aprovada a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) globais com planejamento de execução até 2030, sendo o ODS 14 relacionado com a vida na água, trazendo a necessidade de conservar e utilizar de forma sustentável os oceanos, os mares e os recursos marinhos^{3,4}.

Os ODS, contudo, apresentam metas de difícil cumprimento até para países economicamente desenvolvidos, não considerando de forma adequada as distintas características e capacidades de resposta de cada território⁵. Isso pode conferir um enfoque limitado para o gerenciamento de problemas complexos, que depende de ações nas dimensões social, econômica, política e ambiental, resultando em uma visão reducionista do processo saúde-doença.

Existem desafios que ameaçam a conservação de bens comuns, como os oceanos, mediante os efeitos danosos do crescimento econômico acelerado, que recaem sobre as populações mais vulneráveis, sobretudo em países do Sul Global⁶. Nesses territórios, há um predomínio de processos produtivos ligados à exploração agrícola e mineral, destacando-se

as matrizes energéticas relacionadas com o petróleo, uma das principais causadoras dessas ameaças⁷.

Desde os anos 1970, foram notificados mais de dez grandes desastres-crime no mundo envolvendo o petróleo nos oceanos, vulnerabilizando de forma material e simbólica os ecossistemas marinhos e a população pesqueira dos territórios⁸. Os efeitos negativos desse modelo impactam diretamente os modos de vida das comunidades tradicionais, gerando conflitos e reforçando processos de injustiças sociais^{9,10}.

O desastre-crime do petróleo que afetou a região Nordeste em 2019 engendrou novos processos de injustiças e racismo ambiental, ampliando os contextos de vulnerabilidades historicamente vividos pela população pesqueira nesses territórios¹⁰⁻¹⁶. A exposição das populações ao petróleo e a seus derivados consiste em um grave problema de saúde pública, afetando o ambiente e a saúde dos expostos, incluindo repercussões socioeconômicas^{17,18}.

Subsumindo-se a este cenário, a sindemia de covid-19 agravou os efeitos circunscritos pelo desastre-crime do petróleo, repercutindo sobre a saúde, a soberania e a segurança alimentar e na garantia de direitos fundamentais, agravando a situação de vulnerabilidade das comunidades tradicionais de pescadores artesanais afetadas. A essas problemáticas, somou-se a chegada de pessoas que não eram dos territórios em busca de isolamento ou quarentena, aumentando a exposição dos pescadores e pescadoras artesanais ao novo coronavírus^{10,19,20}.

Percebe-se a necessidade de pensar na determinação social da saúde, pois ela é integrada aos ordenamentos sociais da vida em sentido amplo, complexo e profundo²¹. É fundamental pensar em estratégias para superação dos processos de vulnerabilização em que vivem as comunidades da pesca artesanal, planejando ações de reparação integral, territorializadas, compreendendo o ambiente, suas interações socioecossistêmicas e as reverberações desses processos para a manutenção da vida¹⁷. A

construção de práticas participativas, que integrem comunidades e movimentos sociais, são fundamentais para a efetivação de uma vigilância popular em saúde que promova TSS^{2,22,23}.

Este artigo apresenta os resultados da pesquisa intitulada ‘Promoção de territórios saudáveis e sustentáveis e reparação de comunidades pesqueiras artesanais para superação das vulnerabilidades socioambientais no contexto da Covid-19 em Pernambuco’. Mais do que se debruçar no detalhamento de cada objetivo alcançado, buscou-se uma apresentação geral, demonstrando como a pesquisa-ação permite realizar diagnósticos sobre a determinação da saúde, a promoção de interlocuções comunitária-institucional e de experiências emancipatórias na luta por saúde, ambiente e desenvolvimento. Ainda, possibilitou-se identificar os desafios e as oportunidades para promoção de TSS.

Material e métodos

Este estudo foi estruturado com envolvimento dos movimentos sociais dos povos das águas e de representações da gestão em saúde, assumindo uma perspectiva teórico-metodológica ancorada na Abordagem Ecológica em Saúde (AES)^{24,25}, na Reprodução Social da Saúde²⁶ e na perspectiva da Determinação Social da Saúde²¹, suscitada pela epidemiologia crítica latino-americana. Recorreu à pesquisa-ação como estratégia para interação dialógica com os sujeitos dos territórios e construção de experiências emancipatórias na luta por TSS, com base em uma abordagem mista, com

triangulação de métodos quantiqualitativos²⁷. Essa perspectiva metodológica possibilita estudos de maior completude e intervenções participativas para a resolução/intervenção de problemas socioambientais.

A pesquisa foi desenvolvida entre fevereiro de 2021 e maio de 2023, contando com 21 pesquisadores. A área do estudo, no nível contextual de observação, foi composta pelos 16 municípios do litoral de Pernambuco (Cabo de Santo Agostinho, Tamandaré, Ipojuca, Sirinhaém, São José da Coroa Grande, Barreiros, Rio Formoso, Ilha de Itamaracá, Goiana, Itapissuma, Paulista, Jaboatão dos Guararapes, Recife, Olinda, Igarassu, Abreu e Lima). No nível de ancoragem, consistiu nas comunidades de municípios que receberam a maior quantidade de petróleo de Cabo de Santo Agostinho, Tamandaré, Ipojuca, Sirinhaém e São José da Coroa Grande, com significativa representação de pescadores(as) que sofreram intensos processos de vulnerabilização decorrente tanto do derramamento do petróleo bruto como, posteriormente, das repercussões nos modos de subsistência provocadas pela pandemia de covid-19.

Inicialmente, foram realizadas visitas de reconhecimento ao território, observação participante e reuniões de discussão e definições de ações com os movimentos sociais locais. Os sujeitos do estudo foram pescadores(as), representantes dos movimentos sociais e gestores de saúde (nível estadual e municipal).

O projeto foi executado considerando sete objetivos específicos que tiveram estratégias metodológicas desenvolvidas durante a pesquisa-ação (*quadro 1*).

Quadro 1. Objetivos do projeto e aspectos teóricos-práticos-metodológicos para construção dos Territórios Sustentáveis e Saudáveis

Objetivo	Aspectos teóricos-práticos-metodológicos para construção dos Territórios Sustentáveis e Saudáveis
Objetivo 1 - Caracterizar a população e o território estudado segundo características sociodemográficas, epidemiológicas, ocupacionais e ambientais	- Estudo epidemiológico observacional transversal, tendo como população e território trabalhadoras(es) da pesca artesanal dos 16 municípios do litoral pernambucano, cadastrados pela Secretaria de Meio Ambiente e Sustentabilidade (Semas) e distribuídos em 27 colônias e/ou associações de pescadores. Para a coleta de dados, foi utilizado questionário estruturado, dividido em 14 blocos e aplicado por entrevistadores treinados, utilizando aplicativo digital da Fiocruz HcMaps. A partir da população de 12.472 pescadores(as), obteve-se uma amostra final de 1.259 pescadores(as) artesanais, considerando 40% de prevalência de efeitos na saúde após a exposição ao petróleo e 4% de erro, a proporcionalidade por sexo e região de moradia e os critérios de inclusão - ter mais de 18 anos, ser trabalhador da pesca artesanal, ativo no período do derramamento do petróleo e estar cadastrado na planilha do Semas e exclusão do estudo -, trabalhadores da pesca afastados do trabalho na época do derramamento do petróleo; morte; condição neurológica ou psiquiátrica que dificulte participação na pesquisa; recusa, não atender aos convites e não comparecer no dia da entrevista. Para análise, utilizou-se estatística descritiva, por distribuição de frequência relativa e medida de tendência central - média.
Objetivo 2 - Identificar os contextos de vulnerabilidades socioambientais relacionados à exposição ao petróleo bruto e à pandemia da covid-19 nos territórios de estudo	- Estudos de revisão sobre a relação entre o processo produtivo e o adoecimento das pescadoras artesanais no território brasileiro; pesquisa documental para caracterização dos conflitos socioambientais e impactos na saúde decorrentes do petróleo utilizando o método proposto pelo Atlas Global de Justiça Ambiental - Environmental Justice Atlas (EJAtlas). Foram analisados documentos de livre acesso, disponibilizados por organismo governamentais e não governamentais, e publicações de jornais de circulação; estudo descritivo-analítico das vulnerabilizações socioambientais no desastre de petróleo e na sindemia de covid-19. Para o estudo descritivo-analítico das vulnerabilizações socioambientais, utilizou-se a abordagem teórico-metodológica da reprodução social e a saúde mediante matriz de análise que constitui a inter-relação e interdependência das reproduções nas dimensões (Biocomunal, Consciência e conduta, Tecnoeconômica, Política e Ecológica).
Objetivo 3 - Identificar alterações metabólicas precoces e a presença de biomarcadores de efeito relacionados à exposição aos contaminantes ambientais em áreas afetadas pelo petróleo	- Estudo de avaliação da exposição ambiental, para identificação de indicadores de exposição e efeito no organismo dos(as) pescadores(as) dos municípios mais afetados pela chegada do petróleo (Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Sirinhaém e Tamandaré). Foram realizadas coletas de sangue venoso de 102 pescadores(as) que tiveram contato com o petróleo direta ou indiretamente com intuito de analisar biomarcadores de estresse oxidativo, como o malondialdeído (MDA), Catalase e Glutathione. Após coletadas, as amostras foram armazenadas em ultrafreezer a -80 °C até o momento da análise. As amostras de MDA foram analisadas segundo protocolo operacional padrão cedido pela Fiocruz-RJ utilizando plasma sanguíneo. Foram analisadas em triplicata utilizando método espectrofotométrico e as absorbâncias anotadas e as concentrações de MDA foram calculadas utilizando curva de calibração gerada a partir de padrão comercial de MDA, com $R^2=0,97$.
Objetivo 4 - Analisar as percepções dos sujeitos sobre os perigos e danos à saúde e ambiente decorrentes dos impactos socioambientais, ambientais e econômicos do derramamento de petróleo bruto	- Mapeamento Participativo: foi desenvolvido no litoral sul com atingidos pelo desastre-crime, em três momentos: 1) pré-cartográfico: visitas prévias para diagnóstico, identificação e articulação com as lideranças comunitárias; 2) cartográfico: construção dos mapas sociais; 3) sistematização e validação: ordenamento dos dados e verificação de coerência interna dos processos identificados. Os discursos captados foram analisados a partir das dimensões temáticas saúde, ambiente e socioeconômica, advindas dos subgrupos participantes, a partir do Discurso do Sujeito Coletivo; - Diagnóstico Rápido Participativo: a partir da realização de oficinas e grupos focais, foi construído o fluxograma de trabalho a fim de descrever as etapas do processo de trabalho na pesca artesanal, a partir de roteiro semiestruturado com questões relacionadas com: etapas do processo de trabalho; melhor momento para pesca; forma de deslocamento; momento de descanso; refeição; beneficiamento do pescado; aspectos positivos no trabalho; renda obtida; autonomia e dignidade; aspectos que promovem a vida. Após, foi realizada vivência da equipe no trabalho das pescadoras a partir da etnografia, registrando as informações em diário de campo e recursos audiovisuais. Os dados foram organizados na Matriz de Processos Críticos, com base na epidemiologia crítica, caracterizando os processos protetores e destrutivos da saúde, que se expressam no movimento dialético nos domínios geral, particular e singular. Os resultados foram sistematizados buscando divulgação de amplo acesso, como a cartilha 'Saúde das mulheres das águas' e o documentário 'O mar que habita em mim'.
Objetivo 5 - Analisar Desenvolver uma pesquisa-ação para estruturação de processos de reparação comunitária integral das condições de saúde e vida nos territórios de comunidades afetadas	- Investigação-Ação Participativa (IAP) mediante círculos de cultura, metodologia que compreende método investigativo, técnica educativa e ação política. Foi realizado no município do Cabo de Santo Agostinho, em comunidade identificada a partir de análise de contexto, de documentos com notificações sobre o desastre do petróleo, do processo saúde-doença e levando em conta a escuta das organizações e movimentos sociais. Foi realizado por meio de dois processos: o diagnóstico socioambiental e a matriz de reivindicação para reparação, que foram realizados a partir de análise documental; inquérito epidemiológico, registros de diário de campo, sistematização dos dados sobre os processos de vulnerabilização a risco ambientais e condições de saúde.

Quadro 1. Objetivos do projeto e aspectos teóricos-práticos-metodológicos para construção dos Territórios Sustentáveis e Saudáveis

Objetivo	Aspectos teóricos-práticos-metodológicos para construção dos Territórios Sustentáveis e Saudáveis
Objetivo 6 – Aprender vulnerabilidades socio-técnicas relacionadas ao processo de produção de cuidado dos expostos na limpeza das praias e fortalecer as linhas de cuidado na atenção básica dos territórios	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão de escopo do tipo <i>Scoping Review</i> sobre desastres-crimes de petróleo – Realizada na Bireme, Lilacs, SciELO, PubMed, Cochrane Library e Embase, artigos publicados entre 1973 e 2021. As buscas resultaram em 22 artigos sobre 10 desastres de petróleo ao redor do mundo em três continentes (Ásia, América e Europa), cujas causas foram encalhe (3), naufrágio (1), colisão (2), derrame (3) e explosão (1). As ações desenvolvidas foram caracterizadas como intersetoriais, econômicas, ambientais e na saúde; - Investigação das diretrizes e ações desenvolvidas pela gestão de saúde no enfrentamento do desastre do petróleo de 2019: estudo exploratório do tipo estudo de caso. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 16 gestores das secretarias municipais e estadual de saúde de Pernambuco. A análise do discurso do sujeito coletivo evidenciou cinco eixos temáticos: percepção dos gestores sobre os impactos do desastre-crime do petróleo no território, ações desenvolvidas para mitigação dos impactos do desastre, dificuldades enfrentadas pelos/as gestores/as no processo de mitigação do desastre, avaliação das ações da gestão em saúde no contexto do desastre e preparação para desastres futuros; - Estudo de caso do tipo descritivo com abordagem qualitativa em um município. Foi realizada Análise de Conteúdo com utilização do software IRaMuTeQ das entrevistas com gestores da saúde, cujos resultados revelaram quatro categorias: gestão municipal na atenção com o mar; governança de risco de desastre e suas ausências; sindemia de covid-19 e impactos na reabilitação e recuperação das comunidades afetadas pelo desastre do petróleo e o que fazer se um desastre voltar a acontecer.
Objetivo 7 – Construir estratégias para produção de tecnologias sociais na perspectiva intersetorial para a Vigilância Popular em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Análise do discurso midiático sobre o derramamento de petróleo no estado a partir de pesquisa documental com dados do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente (Ibama) e matérias publicadas pelo Jornal do Commercio (JC); - Formação de comissão de comunicação, educação, cultura e saúde com representantes dos movimentos sociais dos territórios e equipe de pesquisa para condução metodológica desse objetivo; - Realização de processos formativos com diferentes atores como: gestores da saúde, movimentos sociais, lideranças comunitárias e estudantes de pós-graduação. - Os conflitos levantados na caracterização do Objetivo 2 foram sistematizados e publicados no EJAAtlas, cujo objetivo é apoiar populações e grupos atingidos por projetos e políticas insustentáveis e prejudiciais à saúde. O EJAAtlas mapeia os conflitos ambientais, em localidades do mundo e permite colaboração na identificação e caracterização de conflitos; - Transversalmente ao desenvolvimento da pesquisa, e articulado com os demais objetivos, foram desenvolvidas diferentes estratégias de comunicação e formação para a vigilância participativa e comunitária. Foram produzidos materiais informativos impressos e digitais: protocolos de saúde e ambiente, colaboração na elaboração de estratégias de notificação de casos, fotos, cartilhas, cartazes, cards, pautas para imprensa e mapas. Para o debate sobre acesso à informação, foram realizados processos formativos como cursos, oficinas, rodas de conversas e seminário. A produção de artigos científicos, capítulos de livro, dissertações, teses, e participação em congressos, mesas e conferências também foram importantes construções desses momentos; - Para a construção da exposição fotográfica, foi realizado um concurso de fotografia com a produção de fotos digitais realizadas pela própria comunidade sobre temas que promovam visibilidades das realidades dos povos das águas durante o desastre-crime; - Está sendo desenvolvido um site para sistematização de todos esses materiais, que funcionará como portfólio do projeto e contribuirá para a divulgação do conjunto dos resultados. É uma forma de compartilhar os dados e as informações das produções dos povos das águas e das/os integrantes do projeto.

Fonte: elaboração própria, 2024.

Para abordagem quantitativa, realizou-se inquérito epidemiológico em 27 colônias/associações dos 16 municípios, com aplicação de questionário estruturado em 14 blocos relacionados com os aspectos de exposição ao petróleo, saúde, renda, qualidade de vida, covid-19 e saúde mental, em amostra de 1.259 pescadores(as) cadastrados(as) na planilha da Secretaria de Meio Ambiente e Sustentabilidade²⁸. Após, foram coletadas 102 amostras sanguíneas de subamostra dos(as)

participantes do inquérito, para avaliação da exposição ambiental e ocupacional ao petróleo, obedecendo aos critérios de maior tempo de exposição nos territórios com maior quantidade de petróleo recolhido (Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Sirinhaém e Tamandaré) para avaliação de indicadores de exposição e efeito precoces.

Na abordagem qualitativa, foram utilizadas técnicas participativas, como mapeamentos, círculos de cultura, grupos focais, oficinas,

vivências etnográficas, diagnóstico rápido participativo, entrevistas individuais e diário de campo. Como dados secundários, utilizaram-se a revisão de literatura e a pesquisa documental em diferentes bases de dados. Estratégias de comunicação/intervenção-formação-ação foram produzidos de forma processual e participativa mediante oficinas, documentários, cartilhas, pareceres, rodas de diálogos, seminário e formações.

A partir da leitura do conjunto dos resultados e produtos da pesquisa-ação, estruturaram-se uma matriz para sistematização dos objetivos, os respectivos métodos e os resultados, os quais foram analisados segundo as categorias: interlocuções popular-institucional; experiências emancipatórias na luta por saúde; ambiente e desenvolvimento sustentável; objetivos do desenvolvimento sustentável; desafios e oportunidades para promoção de TSS.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 25398119.9.0000.5190 e parecer nº 5.037.340.

Resultados e discussão

O desastre-crime do petróleo de 2019 marcou de forma profunda as comunidades da pesca artesanal nas dimensões social, ambiental, econômica, biológica, cultural, provocando repercussões nas vidas das comunidades, que sofreram com os efeitos da sindemia de covid-19 associada às diversas barreiras de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os diferentes aspectos dos processos de vulnerabilização sofridos estão demonstrados no *quadro 2*.

Quadro 2. Principais resultados da pesquisa-ação por objetivo, interlocução popular-institucional e experiências emancipatórias na luta por saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável

Obj.	Principais Resultados	Interlocução popular-institucional	Experiências emancipatórias
1	Estudo epidemiológico: características socioeconômicas: idade média de 46 anos, a maior parte do sexo feminino, autodeclararam-se pretos ou pardos; casados/união estável; baixo nível de instrução e rendimento mensal insuficiente para a sobrevivência familiar; trabalho: início do trabalho na pesca em média aos 14 anos, média de trabalho na pesca há 32 anos, sem jornada fixa, alguns trabalhavam em outras atividades para complementação da renda e apesar de referirem uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), muitas vezes eram improvisados; saúde: pouco mais da metade referiu saúde pior ou muito pior, comparada há um ano, e a existência de doenças cardiovasculares, respiratórias, endócrinas e arboviroses. A maioria referiu não ter tido covid-19, mas alguns não haviam feito o teste; impactos do desastre-crime do petróleo: impactou a vida, a renda e gerou danos ao ambiente, sendo a mobilização para suporte feita mais por voluntários e/ou organizações da comunidade. Relataram que os equipamentos de pesca ficaram sujos de petróleo e que interromperam a pesca, alguns mais de 30 dias. Não receberam auxílio financeiro do governo e cestas básicas e tiveram que consumir o que pescaram. Na saúde, cerca de 70% encontraram petróleo durante o trabalho e parte desses teve contato com a pele, porém, não buscaram cuidado médico e, em torno de um terço participou da limpeza dos resíduos de petróleo mesmo sem nenhum treinamento. Ocorreu exposição de alguma parte do corpo e apresentaram sintomas como fortes dores de cabeça e nas articulações, insônia e ardência nos olhos. Em torno da metade se enquadrou nos critérios diagnósticos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentos sociais: Colônias e associações das/os pescadores/as, Conselho Pastoral da Pesca (CPP), Articulação Nacional de Pescadoras Artesanais (ANP), Fórum Suape - Instituições de ensino: Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade da Carolina do Norte (UNC), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (RAS): Vigilância em Saúde, Atenção Básica (AB) e equipes de Saúde da Família (eSF) 	<ul style="list-style-type: none"> - Carteiras de Saúde do trabalhador da pesca artesanal entregues para pescadores/as tradicionais; - Curso internacional sobre os Impactos do derramamento de petróleo no Brasil: estratégias intersetoriais de enfrentamento no contexto comunitário; - Ações de saúde realizadas em conjunto com as equipes de saúde.

Quadro 2. Principais resultados da pesquisa-ação por objetivo, interlocução popular-institucional e experiências emancipatórias na luta por saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável

Obj. Principais Resultados	Interlocução popular-institucional	Experiências emancipatórias
<p>2 Revisão: precarização das condições de trabalho envolvendo locais de pesca inóspitos e poluídos, sobrecarga física, posturas inadequadas e ritmos de trabalho extenuantes. Altas prevalências de Distúrbios Musculoesqueléticos, Lesões por Esforços Repetitivos e Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho. Mapeamento: caracterização do derramamento de petróleo e identificação dos impactos socioeconômicos, sobre a saúde e o ambiente que foram publicados no EJAAtlas. Matriz de reprodução social – biocomunal: EPI improvisados ou inadequados na retirada do petróleo; possibilidade de adoecimento físico; casos de TEPT; insegurança alimentar e sindemia de Covid-19; autoconsciência e conduta: organizações e redes de solidariedade afetadas, com transformações e rupturas culturais e simbólicas territoriais; técnico-econômica: impacto no turismo; proibição da pesca, desemprego e insegurança no sustento. Ecológica: conjunto de danos aos ecossistemas dos territórios afetados; política: tímida resposta governamental mitigatória, falta de planos de enfrentamento de tragédias e políticas de apoio à pesca artesanal. Dessa maneira, foi evidenciado o aprofundamento da vulnerabilização do povo das águas, influenciando na determinação social do processo saúde-doença; a insustentabilidade do atual modelo de desenvolvimento e a necessidade de medidas reparadoras em desastres com vazamento de petróleo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentos sociais: Colônias e associações das/os pescadores/as, CPP, ANP, Fórum Suape - Instituições de ensino: UFBA, UNC, UFPE, Instituto de Ciência e Tecnologia Ambiental da Universidade Autônoma de Barcelona (ICTA-UAB) - SMS (RAS): Vigilância em Saúde, AB e eSF 	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição dos conflitos socioambientais no macro contexto nordestino; - Estruturação de pesquisa a partir de abordagens ecossistêmicas em saúde; - Subsidiar a elaboração de projeto-piloto de intervenção na gestão municipal de saúde; - Promover processos formativos sobre as problemáticas da saúde dos povos das águas.
<p>3 Alterações metabólicas: médias de concentração de malondialdeído (MDA) (em μM) por município: Tamararé = 8,7; Cabo de Santo Agostinho = 20,2; Porto de Galinhas = 9,3; Barra de Sirinhaém = 11,6. Esses resultados se mostram muito acima dos valores de referência, de 3,31 μM. Apesar disso, não se pode atribuir esse fenômeno apenas à exposição ao petróleo, pois essa mesma população é exposta a outros condicionantes que podem alterar enzimas como o MDA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentos Sociais: Colônias e associações das/os pescadores/as - Instituições de ensino: UFBA, UFPE, UNC, Universidade Católica de Pernambuco (Unicap) - SMS: Vigilância em saúde, AB 	<ul style="list-style-type: none"> - Devolutiva de exames para ESF e participantes; - Fortalecimento da vigilância laboratorial; - Formação das ESF; - Base para estudos e criação de protocolos de cuidado e monitoramento da saúde dos pescadores/as.
<p>4 Mapeamento Participativo: saúde: sintomas de intoxicação, sofrimento mental, desconhecimento dos impactos e utilização de EPI tardia, na maioria inadequados, para limpeza das praias e inexistência de um plano de acompanhamento aos expostos; ambiente: poluição por toda a região, impacto na venda do pescado e no consumo pela população, inércia do poder público; socioeconômico: negligência do poder público com áreas mais pobres, racismo ambiental, carência da divulgação pela mídia das discussões sobre as vulnerabilizações socioambientais e de saúde, impactos na renda, com severa redução na comercialização e baixa cobertura do auxílio pecuniário estatal. Diagnóstico Rápido Participativo: processos destrutivos no domínio Geral, as injustiças e vulnerabilizações socioambientais como o modelo de desenvolvimento econômico, o Complexo Industrial Portuário de Suape, o desastre-crime de petróleo de 2019, a sindemia de covid-19, dificuldade de acesso às políticas públicas, perda da biodiversidade local e especulação imobiliária da região; no particular, as jornadas desgastantes e sobrecargas de trabalho, uso de equipamentos e ferramentas rudimentares para trabalho e armazenamento, comercialização do produto com baixo custo, gerando necessidade de uma renda complementar, e relações desiguais de gênero, classe e raça; no singular, os adoecimentos físicos, mentais e mortes. O estudo evidenciou problemas centrais, dando visibilidade à realidade das mulheres das águas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentos sociais: Colônias e associações das/os pescadores/as, CPP, ANP, CPP, Fórum Suape, Centro de Assistência e Desenvolvimento Integral (Cadi), Igreja Anglicana de Gaibu, Grupo de mulheres Todas Para o Mar (TPM). 	<ul style="list-style-type: none"> - Construção coletiva de mapas sociais acerca dos impactos; - Valorização do trabalho e modo de vida das mulheres das águas; - Promoção de momentos de cuidado em saúde (atendimentos médicos e práticas integrativas e complementares); - Cartilha 'Saúde das Mulheres das águas'; - Documentário sobre o processo de trabalho das marisqueiras, no litoral sul de PE; - Cinedebates no território, instituições de ensino e festivais.

Quadro 2. Principais resultados da pesquisa-ação por objetivo, interlocução popular-institucional e experiências emancipatórias na luta por saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável

Obj.	Principais Resultados	Interlocução popular-institucional	Experiências emancipatórias
5	<p>Estruturação de processos de reparação comunitária integral das condições de saúde e vida nos territórios: as medidas tomadas foram incipientes desde o ocorrido em 2019, sendo urgentes ações de restabelecimento da dignidade dessas populações. Reabilitação: decretar situação de emergência; adotar medidas urgentes no âmbito da saúde (assistência e monitoramento); investigar e acompanhar as pessoas afetadas pelo derramamento; realizar atendimento especializado e equânime dos pescadores(as); promover cuidado à saúde mental. Restituição: desenvolver pesquisa e monitoramento contínuo para restituição da biodiversidade do território e da territorialidade pesqueira. Indenização: benefício emergencial do derramamento; garantia de benefícios socioassistenciais; incentivo do Estado para geração de renda. Medidas de satisfação: criar e garantir funcionamento do Comitê Permanente de Monitoramento e Ações para enfrentamento dos derramamentos com a participação dos pescadores/as artesanais; visibilidade da mídia. Garantia de não repetição: assegurar o cumprimento das leis ambientais e responsabilizar os culpados pelo derramamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentos sociais: colônias e associações das/os pescadores/as, CPP, ANP, CPP, Fórum Suape, Cadi, Igreja Anglicana de Gaibu, TPM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Círculos de cultura; - Promoção de momento para acolhimento e escuta das participantes; - Matriz de Processos Críticos da determinação social da saúde; - Cuidados com Práticas integrativas e populares em Saúde.
6	<p>Estudos de revisão: críticas ao controle, mitigação ou prevenção dos danos instantâneos e futuros decorrentes dos desastres, que é uma agenda em aberto para os movimentos sociais na luta pela garantia de um ambiente saudável e sustentável. As ações para o enfrentamento dos desastres por petróleo nos diferentes países parecem ter sido incipientes, revelando uma incapacidade governamental diante dessas situações.</p> <p>Entrevistas: fragilidades da gestão em saúde (nível estadual e municipal) nas ações de mitigação do desastre, resultado da falta de preparo dos serviços e dos profissionais de saúde. A falta de instrumentos e a desarticulação entre os entes federados intensificaram as dificuldades, gerando situações desastrosas no território. Há a necessidade de construção de instrumentos que guiem ações mais eficientes e eficazes nessas situações. No município analisado, houve organização antecipada das ações de enfrentamento, mas a ausência da governança no desastre-crime e o enfoque da gestão em saúde na síndrome de covid-19 foram apontadas como dificuldades e vulnerabilidade na atuação. Educação permanente e articulação com pescadores e marisqueiras foram algumas das lições aprendidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentos Sociais: Colônias e associações das/os pescadores/as - Instituições de ensino: UFBA, UFPE, Cepedes/Ensp Fiocruz-RJ - Secretaria Estadual e Secretarias municipais de saúde: Vigilância em saúde, AB e Equipes de saúde - Rede Estadual de Saúde dos Trabalhadores: Centro Estadual e regional de saúde do trabalhador - Ministério da Pesca 	<ul style="list-style-type: none"> - Projeto de Intervenção 'Saúde das Águas': projeto-piloto de programa de saúde para os povos das águas em parceria com uma SMS e movimentos sociais da pesca artesanal; - Plano de educação permanente construído a partir das necessidades em saúde; - Termo de cooperação técnica entre Fiocruz e Ministério da pesca.
7	<p>Elaborou-se linha do tempo interligando a chegada do petróleo nas matérias do jornal, analisando as narrativas considerando os impactos ambientais, socioeconômicos e danos à saúde, tendo o tema saúde baixa visibilidade dos danos, sendo necessário pensar as práticas comunicacionais. Processos formativos e de fortalecimento popular: Curso livre de comunicação comunitária para territórios saudáveis e sustentáveis; curso internacional sobre os impactos do derramamento de petróleo no Brasil: estratégias intersectoriais de enfrentamento no contexto comunitário; curso de Agentes populares de saúde das águas; oficina de resultados parciais com movimento social da pesca artesanal; Oficinas sobre a Política de Saúde do Campo, Floresta e águas com trabalhadores da saúde; oficina de educação permanente sobre saúde dos povos das águas; criação da 'Entre Nós: Rede de Comunicadoras e Comunicadores Populares'; carteiras de saúde do(a) trabalhador(a) da pesca artesanal; diagnóstico rápido participativo/fluxograma do trabalho; 'Seminário Desastre-crime do petróleo no litoral pernambucano e a saúde dos povos das águas'. Materiais acadêmicos e de divulgação científica: registro e publicação dos conflitos no EJAtlas; produção do documentário 'O Mar que habita em mim'; poesia - Mancha sem nome e que não some; concurso de fotografia 'Eu que habito o mar'; cartilha 'Saúde das mulheres das águas'; produção de 4 artigos científicos publicados, 3 capítulos de livros no prelo, 3 monografias de conclusão de curso, 10 dissertações de mestrado e 4 teses de doutorado em saúde pública, 8 artigos submetidos, 1 livro em elaboração com resultados do projeto; parecer técnico 'Análise da inserção da saúde no Estudo de Impactos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Movimentos sociais: Colônias e associações das/os pescadores/as, CPP, ANP, Fórum Suape, Rede de Comunicadores comunitários, Centro de Mulheres do Cabo de Santo Agostinho, Igreja Anglicana de Gaibu, Cadi, TPM - Instituições de ensino (UFBA, UNC, UFPE, ICTA-UAB) - Secretarias Municipais de Saúde (RAS): Vigilância em Saúde, Atenção básica - Cerests regionais e estadual - Instituições de Ensino Nacionais e Internacionais - Ministério da Pesca 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de processos formativos nas comunidades - Publicação dos conflitos na plataforma do EJAtlas; - Criação da rede de comunicadores populares; - realização de cursos organizados de forma colaborativa com os movimentos sociais; - Realização de oficinas e seminário de divulgação dos resultados e de construção de estratégias para melhoria da saúde dos povos das águas; - Produção de materiais de forma colaborativa com diferentes atores sociais.

Quadro 2. Principais resultados da pesquisa-ação por objetivo, interlocução popular-institucional e experiências emancipatórias na luta por saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável

Obj. Principais Resultados	Interlocução popular-institucional	Experiências emancipatórias
Ambientais da ExxonMobil - Perfuração Marítima de Poços de Petróleo na Bacia Sergipe/Alagoas; documento técnico 'Recomendações gerais para o setor saúde na gestão de riscos em contextos envolvendo o derramamento de petróleo cru'; plano de educação permanente em saúde para profissionais e gestores da saúde com foco na População das Águas; 'Carta de Pernambuco' e Plataforma virtual para publicação dos produtos e resultados do projeto no site institucional.		

Fonte: elaboração própria, 2024.

Panorama com principais resultados da pesquisa-ação

O petróleo cru atingiu toda a costa litorânea da região Nordeste, devastando a vida de milhares de trabalhadores(as) da pesca artesanal e ocasionando impactos negativos na fauna e na flora, assim como deflagrando diversos processos de vulnerabilização, com repercussões importantes nas condições de vida e na saúde, no ambiente, na economia e na reprodução social dessa população. Mesmo com o passar dos anos, houve ressurgimento de petróleo em várias localidades^{12,16}. Pescadores(as) relataram danos ambientais devido à impregnação do petróleo na vegetação e na lama de manguezais, nos animais marinhos e nos recifes de coral. Diante da magnitude do evento e das dificuldades experienciadas, acreditavam na iminência de um próximo desastre. Mesmo nos municípios com menor ou nenhum avistamento de petróleo, houve repercussões socioeconômicas e interrupção da pesca^{13,29}.

As comunidades que dependiam socioeconomicamente do ecossistema marinho encontraram dificuldades para se adaptar à realidade imposta pelo desastre, pois possuem menos ferramentas para reagir às mudanças que ocorrem e menores valores de capital físico, financeiro e humano^{30,31}.

Muitos(as) pescadores(as) estiveram mais de 30 dias afastados do trabalho, encontrando dificuldade no recebimento do auxílio pecuniário e de cestas básicas, o que acarretou um

impacto direto na renda dessas comunidades, comprometendo a soberania e a segurança alimentar. O desastre-crime provocou prejuízos a uma estrutura tradicional de organização da economia comunitária em torno da pesca artesanal^{10,12,13,15,29,32}. Durante o desastre-crime, os pescadores foram expostos ao petróleo durante o trabalho na pesca, na sua coleta, na manipulação de instrumentos e animais contaminados, além do consumo dos pescados represados devido à dificuldade de comercializá-los.

Quanto à saúde, muitos(as) pescadores(as) não sabiam sobre os impactos que o petróleo poderia causar, levando à exposição e a intoxicações, uma vez que, inicialmente, não foram utilizados Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ou foram utilizados EPI inadequados, ou de forma inadequada. Entre os(as) que participaram da limpeza dos resíduos de petróleo, a maioria o fez sem treinamento. Houve exposição da mucosa ocular, inalatória e contato dérmico com o óleo, gerando irritação, vermelhidão, ardência nos olhos, insônia, dores de cabeça e nas articulações e ocorrência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), assim como mencionam outros estudos^{10,18}.

Ao analisar a ação estatal voltada ao manejo dos danos relacionados com o desastre, ficou evidente a inação ou inércia do poder público, negligenciando os impactos na vida dos(as) pescadores(as). A ação governamental concentrou-se estritamente em reparação financeira,

insuficiente por limitar o benefício aos que possuíam o Registro Geral da Pesca (RGP), cuja emissão estava interrompida havia anos, e por historicamente excluir mulheres. Também, limitou-se à presença do petróleo para a elegibilidade dos municípios. As ações de suporte comunitário se deram, majoritariamente, por voluntários e organizações das próprias comunidades^{19,33,34}. Houve pouca visibilidade pela mídia, com falha na escuta dos povos e comunidades tradicionais afetadas^{10,30}.

A pesquisa evidenciou a ausência na atuação da maioria dos municípios nas atividades em saúde, com falhas na coordenação do cuidado e vigilância, sinalizando falta de preparo dos(as) profissionais para agir em situações de desastre e emergências em saúde pública³⁵. Além disso, foi possível observar iniciativas esparsas de cuidado, vigilância e atenção à saúde, em sua maioria, assumidas tardiamente por gestores estaduais e municipais, o que também ocorreu em outros países com derramamentos de petróleo⁸. Nesse contexto, apenas um dos municípios construiu um plano de ação antecipado, apesar da ausência do apoio da esfera federal.

A isso, somam-se os processos de vulnerabilização já existentes nos territórios, permeados por questões de gênero, classe e raça³⁶. As condições de trabalho são precárias, com ferramentas e equipamentos de trabalho rudimentares, longas jornadas de trabalho e sobrecarga devido ao baixo valor agregado ao pescado³⁶⁻³⁸. Inúmeros(as) pescadores(as) relataram que a saúde estava pior ou muito pior, quando comparada ao ano anterior, apresentando doenças cardiovasculares, respiratórias, endócrinas e arboviroses.

Subsumindo a esses processos, em 2020, foram revitimizados diante da ação governamental tardia e desarticulada, acrescentada à emergência global em saúde pública decorrente da síndrome de covid-19. Durante o período de isolamento social, houve inclusive, proibição estatal na utilização dos locais de captura de animais marinhos como medida preventiva à contaminação pelo vírus, prolongando as

perdas e os danos econômicos^{19,20}. Vê-se um cenário com diferentes problemas de saúde, que se somam, ampliando a carga de doenças e sendo potencializados pelas vulnerabilidades socioambientais, agravando os problemas no território e configurando uma síndrome^{20,39,40}.

Observou-se a fragilidade do vínculo e do pertencimento às unidades básicas de saúde, resultando na baixa procura pelos serviços de saúde durante e após o desastre-crime do petróleo, sobretudo, pela distância entre os(as) profissionais e a realidade social da população⁴¹, o que repercutiu negativamente nas notificações dos casos de intoxicação e no entendimento dos problemas associados ao desastre-crime.

Interlocução popular-institucional e experiências emancipatórias na luta por saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável: potencialidades para os TSS

Foram desenvolvidas atividades em um contexto de problemáticas sociais, sanitárias e ambientais, implicando a construção de um planejamento de trabalho de campo que considera a sobreposição das vulnerabilizações e injustiças socioambientais associadas ao derramamento de petróleo e à síndrome de covid-19. Nessas circunstâncias, as construções coletivas e as trocas de saberes entre a equipe de trabalho e os agentes interinstitucionais tornaram-se fundamentais para compreensão da realidade social e da busca coletiva de alternativas emancipatórias voltadas à reparação comunitária.

Durante o desenvolvimento do projeto, foram pensados diversos espaços de compartilhamento de saberes sobre o território afetado, valorizando a participação dos movimentos sociais da pesca, organizações não governamentais, instituições de ensino e pesquisa e do SUS, gestão e profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente da Atenção Primária à Saúde (APS) e da vigilância em saúde, haja vista a importância de atuação

nos territórios. As articulações populares-institucionais geradas são compreendidas como importantes no fortalecimento e na ampliação das lutas para construção de TSS e fortalecimento do SUS.

Essas interlocuções demarcam a importância da troca e da valorização dos saberes dos envolvidos, dando voz e visibilidade aos(as) pescadores(as) artesanais, possibilitando ampliar debates relacionados com as interseccionalidades de gênero, classe e raça. Essa atuação corresponde a uma perspectiva de pesquisas participativas que buscam gerar mudanças nos territórios, característica essencial da pesquisa-ação²².

A produção e a utilização de linguagens audiovisuais no âmbito do projeto – tais como a cartilha ‘Saúde das mulheres das águas’, o documentário ‘O mar que habita em mim’, as atividades do curso ‘Livre de comunicação comunitária para territórios saudáveis e sustentáveis’ e de plataformas virtuais, como o ‘Atlas de Justiça Ambiental’ (EJAtlas) – ampliaram a discussão, de forma acessível, a diferentes públicos. Isso possibilitou a renovação das metodologias de produção de conhecimentos voltadas à transformação social, mediante articulações e diálogos interdisciplinares e interculturais, em uma lógica de resistência à opressão do capitalismo, do colonialismo e do patriarcado⁴².

Estratégias participativas, como a criação e a implementação da ‘carteira de saúde do(a) trabalhador(a) da pesca artesanal’, construída com os movimentos sociais e com os(as) pescadores(as) artesanais, possibilitaram o reforço da necessidade do cuidado, um maior conhecimento sobre a própria condição de saúde e as trocas com as equipes de saúde do território. Outras estratégias construídas em algumas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), envolvendo a RAS, gestores(as) e trabalhadores(as) do SUS, foram as ações de cuidado e educação em saúde e o ‘projeto de intervenção saúde das águas’ que possibilitou diálogos e ofertas de cuidado, além de fortalecimento da atuação da gestão com

a criação do plano de educação permanente construído a partir das necessidades em saúde dos(as) pescadores(as) e formação comunitária. Essas práticas são de grande importância para que os(as) profissionais dos serviços de saúde estejam cientes das necessidades dos territórios das comunidades da pesca artesanal⁴¹, assim como para reforçar a importância da responsabilidade, principalmente da APS, enquanto ordenadora do cuidado.

A presença de um grupo de pesquisa interdisciplinar possibilitou o desenvolvimento de práticas de cuidado diferenciadas, como o uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics), marcando a importância de as pesquisas atuarem com essa abordagem. É preciso que as práticas acadêmicas na saúde e gestão do SUS contribuam para a compreensão das particularidades das comunidades, entendendo os efeitos sobre o ambiente e as condições de reprodução da vida de povos e grupos tradicionais. Assim, é possível enfrentar os problemas associados ao capitalismo, ao colonialismo racista e ao heteropatriarcado, que afetam principalmente o Sul Global⁴³.

As articulações também possibilitaram a ampliação do conhecimento e a troca com outras instituições de pesquisa e ensino, sendo potencializadas pela participação dos movimentos sociais e equipes de saúde, com vivência e reflexão a partir dos territórios e da realidade dessas comunidades tradicionais. Nesse sentido, o ‘curso internacional sobre os Impactos do derramamento de petróleo no Brasil: estratégias intersetoriais de enfrentamento no contexto comunitário’, as atividades de educação permanente com equipes de Saúde da Família (eSF) de alguns municípios participantes da pesquisa, o cine debate do documentário, as oficinas para organização metodológica e apresentação dos resultados, o ‘Seminário Desastre-crime do petróleo no litoral pernambucano e a saúde dos povos das águas’, a produção de diagnósticos e pareceres técnicos sobre a saúde coletiva sob demanda dos movimentos sociais, a participação de representações dos movimentos e gestão de

saúde em bancas de defesa dos trabalhos acadêmicos vinculados ao projeto, unidos ao uso de metodologias diferenciadas, mostram-se como estratégias importantes, possibilitando uma atuação a partir da realidade⁴⁴.

A perspectiva da vigilância popular da saúde materializou-se a partir do estímulo à participação dos(as) pescadores(as), buscando fortalecer a organização popular e a incidência dos sujeitos para superação das vulnerabilidades socioambientais e de saúde²⁰. Outras práticas emancipatórias foram desenvolvidas, como os cursos livres de agentes populares de saúde das águas e de comunicação comunitária para TSS, a criação da 'Entre nós: rede de comunicadoras e comunicadores populares', a contribuição para realização da Conferência livre de saúde dos povos das águas e a produção da 'Carta de Pernambuco', resultado de construção coletiva e que compartilha um conjunto de recomendações para serem implementadas nas agendas governamentais, a partir dos processos de vulnerabilização ocorridos nos territórios da pesca artesanal em Pernambuco, para promoção, proteção e cuidado da saúde e da vida dessas pessoas, bem como para prevenção de futuros eventos associados.

Desafios para o alcance dos TSS nas comunidades da pesca artesanal

As perdas materiais e simbólicas decorrentes dos processos de vulnerabilização, intensificados pelo desastre-crime do petróleo e pela sindemia de covid-19, trazem a necessidade de investimentos e organização dos diferentes setores governamentais em ações efetivas de reparação^{33,39,40}. É necessário ações coordenadas entre o Estado e as comunidades afetadas a fim de fortalecer a soberania e a conservação dos territórios, garantindo a sustentabilidade para os indivíduos e o ambiente, em prol de um território inclusivo, seguro, saudável e sustentável^{21,45}. A realização e o fortalecimento de estratégias de reparação que incidam nas dimensões da indenização, reabilitação aos danos, medidas de satisfação e promoção das

garantias de não repetição das violações são imprescindíveis nesses contextos de iniquidades e vulnerabilizações socioambientais^{33,34,46}.

A gestão de riscos envolvendo o desastre-crime do petróleo se estrutura de forma insuficiente no contexto brasileiro, existindo déficits no investimento em avaliações de risco e de capacidade, vigilância territorial, planejamento de ações prévias e imediatas, preparação das diferentes equipes de emergência para resposta e dos serviços de saúde e representação do setor de saúde na gestão de risco em desastres^{8,34,35,47}.

Há a necessidade de um sistema de saúde apto a atuar nesses territórios, com uma visão próxima à realidade dessas comunidades, entendendo os modos de reprodução social e de determinação social da saúde e seus processos de vulnerabilização. Garantir o direito à saúde dessas populações representa um desafio para a saúde coletiva, principalmente quando se pensa na vigilância em saúde do(a) trabalhador(a)³⁶. Por isso, ressalta-se a importância da implementação de processos formativos como a educação permanente em saúde, em que se considera a realidade do território em que os(as) profissionais atuam, no sentido de interferir na mudança dos processos de trabalho, ampliar a compreensão em saúde, possibilitando superar os desafios da qualidade na assistência em saúde prestada, qualificando os(as) profissionais para o agir a partir do contexto em que estão inseridos⁴⁴.

As práticas na saúde devem estimular a participação social e considerar a voz dos envolvidos no complexo saúde-doença-cuidado, incorporando o saber popular no processo de aproximação dos saberes técnicos da academia e das demandas do Estado com as necessidades populares de forma contextualizada e participativa. Nesse contexto, elas precisam envolver os atores e autores nos seus processos decisivos de manutenção da vida e enfrentamento das vicissitudes que advêm das injustiças ambientais, sociais e em saúde que, subsidiada pelo capital, avança sob os territórios da pesca artesanal.

Ademais, sua maior incidência encontra-se no nível societal, retroagindo nas demais dimensões da vida e sobredeterminando ações políticas e de saúde que refletem e implicam potência de transformação nas comunidades. A conferência livre da saúde dos povos das águas foi um exemplo de articulações e de reforço das lutas, envolvendo os entes governamentais federal, estadual e municipal, com a participação dos movimentos sociais e indivíduos, nas instituições de ensino, pesquisa e outros órgãos não governamentais⁴⁸.

É fundamental que os(as) pescadores(as) artesanais tenham uma maior participação nas organizações da classe e movimentos sociais e que eles(as) fortaleçam o diálogo entre os movimentos sociais e a luta em prol de territórios mais saudáveis e sustentáveis, reforçando a garantia dos direitos instituídos na Política Nacional de Saúde Integral do Campo, Floresta e das Águas (PNSICFA)⁴⁹ e possibilitando a proteção dos territórios da pesca artesanal³⁶.

Devem-se estruturar outros diagnósticos para promoção de ações de cuidado e promoção da saúde das comunidades da pesca artesanal, associando as práticas de comunicação de maior visibilidade, principalmente, em situações de desastres e emergências em saúde pública. A mídia deve ter em conta as vozes dos sujeitos do território, confrontando o modelo que considera predominantemente as vozes institucionais e que se caracteriza por uma prática de comunicação limitada à transferência de informações, relegando os saberes e as competências da população⁵⁰.

Ao compreender a comunicação como um instrumento de denúncia diante das iniquidades e das constantes violações de direitos vividas pelas comunidades da pesca artesanal, a pesquisa revelou a necessidade do desenvolvimento de estratégias, com o uso de perspectivas teórico-metodológicas emancipatórias, como a educação popular, a pedagogia da alternância⁵¹, e da comunicação popular e comunitária⁵², promovendo as diversas vozes e possibilitando que a história do desastre-crime seja contada pelas pessoas

que primeiro testemunharam a chegada do óleo, e que igualmente se lançaram no mar para a limpeza e proteção desse ecossistema: os(a) pescadores(as) artesanais, como visualizados(as) nas fotos do concurso de fotografia 'eu que habito o mar', realizado para visibilizar o olhar dos(as) pescadores(as) sobre o desastre-crime.

Pretende-se ampliar o diálogo e o acesso a todos os públicos e dar mais visibilidade a essas comunidades, criando uma plataforma virtual para atuar como um repositório de informações sobre os estudos realizados nos territórios pesqueiros e seus respectivos desdobramentos. Todas essas estratégias utilizadas podem inspirar práticas inovadoras de copresença, cocriação e coprodução, que buscam renovar metodologias de produção de conhecimento voltadas à transformação social, proporcionando novas formas de circulação das informações⁴².

Considerações finais

As atividades desenvolvidas possibilitaram desenvolver vínculo com o território, conhecendo os sujeitos e promovendo movimentos de cuidado em saúde com enfoque na qualidade de vida e no empoderamento da comunidade, no intuito de favorecer o desenvolvimento sustentável entre trabalhadores(as) da pesca artesanal. Apesar dos desafios para sua execução, demonstrou-se a importância de estabelecer articulações populares-institucionais, seja com movimentos sociais, órgãos não governamentais, SUS e instituições de ensino e pesquisa.

O desastre-crime do petróleo causou sofrimento, impunidade e medo da repetição da ocorrência entre os principais afetados. Esse medo reforça o desejo de fortalecimento da organização social dos povos das águas em busca de justiça e para a implementação das políticas públicas direcionadas a essas comunidades, aliando o conhecimento acadêmico à sabedoria dos povos das águas na busca por verdade, justiça e reparação. É crucial o fortalecimento

da PNSICFA, e que ela seja instituída enquanto prioridade de gestão, considerando a importância das comunidades tradicionais para a soberania alimentar do País e em respeito aos seus modos de vida.

Outrossim, é preciso desenvolver mais estudos que visibilizem as injustiças e o racismo socioambiental, para dialogar sobre o modelo de desenvolvimento e o extrativismo/neoextrativismo, utilizando metodologias participativas, em busca da promoção de TSS.

Para tanto, é necessário que ações sejam desenvolvidas no âmbito do fortalecimento-aprofundamento e qualificação da incidência política dessas comunidades, com formação de novas lideranças, particularmente jovens.

Também são necessárias a promoção, a valorização e a qualificação de gestores e profissionais do setor saúde, com ênfase para o fortalecimento da APS e da vigilância em saúde, respeitando a participação social no SUS. Para haver uma participação, é imprescindível uma comunicação popular, comunitária e equânime que traga em seu bojo todos os sotaques, cores e histórias expressos na diversidade do Brasil.

Agradecimentos

A André Monteiro Costa; Glaciene Mary da Silva Gonçalves; Mariana Maciel Nepomuceno;

Rosely Fabrícia de Melo Arantes; Ana Marília Correia Cavalcanti; Augusto Fernando Santos de Lima; Bianca Cardoso Peixinho; Jefferson Phellippe Wanderley Florencio; Maria José Cremilda Ferreira Alves; Mariana Gurbindo Flores; Priscylla Alves Nascimento de Freitas; Ruth Carolina Leão Costa; Romário Correia dos Santos; Secretarias Estadual e Municipais de Saúde de Pernambuco; Fórum Suape espaço socioambiental; Centro das Mulheres do Cabo; Conselho Pastoral da Pesca; Articulação de Mulheres Pescadoras; e todas as Colônias e Associações de pescadores e pescadoras artesanais do litoral de Pernambucano, por todos os processos colaborativos compartilhados durante a pesquisa e, sobretudo, pelos vínculos afetivos cultivados nesses anos de trabalho intenso.

Colaboradores

Santos MOS (0000-0002-2129-2335)*, Medeiros ACLV (0000-0001-7093-9556)*, Silva ES (0000-0003-4367-9263)*, Machado RM (0000-0002-0365-9834)*, Gonçalves JE (0000-0003-1311-7550)*, Gurgel AM (0000-0002-5981-3597)* e Gurgel IGD (0000-0002-2958-683X)* contribuíram igualmente para concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Machado JMH, Martins WJ, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com Ciências Saúde*. 2017;28(2):243-249.
- Brito TCS, Peixinho BC, Pirró JCF, et al. Territórios Saudáveis e Sustentáveis: estratégias de cuidado para a saúde da população negra do campo em Caruaru/Pernambuco. *Saúde debate*. 2022;45(131):1017-1032. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021131061>
- Barbieri JC. Desenvolvimento sustentável: das origens à Agenda 2030. Petrópolis: Vozes; 2020.
- Machado GCXMP, Vitali M, Brandão ACB, et al., organizadores. Territórios sustentáveis e saudáveis: experiências de saúde ambiental territorializadas. 2. ed. Brasília, DF: Funasa; 2021.
- Veiga JE. A furtiva saga dos ODM aos ODS. In: Frey K, Torres PHC, Jacobi PR, et al., organizadores. *Objetivos do desenvolvimento sustentável: desafios para o planejamento e a governança ambiental na Macrometrópole Paulista*. Santo André: EdUFABC; 2020. p. 20-31.
- Schutz GE, Tambellini AMT, Asmus CIRF, et al. A agenda da sustentabilidade global e sua pauta oficial: uma análise crítica na perspectiva da Saúde Coletiva. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(6):1407-1418. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600005>
- El-Sayed A, Kamel M. Climatic changes and their role in emergence and re-emergence of diseases. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2020;27(18):22336-22352. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11356-020-08896-w>
- Santos RC, Gurgel AM, Silva LIM, et al. Desastres com petróleo e ações governamentais ante os impactos socioambientais e na saúde: scoping review. *Saúde debate*. 2022;46(8):201-220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E815>
- Rede Brasileira de Injustiça Ambiental. Crise conjuntural e expropriação permanente: petróleo e injustiças ambientais no Brasil. In: Santos MOS, Gurgel AM, Gurgel IGD, organizadoras. *Conflitos e injustiças na instalação de refinarias: os caminhos sinuosos de Suape, Pernambuco*. Recife: Editora UFPE; 2019. p. 105-117.
- Santos MOS, Nepomuceno M, Erivaldo J, et al. Oil Spill in Brazil—Analysis of Vulnerabilities and Socio-Environmental Conflicts. *BioChem*. 2022;2(4):260-268. DOI: <https://doi.org/10.3390/biochem2040018>
- Ramalho C, Norberto W. A situação do comércio de pescados em algumas localidades pernambucanas: reflexões preliminares após os vazamentos do petróleo. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2019.
- Pena PGL, Northcross AL, Lima MAG, et al. Derramamento de óleo bruto na costa brasileira em 2019: emergência em saúde pública em questão. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(2):e00231019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00231019>
- Araújo ME, Ramalho CWN, Melo PW. Pescadores artesanais, consumidores e meio ambiente: Consequências imediatas do vazamento de petróleo no Estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00230319. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00230319>
- Conselho Pastoral da Pesca. Manifesto Campanha Mar de Luta: Justiça Social aos Povos das Águas [Internet]. Olinda: CPP; 2020 [acesso em 2023 maio 24]. Disponível em: <http://www.cppnacional.org.br/publicacao/manifesto-campanha-mar-de-luta-justi%C3%A7a-social-aos-povos-das-%C3%A1guas>
- Soares MO, Teixeira CEP, Bezerra LEA, et al. The most extensive oil spill registered in tropical oceans (Brazil): The balance sheet of a disaster. *Environ Sci Pollut Res*. 2020;29(1):19869-19877. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11356-022-18710-4>
- Santos MOS, Santos CPS, Alves MJCF, et al. Oil in Northeast Brazil: mapping conflicts and impacts of

- the largest disaster on the country's coast. *An Acad Bras Cienc.* 2022;94(2):e20220014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0001-376520220220014>
17. Maldonado A. *Un indicador para el Sumak Kawsay. México: Clínica Ambiental; 2013.*
 18. Euzebio CS, Rangel GS, Marques RC. Derramamento de petróleo e seus impactos no ambiente e na saúde humana. *RBCIAMB.* 2019;52(1):79-98. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z2176-947820190472>
 19. Grupo observatório dos impactos do coronavírus nas comunidades pesqueiras. *Reivindicações da pesca artesanal do Brasil frente à pandemia do coronavírus [Internet]. [local desconhecido]: Grupo Observatório dos Impactos do Coronavírus nas Comunidades Pesqueiras; 2020 [acesso em 2023 jun 12]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1jNPUd2rJRYTw5UJCcbKy92o7dzRYjNCJ/view>*
 20. Trindade AAM, Pena PGL, Lima MAG, et al. Vigilância popular da saúde nas comunidades pesqueiras tradicionais e ecologia dos saberes no enfrentamento à COVID-19. *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(12):6017-6026.
 21. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Sal Pub.* 2013;31(1):13-27.
 22. Rigotto RM, Leão FAF, Melo RD. A pedagogia do território: desobediências epistêmicas e insurgências acadêmicas na práxis do núcleo tramas. In: Rigotto RM, Aguiar ACP, Ribeiro LAD. *Tramas para a justiça ambiental: diálogo de saberes e práxis emancipatórias.* Fortaleza: Edições UFC; 2018. p. 59-89.
 23. Carneiro FF, Pessoa VM. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. *Trab Educ Saúde.* 2020;18(3):e00298130. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00298>
 24. Webb JC, Mergler D, Parkes MW, et al. Tools for thoughtful action: the role of ecosystem approaches to health in enhancing public health. *Can J Public Health.* 2010;101(6):439-441. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03403959>
 25. Augusto LGS, Mertens F. Abordagens ecossistêmicas em saúde, ambiente e sustentabilidade: avanços e perspectivas. *SiD.* 2018;9(1):16-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.18472/SustDeb.v9n1.2018.29743>
 26. Samaja J. *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina.* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
 27. Minayo MCS, Sanches O. Quantitative and qualitative methods: opposition or complementarity? *Cad Saúde Pública.* 1993;9(3):239-262. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>
 28. Secretaria de Meio Ambiente e Sustentabilidade e de Fernando de Noronha (PE). *Cadastro de Pescadores e Pescadoras Artesanais de Pernambuco.* Recife: SEMAS; 2020.
 29. Ramalho CWN. A situação do comércio de pescados em algumas localidades pernambucanas: reflexões preliminares após os vazamentos do petróleo [Internet]. Recife: Núcleo de Estudos Humanidades, Mares e Rios, Universidade Federal de Pernambuco; 2019 [acesso em 2023 jun 13]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337006000_a_situacao_do_comercio_de_pescados_em_alguas_localidades_pernambucanas_reflexoes_preliminares_apos_os_vazamentos_do_petroleo
 30. Silva LIM, Antunes MBC, Albuquerque MSV, et al. O derramamento de petróleo no litoral pernambucano a partir das narrativas do *Jornal do Commercio.* *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* 2022;16(4):913-25. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v16i4.3279>
 31. Mesquita B, Quinamo T. Impactos socioeconômicos e ambientais da contaminação por petróleo nas praias do litoral da região nordeste do Brasil: Justiça azul e pesca artesanal no centro do debate do derramamento de petróleo no Brasil. Recife: Fundação Joaquim Nabuco; 2020.

32. Ramalho CWN. Os possíveis impactos dos vazamentos de óleo nas comunidades pesqueiras artesanais em Pernambuco: um breve e provisório balanço. Recife: Núcleo de Estudos Humanidades, Mares e Rios, Universidade Federal de Pernambuco; 2019.
33. Peixinho BC. Reparação comunitária integral das comunidades pesqueiras artesanais no enfrentamento ao derramamento de petróleo no litoral de Pernambuco [dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães; 2023.
34. Florêncio JPW. Transtorno de estresse pós-traumático entre os pescadores artesanais do litoral de Pernambuco, pós-derramamento de petróleo de 2019 [dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2023.
35. Peres MCM, Freitas CM. Relatório Técnico. O desastre tecnológico envolvendo derramamento de petróleo no Brasil – Diagnóstico preliminar sobre lições aprendidas e perspectivas futuras para o setor saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde; 2021 [acesso em 2023 jun 13]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56099>
36. Pena PGL, Gomez CM. Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do trabalhador. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(12):4689-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.13162014>
37. Pena PGL, Freitas MCS. Condições de trabalho da pesca artesanal de mariscos e riscos para LER/DORT em uma comunidade pesqueira da Ilha de Maré, BA. In: Pena PGL, Martins VLA, organizadores. Sofrimento negligenciado doenças do trabalho em marisqueiras e pescadores artesanais. Salvador: EDUFBA; 2014. p. 53-92.
38. Flores MG. Vulnerabilidade socioambiental e saúde da mulher em comunidades de pesca artesanal do Cabo de Santo Agostinho e Ipojuca, Pernambuco [dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães; 2022.
39. Bispo JJP, Santos DB. COVID-19 como síndrome: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(10):e00119021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119021>
40. Santos MOS, Peixinho BC, Cavalcanti AMC, et al. Estratégias de comunicação adotadas pela gestão do Sistema Único de Saúde durante a pandemia de Covid-19 – Brasil. *Interface Comun Saúde Educ*. 2021;25(supl1):e200785. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200785>
41. Lopes IBS, Bezerra MGV, Silva LRC, et al. Saúde das trabalhadoras da pesca artesanal: cenários desconhecidos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Bas Saúde Ocup*. 2021;46:e5. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000028719>
42. Fasanello MT, Porto MF. Luz, câmera, cocriação: o cinema documentário como inspiração para descolonizar a produção de conhecimentos. *Saúde debate*. 2022;46(esp6):70-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E607>
43. Netto GF, Silva MA, Gurgel AM. Saúde, ecologias e emancipação: conhecimentos alternativos em tempos de crise(s). *Saúde debate*. 2022;46(esp2):558-560. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E238>
44. Fenner ALD, Knierim GS, Silveira M, et al. Formação-ação: Uma contribuição para promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis (TSS). In: Machado GCXMP, Vitali M, Brandão ACB, et al, organizadores. Territórios Sustentáveis e Saudáveis: Experiências de Saúde Ambiental Territorializadas. Brasília, DF: Funasa; 2021. p. 136-173.
45. Maldonado CA. Una propuesta de reparación socio-ecosistémica a los impactos del metabolismo de la actividad petrolera para la Amazonía ecuatoriana [tese]. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2018.
46. Beristain CM. Diálogos sobre la reparación. Que reparar en los casos de violaciones de derechos humanos. Quito: V & M gráficas; 2009.

47. Freitas CM, Mazoto ML, Rocha V. Guia de preparação e respostas do setor saúde aos desastres [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2018 [acesso em 2023 jun 13]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40925>
48. Gonçalves GMS, Santos MOS, Gurgel AM, et al. Experiências pedagógicas para a construção da interdisciplinaridade em saúde coletiva. *Saúde debate*. 2022;46(135):1238-1248. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213520>
49. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
50. Araújo I, Cardoso J. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
51. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
52. Peruzzo CMK. Direito à comunicação comunitária, participação popular e cidadania. *Lumina*. 2007;1(1). DOI: <https://doi.org/10.34019/1981-4070.2007.v1.20989>
-

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 17/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa Pesquisa para o SUS: Gestão

Compartilhada em Saúde - PPSUS - PE 06/2020 - Número do

processo: APQ-0188-4.06/20. Programa Fiocruz de fomento à

Inovação - Inova Fiocruz - Encomendas Estratégicas Territórios

Sustentáveis e Saudáveis no contexto da pandemia Covid-19

- Número de processo: VPPIS-003-FIO-20-2-20. Programa

projetos e ações estratégicas territorializadas visando à

implementação da agenda 2030 - Número de processo: Pres 021

Fio 22 Meta 1]

Editores responsáveis: Guilherme Franco Netto e Francco Antonio Neri de Souza e Lima

Impactos socioambientais e psicossociais causados por derramamento de petróleo em Pescadores e Pescadoras Artesanais

Socio-environmental and psychosocial impacts caused by oil spills on Artisanal Fisherwomen and Fishermen

Luiz Rons Caúla Silva¹, Vanira Matos Pessoa², Antônio Jeovah de Andrade Meireles¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18513P

RESUMO Em agosto de 2019, 11 estados brasileiros foram atingidos por um extenso derramamento de petróleo. Nesse contexto, quais os principais impactos socioambientais e psicossociais causados pelo derramamento de petróleo na vida de famílias e indivíduos que vivem da pesca artesanal? Trata-se de uma pesquisa com métodos mistos que utilizou como técnicas: grupo focal e aplicação de formulários desenvolvidos de forma participativa com comunidades da foz do rio Jaguaribe, Ceará, e efetuados entre julho e agosto de 2020. Sua aplicação foi selecionada a partir de uma amostragem não probabilística do tipo intencional por julgamento, cujos dados foram processados com o suporte do software IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Os resultados indicam impactos ambientais, como: presença de óleo no rio e em animais; exposição humana direta ao petróleo; sintomas na saúde após exposição; efeitos psicológicos; consumo de recursos alimentares como peixes e crustáceos; e redução da renda dos Pescadores e Pescadoras Artesanais. Assim, compreende-se que a vida, o ambiente, a saúde e o trabalho dessas populações foram agravados, principalmente aqueles de ordens socioeconômicas, de segurança alimentar e hídrica e de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Poluição por óleo. Saúde ambiental. Saúde mental. Saúde do trabalhador. Zona costeira.

ABSTRACT In August 2019, eleven Brazilian states were hit by an extensive oil spill. In this context: what are the main socio-environmental and psychosocial impacts caused by the oil spill on the lives of families and individuals who make their living from artisanal fishing? This is a research with mixed methods that used the following techniques: focus group and application of forms developed in a participatory manner with communities at the mouth of the Jaguaribe River, Ceará, and applied between July and August 2020. Its application was selected from a non-probabilistic sampling of the intentional type by judgment and was processed with the support of the IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software. The results indicate environmental impacts, such as: finding oil in the river and in animals; direct human exposure to oil; health symptoms after exposure; psychological effects; consumption of food resources such as fish and shellfish; and reduction in the income of Artisanal Fishermen and Fisherwomen. That way, it is understood that the lives, environment, health, and work of these populations were aggravated, especially those of socioeconomic, food and water security, and health orders.

KEYWORDS Oil pollution. Environmental health. Mental health. Occupational health. Coastal zone.

¹Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.
luizronscs@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz no Ceará (Fiocruz Ceará) – Eusébio (CE), Brasil.



Introdução

Em 1930, o Brasil passou a investir na cadeia petroquímica desde a extração e o refino de petróleo até a fabricação de produtos e derivados, ocupando, em 2017, o sétimo maior mercado de derivados de petróleo do mundo com 18 refinarias atualmente instaladas nas regiões Sudeste (56%), Nordeste (23%) e Sul (19%)^{1,2}. Contudo, a intensa exploração desse combustível fóssil já causou diversos crimes e desastres ao redor do mundo, principalmente, por vazamentos e derramamentos de óleo bruto que resultam na degradação do meio ambiente, em situações de conflitos e de injustiças ambientais³. Desastres anteriores, como o que ocorreu no Golfo do México, em 2010, provocaram impactos significativos de ordem negativa para a sociedade e para natureza, como danos para a saúde humana, para as atividades produtivas e a contaminação de diversos outros seres vivos, ecossistemas e recursos ambientais, tais como o ar, a água e o solo⁴.

Nesse contexto, é fundamental que a indústria de petróleo busque minimizar os impactos de suas atividades e prevenir acidentes, observando o princípio da precaução por meio de uma dimensão interdisciplinar que compreenda o ambiente, a saúde, o trabalho, a segurança e os direitos humanos e que integre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Assim, compreende-se que desastres socioambientais envolvendo derrames de óleo necessitam ser investigados e caracterizados, particularmente, para traçar estratégias de prevenção, monitoramento e mitigação.

Em agosto de 2019, o litoral brasileiro foi atingido por um derramamento de petróleo que afetou 1.009 localidades⁵. Quando esses eventos ocorrem em ecossistemas aquáticos, como mares e rios, diversas atividades, por exemplo, turismo, hotelaria, navegação e pesca, podem ser diretamente atingidas, bem como ambientes costeiros, como os ecossistemas manguezais, fundamentais na oferta de bens e serviços ecossistêmicos; além

de comunidades tradicionais – tais como Pescadores e Pescadoras Artesanais (PPA) e marisqueiras – que absorvem com maior grau os danos dos impactos. Nesse último caso, a violação dos direitos humanos dessas populações é recorrente, o que contribui para suas diferentes consequências na saúde e no trabalho, sendo preciso combater a política de ocultamento dos impactos do modelo de desenvolvimento para reduzir a vulnerabilidade dessas populações atingidas⁶.

Segundo Magris e Giarrizzo⁷, cerca de 500 mil PPA podem ter sido seriamente afetados com esse derramamento de petróleo. É na região Nordeste onde prevalece a pesca no país e a atividade atinge em média 4,5% da população total dos municípios⁸. No Ceará, em 2014, havia 38 mil pescadores registrados, distribuídos em 26 municípios⁹. De acordo com o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis (Ibama), foram recolhidas cerca de 40 toneladas de petróleo nas praias cearenses⁵.

Ao pensar nisso, entende-se que o desastre ambiental que ocorreu no litoral brasileiro em 2019 afetou a vida, a saúde, o ambiente e o trabalho de PPA que residem na zona costeira. Nesse contexto, indagou-se: ‘Quais os principais impactos socioambientais e psicossociais causados pelo derramamento de petróleo na vida de famílias e indivíduos que vivem da pesca artesanal na Foz do Rio Jaguaribe, Ceará?’. Esta pesquisa analisou os efeitos do derramamento de petróleo na vida, na saúde, no ambiente e no trabalho dessa população.

Metodologia

Tipo de pesquisa e aspectos éticos

O método utilizado nesta pesquisa foi o estudo misto. Conforme Johnson et al.¹⁰⁽¹¹⁾, “os métodos mistos devem incluir perspectivas quantitativas e qualitativas no exame da mesma questão de pesquisa”. Assim, um

estudo qualitativo pode gerar questões para serem aprofundadas quantitativamente e vice-versa¹¹. Além disso, trata-se de uma pesquisa descritiva com recorte temporal transversal. De acordo com Mattos¹², o objetivo da pesquisa descritiva é obter mais conhecimento do fenômeno estudado por meio da interpretação do ambiente e dos sujeitos de estudo.

Vale salientar que esta pesquisa é resultado de uma dissertação de mestrado, sem conflito de interesses, e que foi desenvolvida dentro dos parâmetros contidos na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, trata-se de um estudo que compõe o projeto de Pesquisa ‘Produção de indicadores para a avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte’, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

da Escola de Saúde Pública do Ceará, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 07802419.2.0000.5037 e parecer consubstanciado nº 3.372.478.

Área e participantes da pesquisa

Á área de estudo está localizada na sub-bacia hidrográfica do Baixo Jaguaribe, litoral leste do estado do Ceará, nordeste brasileiro (*figura 1*). O Rio Jaguaribe é um dos principais mananciais hídricos em solo cearense com cerca de 630 km de extensão. Seu estuário se encontra entre os municípios de Fortim e Aracati. Trata-se de um sistema fluviomarinho que foi atingido pelas manchas de petróleo em seu baixo curso, inclusive medidas de controle da poluição foram instaladas como as barreiras de contenções na foz desse rio¹³.

Figura 1. Área de estudo: estuário do Rio Jaguaribe, 2021



Fonte: elaboração própria (dados da pesquisa). Imagem Google Earth (2021).

Nesse contexto, participaram desta pesquisa PPA de comunidades pesqueiras da zona rural que residem e trabalham na Foz do Rio Jaguaribe. Além de ser uma área atingida pelas manchas de petróleo, essa escolha também ocorreu em consideração à demanda dos movimentos e entidades populares dessa região, como a Articulação Nacional das Pescadoras (ANP) e o Conselho Pastoral dos Pescadores (CPP), para a realização de estudos de saúde e ambiente da população do campo e das águas, além de aprofundar a pesquisa sobre as consequências do desastre ambiental na vida dos PPA.

Eixo qualitativo: coleta, amostra, análise dos dados e aspectos éticos

A etapa qualitativa foi responsável por aprofundar o tema do estudo no contexto de atuação dos trabalhadores e trabalhadoras da pesca artesanal. Buscou-se compreender a produção subjetiva desses atores acerca das consequências do desastre. A produção dos dados qualitativos envolveu um trabalho de campo por meio do desenvolvimento do Grupo Focal (GF) como técnica de coleta, na qual o pesquisador desempenhou a função de mediador na condução do diálogo.

Adotou-se um roteiro com as seguintes questões: quais as consequências do derramamento de petróleo para vida de vocês? A venda do pescado diminuiu em decorrência do derramamento de petróleo? Vocês viram petróleo ou algum outro sinal de contaminação nas praias? E em animais? Suas comunidades foram atingidas? As secretarias municipais e o poder público estão conversado com vocês? E o que eles têm feito para controlar e melhorar a situação? Vocês acham que a exposição ao petróleo pode fazer mal a sua saúde? De que formas vocês estão agindo para enfrentar essa emergência?

O GF aconteceu em novembro de 2019, período em que ainda era recorrente o aparecimento de manchas de petróleo nas praias. Participaram do GF 9 marisqueiras; todas

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As informações procedentes do GF foram gravadas e posteriormente transcritas e submetidas ao *software* de análise de dados qualitativos assistidos por computador, o Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ). O conjunto de informações que estão nesse arquivo é chamado de *corpus*, o qual é composto por diversos segmentos de texto, ou seja, trechos do *corpus* dimensionados pelo *software* que possuem, na maior parte das vezes, o tamanho de três linhas¹⁴.

A configuração do *corpus* ocorreu por meio de leitura e revisão de toda transcrição, retextualização e correção de erros de digitação, pontuação e vocabular; uniformização das siglas; e junção de palavras compostas por meio do caractere *underline*, por exemplo, o termo “rio_jaguaribe”¹⁴. A análise interpretativa dos dados do GF foi realizada mediante análise dos discursos das marisqueiras, em que são representados pelos seguimentos de textos que emergiram do *corpus* textual.

Eixo quantitativo: coleta, amostra e análise dos dados

A partir dos resultados obtidos com os dados científicos coletados no GF e com a participação de movimentos e entidades populares, foi elaborado um formulário denominado de ‘Diagnóstico rápido da exposição ao petróleo e a relação com a saúde e o ambiente de pescadores e pescadoras artesanais’, o qual coletou dados primários e identificou os principais impactos e implicações causados pelo desastre ambiental no ambiente, na saúde e no trabalho de PPA. A coleta ocorreu entre junho e agosto de 2020. Além disso, como a intenção da aplicação desse formulário foi trazer uma fotografia dos efeitos proporcionados pelo desastre, optou-se por realizar algumas perguntas especificando os meses de agosto a dezembro de 2019, período em que ocorreram os maiores registros oficiais de petróleo nas praias⁵.

Nesta pesquisa, a amostra da população de PPA foi selecionada a partir de uma amostragem não probabilística do tipo intencional por julgamento, que é aquela cuja população que comporá a amostra depende do julgamento do pesquisador. Ressalta-se que, em função das incertezas causadas pela pandemia da covid-19 e pelo tipo de amostragem escolhida, a aplicação dos formulários foi realizada com o auxílio de lideranças comunitárias pesqueiras. Nesse sentido, comum a escolha de *experts* quando se trata de amostras por julgamento¹⁵.

Por meio da estatística descritiva, foi feita uma discussão, bem como análise dos dados das respostas dos PPA. Foram utilizadas, principalmente, as frequências absolutas (*f*), frequências relativas (%) e suas respectivas percentagens válidas, ou seja, as frequências relativas eliminando os casos omissos (*missing values*) quando estiverem presentes; além de medidas de tendência central e de dispersão das respostas. Para efeitos de análise, ao longo da aplicação dos formulários, certos entrevistados não quiseram responder a algumas questões. Para esses casos, houve a opção 'Não Quis Responder (NQR)' para facilitar a análise dos dados e evitar a exclusão de atores e perguntas da pesquisa. Os dados selecionados foram processados com o suporte do *software* IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) e representados por gráficos e tabelas.

Resultados e discussão

Nesta seção, será apresentada a análise dos resultados, referente a uma amostragem (*n*) de 89 PPA a partir da estatística descritiva, a fim de identificar e compreender os efeitos causados pelo desastre ambiental envolvendo o derramamento de petróleo na vida desses trabalhadores e trabalhadoras e de suas famílias. Além disso, os discursos das marisqueiras que participaram do GF também foram considerados como forma de dialogar com os resultados quantitativos. Neste estudo, a pesca artesanal foi considerada um trabalho comum a todos os entrevistados.

Descrição dos aspectos demográficos dos participantes

Em relação ao estado civil, 45 sujeitos são casados (50,56%), 27 são solteiros (30,34%), 6 são divorciados (6,74%), 3 são viúvos (3,37%) e 8 não quiseram responder (8,98%). Quanto à variável sexo, do total de participantes, somente 5 foram pescadores do sexo masculino (5,6%) e 84 foram pescadoras artesanais/marisqueiras do sexo feminino (94,4%). Percebe-se que a participação das mulheres pescadoras artesanais foi quase a totalidade dos participantes, o que corrobora o estudo de Won et al.¹⁶⁽²³⁾ ao afirmarem que

[...] mulheres e crianças são mais vulneráveis a desastres ambientais, sendo necessária uma atenção cuidadosa para minimizar o impacto diferenciado sobre elas no processo de recuperação do desastre.

Com relação à idade, verificou-se que a média (*n* = 83) foi de aproximadamente 44 anos ($\pm 12,2$), com mediana de 43, idade mínima de 19 e máxima de 74 anos. Além disso, observou-se que a faixa etária dos participantes se concentrou em trabalhadores e trabalhadoras adultos de 30 a 55 anos. Desde a década de 1960, há uma redução do número de filhos de pescadores dispostos a permanecer nessa atividade principalmente por questões econômicas¹⁷. Segundo Cardoso e Doula¹⁸⁽⁵⁾, “a fragilidade de políticas públicas interligadas limita a geração de renda, a proteção dos recursos naturais e o desenvolvimento socioeconômico das famílias, fatores que afetam as expectativas futuras dos jovens pescadores residentes”, ou seja, nota-se que desastres ambientais podem comprometer ainda mais a continuidade das atividades tradicionais, como a pesca.

Além disso, foi possível identificar na *tabela 1* que os participantes da pesquisa residem nas seguintes comunidades pesqueiras próximas à Foz do Rio Jaguaribe: Guajiru, Volta, Jardim e Pontal do Maceió em Fortim; além do

Sítio Canavieira e do Quilombo do Cumbe em Aracati. Salienta-se que os dados da *tabela 1*, e as demais tabelas deste artigo (*tabelas 2 a 5*) estão disponíveis para visualização

no repositório da Plataforma Open Science Framework, sob Identificador de Objeto Digital – DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/TV8DB>.

Tabela 1. Distribuição por comunidades dos participantes, 2020

Variáveis	f	%
Comunidades (n = 89)		
Jardim	23	25,8
Volta	20	22,5
Quilombo do Cumbe	18	20,2
Guajiru	17	19,1
Sítio Canavieira	10	11,2
Pontal do Maceió	1	1,1

Fonte: elaboração própria.

n: amostra absoluta; f: frequência absoluta; %: frequência relativa.

Exposição de Pescadores e Pescadoras Artesanais ao petróleo bruto: um olhar sobre o ambiente, a saúde e o trabalho

Questionou-se se os PPA viram vestígios ou manchas de petróleo no seu município. Dos 89 respondentes, 78 afirmam que sim (87,65%), 8 disseram que não (9%) e 3 não quiseram responder (3,37%) (*tabela 2*). De acordo com uma marisqueira do GF:

no dia que eu vi o óleo falei com a secretaria de saúde e eles disseram que a gente tinha que ter mandado chamá-los e tinha que ter outras pessoas para afirmar [...].

Em março de 2020, ainda era possível encontrar vestígios/esparsos de petróleo em algumas localidades brasileiras, como no Rio Pojuca na Bahia⁵. Ou seja, sete meses após o início do desastre, algumas comunidades ainda sofriam com os impactos do derramamento de petróleo. Além disso, nesse mesmo mês, iniciou-se o período de isolamento social no Brasil em função da pandemia da covid-19, o que levou os PPA a sofrerem, de maneira desproporcional, prejuízos sociais, econômicos e psicológicos de forma contínua já que os desastres – de natureza química e biológica – se encontraram.

Tabela 2. Frequências da presença de manchas de petróleo segundo o mês de ocorrência, os ambientes e animais atingidos, 2020

Variáveis	f	%
Você viu manchas de petróleo no seu município? (n = 89)		
Sim	78	87,6
Não	8	9
Não Sabe	3	3,4
Mês em que viu manchas ou resquícios de petróleo na sua comunidade (n = 78)		
Agosto de 2019?		
Sim	28	35,9
Não	48	61,5
NQR	2	2,6
Setembro de 2019?		
Sim	29	37,2
Não	47	60,3
NQR	2	2,6
Outubro de 2019?		
Sim	25	31,1
Não	51	65,4
NQR	2	2,6
Novembro de 2019?		
Sim	10	12,8
Não	66	84,6
NQR	2	2,6
Dezembro de 2019?		
Sim	8	10,3
Não	68	87,2
NQR	2	2,6
Onde você viu manchas ou resquícios de petróleo? (n = 78)		
Na areia da praia?		
Sim	39	50
Não	39	50
No mar?		
Sim	5	6,4
Não	73	93,6
No rio Jaguaribe?		
Sim	44	56,4
Não	34	43,6
No manguezal/mangue?		
Sim	10	12,8
Não	68	87,2
Em costões rochosos?		
Sim	1	1,3
Não	77	98,7

Tabela 2. Frequências da presença de manchas de petróleo segundo o mês de ocorrência, os ambientes e animais atingidos, 2020

Variáveis	f	%
Em recifes de arenitos?		
Sim	1	1,3
Não	77	98,7
Viu algum animal atingido ou morto pelo petróleo?		
Sim	68	76,4
Não	12	13,5
NQR	9	10,1
Animais atingidos ou mortos pelo petróleo (n = 68)		
Apenas peixes	30	44,1
Apenas tartarugas	8	11,8
Tartarugas, peixes e mariscos	7	10,3
Apenas mariscos	2	2,9
Peixes e mariscos	2	2,9
Tartarugas e peixes	1	1,5
NQR	18	26,5

Fonte: elaboração própria.

n: amostra absoluta; f: frequência absoluta; %: frequência relativa; NQR: Não Quis Responder.

Aos 87,6% que identificaram petróleo, foi indagado em qual o mês e em que ecossistema isso ocorreu. Os meses de setembro, agosto e outubro de 2019 foram os mais frequentes, sendo citados 29, 28 e 25 vezes respectivamente (tabela 2). Duas marisqueiras afirmaram ter visto petróleo, contudo não quiseram responder em qual mês isso ocorreu. Além disso, o Rio Jaguaribe (56,4%), a areia da praia (50%) e o manguezal (12,8%) foram os ambientes nos quais as manchas e os vestígios mais foram verificados pelos PPA (tabela 2). De acordo com as marisqueiras do GF: “a nossa praia tem e tinha encontrado vestígios de petróleo”. Enfatiza-se que alguns entrevistados presenciaram petróleo em mais de um dos ambientes e dos meses listados na tabela 2.

Além dos ecossistemas afetados, 68 participantes responderam que também viram algum animal atingido ou morto pelo derramamento de óleo (76,4%). As espécies da fauna citadas com maior frequência foram os peixes e as tartarugas, além dos mariscos utilizado na alimentação das famílias e no comércio local

(tabela 2). No Brasil, segundo o Ibama foram constatados 159 animais oleados, dos quais 112 foram a óbito⁵. A tartaruga marinha foi o animal mais afetado, com 105 ocorrências, e a Bahia foi o estado onde mais se contabilizaram esses registros⁵.

Quanto à exposição humana ao petróleo, 63 entrevistados entraram em contato direto com ele (70,8%) (tabela 3); 58 entraram em contato pescando (92,1%); 10, limpando o petróleo nas praias (15,9%); e 4, nos momentos de lazer, por exemplo, a partir do banho no mar ou no rio (6,3%) (tabela 3). Observa-se que a principal situação de exposição foi no exercício do trabalho. Salienta-se que houve PPA que foram expostos a mais de uma atividade, como pescando e limpando a praia.

De acordo com Pena et al.¹⁹, a comunicação oficial confusa caracterizada pela desorganização do governo sobre, por exemplo, a balneabilidade das praias, o consumo de pescados e as condutas de precaução e prevenção levou ao voluntarismo generalizado, o que mobilizou milhares de pessoas desprotegidas para

retirada do óleo em busca de defender seus territórios, como PPA sem conhecimento dos riscos. Assim, compreende-se que, na zona costeira, em desastres ambientais envolvendo derramamentos de petróleo, há alto risco de

exposição química dos trabalhadores e trabalhadoras da pesca artesanal e de suas famílias, como crianças ao brincarem na praia na hora do lazer e dos pescadores nas ações de voluntariado e durante a pesca.

Tabela 3. Frequências da exposição direta ao petróleo de pescadoras e pescadores artesanais, principais atividades relacionadas e do número de vezes e de tempo em horas/dia, 2020

Variáveis	f	%
Você entrou em contato direto com o petróleo? (n = 89)		
Sim	63	70,8
Não	23	25,8
NQR	3	3,4
Você entrou em contato com o petróleo pescando? (n = 63)		
Sim	58	92,1
Não	5	7,9
Você entrou em contato com o petróleo ajudando na limpeza das praias? (n = 63)		
Sim	10	15,9
Não	53	84,1
Você entrou em contato com o petróleo durante o lazer na praia ou no rio? (n = 63)		
Sim	4	6,3
Não	59	93,7
Quantas vezes você entrou em contato com o petróleo? (n = 63)		
Apenas 1 vez	11	17,5
2 a 5 vezes	16	25,4
6 a 10 vezes	14	22,2
Maior que 10 vezes	9	14,3
Se exposto, por quanto tempo você esteve em contato direto com o petróleo (horas/dia)? (n = 63)		
1 hora	6	9,5
2 horas	22	34,9
3 horas	10	15,9
4 horas	4	6,3
Mais que 4 horas	5	7,9
Não sabe	16	25,4

Fonte: elaboração própria.

n: amostra absoluta; f: frequência absoluta; %: frequência relativa; NQR: Não Quis Responder.

Evidencia-se que, dos 63 PPA que entraram diretamente em contato com o petróleo, 11 foram expostos ao contato apenas uma vez (17,5%); 16, de duas a cinco vezes (25,4%); 14, de 6 a 10 vezes (22,2%); 9, mais de 10 vezes

(14,3%); e 13 não sabiam responder o número de vezes (20,6%) (tabela 3). Destaca-se também o tempo de exposição, que, na maioria dos participantes, foi entre duas horas por dia (34,9%) e três horas por dia (15,9%) (tabela 3).

Nesse contexto, chama-se atenção para duas comunidades pesqueiras da Volta e de Guajiru, uma vez que todos os PPA responderam que foram expostos diretamente ao petróleo (100%) (tabela 4). Na comunidade de Jardim e do Cumbe, o contato humano com o óleo foi menos frequente, mas com resultados expressivos de PPA expostos diretamente ao óleo (tabela 4). Além disso, de acordo com a frequência das respostas, percebeu-se que, no

Sítio Canavieira, nenhum dos entrevistados se expôs diretamente. Vale salientar que apenas um entrevistado da comunidade Pontal do Maceió respondeu ao formulário, e segundo suas informações, foi exposto diretamente ao petróleo; contudo, por se tratar de apenas um indivíduo, sublinha-se que esses dados não são representativos da comunidade, mas indicam que há pelo menos uma pessoa dessa comunidade que foi exposta ao petróleo.

Tabela 4. Frequência dos principais sintomas, efeitos na saúde e procura do serviço de saúde por pescadores e pescadoras artesanais expostos ao petróleo, 2020

Variáveis	f	%
Entraram em contato com o petróleo (n = 89)		
Guajirú (n = 17)		
Sim	17	100
Não	0	0
NQR	0	0
Cumbe (n = 18)		
Sim	8	44
Não	10	56
NQR	0	0
Volta (n = 20)		
Sim	20	100
Não	0	0
NQR	0	0
Sítio Canavieira (n = 10)		
Sim	0	0
Não	9	90
NQR	1	10
Jardim (n = 23)		
Sim	17	73,9
Não	4	17,4
NQR	2	8,7
Pontal do Maceió (n = 1)		
Sim	1	100
Não	0	0
NQR	0	0
Expostos que sentiram efeitos na saúde (n = 48)		
Guajirú (n = 17)		
Sim	16	94,1
Não	1	5,9

Tabela 4. Frequência dos principais sintomas, efeitos na saúde e procura do serviço de saúde por pescadores e pescadoras artesanais expostos ao petróleo, 2020

Variáveis	f	%
Cumbe (n = 8)		
Sim	5	62,5
Não	3	37,5
Volta (n = 20)		
Sim	15	75
Não	5	25
Jardim (n = 17)		
Sim	12	70,5
Não	5	29,5
Pontal do Maceió (n = 1)		
Sim	0	0
Não	1	100
Após entrar em contato com o petróleo sentiu algum efeito na sua saúde? (n = 63)		
Sim	48	76,2
Não	15	23,8
Procurou algum serviço de saúde após a exposição e os efeitos na saúde? (n = 48)		
Sim	18	37,5
Não	19	39,6
NQR	11	22,9
Sintomas físicos após a exposição (n = 48)		
Cociera e vermelhidão		
Sim	31	64,6
Não	17	35,4
Dor de cabeça		
Sim	12	25
Não	36	75
Enjoo		
Sim	4	8,3
Não	44	91,7
Tontura		
Sim	3	6,3
Não	45	93,8
Dor de garganta		
Sim	2	4,2
Não	46	95,8
Entre agosto e dezembro de 2019 você sentiu alterações no seu estado psicológico em consequência do derramamento de petróleo? (n = 89)		
Sim	60	67,4
Não	16	18
NQR	13	14,6

Tabela 4. Frequência dos principais sintomas, efeitos na saúde e procura do serviço de saúde por pescadores e pescadoras artesanais expostos ao petróleo, 2020

Variáveis	f	%
Sintomas psicológicos após exposição (n = 60)		
Nervosismo e tensão		
Sim	19	31,7
Não	41	68,3
Insônia		
Sim	19	31,7
Não	41	68,3
Tristeza		
Sim	19	31,7
Não	41	68,3
Sem ânimo para trabalhar		
Sim	18	30
Não	42	70
Choro mais que o comum		
Sim	15	25
Não	45	75
Falta de apetite		
Sim	4	6,7
Não	56	93,3
Dificuldades para tomar decisões		
Sim	2	3,3
Não	58	96,7

Fonte: elaboração própria.

n: amostra absoluta; f: frequência absoluta; %: frequência relativa.

Em conformidade com Laffon et al.²⁰, a exposição direta ou indireta ao petróleo pode causar três principais efeitos na saúde humana: mental ou psicológico; físico ou fisiológico; e genotoxicológico. Por conter diversas substâncias que podem ser tóxicas aos seres vivos, como Benzeno, Tolueno, Etilbenzeno e Xileno (BTEX), Hidrocarbonetos Policíclicos Aromáticos (HPA) e metais pesados, são comuns problemas fisiológicos em indivíduos expostos ao óleo^{21,22}. Esses sintomas podem se manifestar já nas primeiras horas e dias; e outros, como alterações genéticas, em médio e longo prazo. Estudos internacionais com populações expostas a desastres semelhantes referem problemas de saúde mental e psicológica²³, lesões de pele, de olhos, náuseas,

dores de cabeça, riscos potenciais ao sistema reprodutivo de homens e mulheres, problemas endócrinos e até câncer²⁴.

Na Coreia do Sul, por exemplo, em 2012, cinco anos após o derrame com o petroleiro Hebei Spirit, crianças de comunidades diretamente atingidas foram diagnosticadas com sintomas crônicos de asma infantil persistente²¹. Por isso, é necessário manter um acompanhamento de pessoas que foram expostas ao petróleo para prevenir doenças crônicas, em especial, crianças e mulheres. Segundo Laffon et al.²⁰, alguns efeitos adversos à saúde podem se manter por alguns anos após a exposição. Para Pena et al.¹⁹⁽²⁾, “tais situações de exposição ocupacional exigem ações de proteção emergencial à saúde para reduzir danos de longa duração”.

[...] no dia do batizado da minha sobrinha que eu fui ser madrinha lá no Cumbe, eu comi camarão, aí eu não sei se foi do óleo ou se foi do camarão que comi, 'eu fiquei toda inchada', o meu rosto... fiquei assim toda inchada e 'rouca' e fui para o batizado assim mesmo no domingo. Quando eu vim, eu passei no supermercado, porque eu não estava aguentando mais ardendo o corpo, aí eu fui na farmácia pedi para moça verificar minha pressão, aí ela disse eu estava mesmo com o rosto inchado, o rosto todo tempo inchado e aquela ardência, a pressão alta, porque foi depois que eu comi o camarão, mas foi só uma vez já... e eu já comi camarão de novo e não senti [...]. (GF).

A *tabela 4* também evidencia que 48 dos 63 PPA, após entrar em contato direto com o óleo, sentiram algum efeito na sua saúde (76,2%; n = 48). As comunidades de Guariju, Volta e Jardim foram os territórios onde mais PPA apresentaram algum efeito na saúde após a exposição ao óleo bruto. Ao sentirem algum problema de saúde, 18 trabalhadores da pesca procuraram o Sistema Único de Saúde (SUS), 19 não quiseram comparecer ao serviço de saúde e 11 não quiseram responder se procuraram ou não os serviços de emergência (*tabela 4*). Os sintomas mais frequentes foram coceira (64,6%; n = 31) e dor de cabeça (25%; n = 12) (*tabela 4*). Em desastre anteriores, como o que correu na Califórnia, em 2012, o número de pessoas que procuraram uma unidade de emergência com sintomas relacionados com exposição química ao petróleo aumentou em até quatro vezes²⁵.

Além dos efeitos fisiológicos, os PPA apresentaram alterações no seu estado psicológico devido ao desastre com o petróleo (n = 60; 67,4%). Entre os indivíduos atingidos por grandes derramamentos de petróleo, configuraram-se transtornos mentais, como a depressão, o suicídio e a ansiedade generalizada em curto, médio e/ou longo prazo²⁶. Nesses eventos, PPA são uma das categorias de trabalho mais atingidas por sintomas psicopatológicos, principalmente as mulheres pescadoras artesanais¹⁶. As alterações psicológicas mais

frequentes levantadas com os participantes deste estudo foram tristeza, nervosismo e insônia, seguidos por desânimo para ir trabalhar, choro, falta de apetite e dificuldades para tomar decisões (*tabela 4*).

A gente fica muito triste... na hora que vamos vender a mercadoria os consumidores mandam a gente tratar, aí a gente trata e lava para ver se tem óleo dentro, mas não tem. (GF).

Está com uns dois meses que nós não estamos indo pescar sururu por causa do óleo... fomos ontem e tirei 11 quilos do sururu e está lá no freezer guardado, mas quem quer comprar, né? (GF).

Nesta pesquisa, observou-se que uma das principais causas dessas alterações psicológicas ocorre em consequência dos impactos socioeconômicos, como a diminuição da venda do pescado e, conseqüentemente, a falta de alimentação para as famílias, que exigem o apoio financeiro e social adequado. Frisa-se que os PPA do estuário do Rio Jaguaribe relataram impactos na vida e na saúde, pois como os peixes e mariscos constituem a principal fonte de economia da família, garantindo o sustento familiar, com a possibilidade de contaminação desses alimentos, o mercado consumidor diminuiu vertiginosamente nos primeiros meses do desastre.

Além disso, aproximadamente 97% (n = 86) dos entrevistados tiveram sua renda reduzida pelo desastre ambiental entre R\$ 100,00 e R\$ 1.000,00 (*tabela 5*). Pode-se levantar que os principais tipos de pescados consumidos pelas famílias foram o sururu (90,9%), o siri (90,9%), os peixes de água salgada como a tainha (*Mugil brasiliensis*) (81,8%), o caranguejo (59,1%) e o camarão (57,6%) (*tabela 5*). De acordo com Struch et al.²⁷, os pescados de áreas atingidas pelo derramamento de petróleo causado pela explosão da Deepwater Horizon, em 2010, no Golfo do México, apresentaram, entre 2012 e 2015, aumento nas concentrações hepáticas por HPA. Ou seja, há indicativo de que HPA biodisponíveis possam bioacumular em tecidos de peixes ao longo do tempo.

Tabela 5. Implicações do desastre ambiental na renda, na alimentação e no consumo alimentar e principais tipos de pescados das comunidades pesqueiras da foz do Rio Jaguaribe entre agosto a dezembro de 2019, 2020

Variáveis	f	%
Perda de renda para a sua família entre agosto a dezembro de 2019 (n = 89)		
Sim	86	96,6
Não	0	0
NQR	3	3,4
Quanto sua renda individual diminuiu? (n = 89)		
Até R\$ 100,00	7	8,1
R\$ 100,00 a R\$ 300,00	42	48,8
R\$ 301,00 a R\$ 500,00	22	25,6
R\$ 501,00 a R\$ 1.000,00	11	12,8
NQR	4	4,7
Recebeu algum auxílio emergencial por causa do derramamento de petróleo? (n = 89)		
Sim	2	2,2
Não	76	85,4
NQR	11	12,4
Preocupação que a comida acabasse antes que tivesse tempo de comprar, receber ou produzir mais comida? (n = 89)		
Sim	86	96,6
Não	0	0
Não Sabe	3	3,4
Número de dias referidos com preocupação de não ter condições de comprar, receber ou produzir mais comida para sua família		
Em quase todos os dias	69	80,2
Em apenas um ou dois dias	14	16,3
Não Sabe	3	3,4
Consumiu o alimento pescado entre agosto e dezembro de 2019? (n = 89)		
Sim	66	74,2
Não	20	22,5
NQR	3	3,3
Tipo de pescados consumidos entre agosto a dezembro de 2019 (n = 66)		
Peixes de água doce do Rio Jaguaribe		
Sim	14	21,2
Não	52	78,8
Peixes de água salgada		
Sim	54	81,8
Não	12	18,2
Caranguejo		
Sim	39	59,1
Não	27	40,9
Ostra		
Sim	30	45,5
Não	36	54,5

Tabela 5. Implicações do desastre ambiental na renda, na alimentação e no consumo alimentar e principais tipos de pescados das comunidades pesqueiras da foz do Rio Jaguaribe entre agosto a dezembro de 2019, 2020

Variáveis	f	%
Sururu		
Sim	60	90,9
Não	6	9,1
Camarão		
Sim	38	57,6
Não	28	42,4
Lagosta		
Sim	2	3
Não	64	97

Fonte: elaboração própria.

n: amostra absoluta; f: frequência absoluta; %: frequência relativa; NQR: Não Quis Responder.

Por fim, constatou-se que 74,2% (n = 66) dos PPA consumiram o que pescaram entre agosto e dezembro de 2019; 22,5% (n = 20) afirmaram que não consumiram; e 3,3% não quiseram responder (tabela 5). Nota-se um alto consumo do pescado nos meses que apresentaram os maiores volumes de petróleo nas águas brasileiras. Além disso, ao serem questionados se receberam algum auxílio emergencial, apenas 2,2% (n = 2) responderam que sim, e 85,4% (n = 76) afirmaram não ter recebido nenhuma ajuda financeira do governo federal, estadual ou municipal, o que dificultou ainda mais as condições de vida das famílias (tabela 5).

Nesse contexto, houve preocupação com que a comida das famílias acabasse antes que o trabalhador ou trabalhadora tivessem condição de comprar, receber ou produzir mais alimentos. Na tabela 5, observa-se que 96,6% (n = 86) dos entrevistados estavam preocupados com que faltasse alimentação para suas famílias. Para 80,2% (n = 69), essa preocupação durou quase todos os dias da semana que agravou a situação de insegurança alimentar das famílias (tabela 5). De acordo as marisqueiras do GF:

A preocupação dos PPA é como vão viver e sobreviver para sustentar sua família, porque o trabalho deles, o ganha pão era essa pesca, e o pessoal já

não querem comprar mais o peixe [...] como é que eles vão sobreviver... a preocupação é essa. (GF).

[...] sabendo de tudo que está acontecendo, de todo esse risco que está que pode estar sendo contaminado, ainda assim a gente tem que se alimentar dele... é uma situação muito gritante, porque eu acho que ainda está sendo pouco divulgado. (GF).

Considerações finais

Compreende-se que, nesse cenário de desastre, a situação de vida dos PPA se agravou ainda mais, principalmente aquelas de ordens socioeconômicas, ambientais, produtivas, de alimentação e, conseqüentemente, de saúde. Foi possível perceber adoecimentos que tendem a ter relação com a exposição direta ao petróleo e que precisam ser monitorados. Alterações psicológicas também foram recorrentes e necessitam de acompanhamento em médio e longo prazo, visto que, em desastres anteriores, esses efeitos culminaram em conflitos familiares, resultando em alguns casos com a desintegração das relações familiares, depressão e suicídios.

Além disso, observou-se que medidas como o auxílio emergencial, que visou dar assistência

aos PPA afetados pelo desastre, não alcançaram todos os atingidos pelo desastre, em especial, as marisqueiras. Assim, ressalta-se a necessidade de manter o acompanhamento das localidades, das famílias e dos indivíduos atingidos pelo derrame de petróleo, já que diversos ecossistemas e seres vivos fundamentais para a soberania alimentar e para a continuação do trabalho da pesca artesanal foram prejudicados.

Agradecimentos

Às pescadoras e aos pescadores que participaram da realização desta pesquisa, em especial, Maria de Lourdes Lima dos Santos, Luciana dos Santos de Sousa, Cleomar Ribeiro da

Rocha, Maria Eliene Pereira do Vale e Socorro da Comunidade Canavieira; a Francisca Diana Maia da Costa e a Camila Batista Silva do Conselho Pastoral dos Pescadores; à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), uma vez que o presente trabalho foi realizado com apoio da Capes – Código de Financiamento 001; e ao Programa Inova Fiocruz.

Colaboradores

Silva LRC (0000-0002-5807-3478)*, Pessoa VM (0000-0003-3676-9607)* e Meireles AJA (0000-0003-0464-2863)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

- Mendes APA, Teixeira CAN, Rocio MAR, et al. Mercado de refino de petróleo no Brasil. *BNDES Set.* 2018;24(48):7-44.
- Viana FLE. Indústria petroquímica. *Cad Set ETENE [Internet]*. 2020 [acesso em 2021 fev 22];5(139):1-11. Disponível em: https://www.bnb.gov.br/s482-dspace/bitstream/123456789/396/1/2020_CDS_139.pdf
- Harrison JA. “Down here we rely on fishing and oil”: Work identity and fishers’ responses to the BO oil spill disaster. *Sociol Perspect.* 2019;63(2). DOI: <https://doi.org/10.1177/0731121419881140>
- Fleeger JW, Riggio MR, Mendelsohn IA, et al. What promotes the recovery of salt marsh infauna after oil spills? *Estuar Coast.* 2019;42:204-217. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12237-018-0443-2>
- Ministério do Meio Ambiente (BR); Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis. Manchas de óleo: litoral brasileiro [Internet]. Brasília, DF: Ibama; 2020 [acesso em 2022 jun 30]. Disponível em: <http://www.ibama.gov.br/manchas-deoleo>
- Santos RC, Gurgel AM, Silva LIM, et al. Desastres com petróleo e ações governamentais ante os impactos socioambientais e na saúde: scoping review. *Saúde debate.* 2022;46(esp8):201-220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E815>
- Magris RA, Giarrizzo T. Mysterious oil spill in the Atlantic Ocean threatens marine biodiversity and local people in Brazil. *Mar Pollut Bull.* 2020;153:110961. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2020.110961>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Alencar CAG. Pesca e pobreza no Brasil [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2014. 239 p.
9. Secretaria da Agricultura, Pesca e Aquicultura (CE). Parceria inédita garante registro de 36 mil pescadores e três mil embarcações no Ceará. Portal do Governo do Estado do Ceará [Internet]. 2018 dez 7 [acesso em 2021 mar 31]. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2018/12/07/parceria-inedita-garante-registro-de-36-mil-pescadores-e-tres-mil-embarcacoes-no-ceara/>
10. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner TLA. Mobile Toward a Definition of Mixed Methods Research. *J Mix Methods Res.* 2007;1(2). DOI: <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>
11. Minayo MC, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública.* 1993;9(3):239-262. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>
12. Mattos JR. Um estudo sobre a segmentação dos utilizadores dos ginásios da área metropolitana de Lisboa [dissertação]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2019. 111 p.
13. Secretaria da Agricultura, Pesca e Aquicultura (CE). Barreiras para contenção da mancha de óleo são colocadas na foz do Rio Jaguaribe. Portal do Governo do Estado do Ceará [Internet]. 2019 nov 6 [acesso em 2022 jun 30]. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2019/11/06/barreiras-para-contencao-da-mancha-de-oleo-sao-colocadas-na-foz-do-rio-jaguaribe/>
14. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03353. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>
15. Oliveira TMV. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. *FECAP.* 2001;2(3).
16. Won YJ, Jang S, Jung N, et al. Ten years after the oil spill in taean: the recovery of the ecosystem, the life of women, and the community. *Asian Women.* 2019;35(4):1-22. DOI: <https://doi.org/10.14431/aw.2019.12.35.4.1>
17. Campalleso AJ, Cazella AA. Pesca artesanal entre crise econômica e problemas socioambientais: estudo de caso nos municípios de Garopaba e Imbituba (SC). *Ambient Soc.* 2011;14(2):15-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2011000200003>
18. Cardoso PO, Doula SM. Reservas extrativistas marinhas: perspectivas e limitações para jovens pescadores. *ABC.* 2018;5(2):5-19. DOI: <https://doi.org/10.21726/abc.v5i2.296>
19. Pena PGL, Northcross AL, Lima MAG, et al. Derramamento de óleo bruto na costa brasileira em 2019: emergência em saúde pública em questão. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(2):e00231019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00231019>
20. Laffon B, Pásaro E, Valdíglesias V. Effects of exposure to oil spills on human health: Updated review. *J Toxicol Environ Health B Crit Rev.* 2016;19(3-4):105-128. DOI: <https://doi.org/10.1080/10937404.2016.1168730>
21. Noh SR, Kim JA, Cheong HK, et al. Hebei Spirit oil spill and its long-term effect on children's asthma symptoms. *Environ Pollut.* 2019;248:286-294. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2019.02.034>
22. Specht AJ, Dickerson AS, Kponee-Shovein KZ, et al. Toenail Metal Exposures in Fishermen from Bodo City, Nigeria. *Bull Environ Contam Toxicol.* 2020;104(1):90-95. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00128-019-02750-7>
23. Noal DS, Braga VMR, Leal MB, et al. Desastre da Vale: o desafio do cuidado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial no SUS. *Saúde debate.* 2022;44(esp2):353-363. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E224>
24. Ferguson A, Solo-Gabriele H, Mena K. Assessment for oil spill chemicals: Current knowledge, data gaps, and uncertainties addressing human physical health risk. *Mar Pollut Bull.* 2020;150:110746. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2019.110746>

25. Remy LL, Clay T, Byers V, et al. Hospital, health, and community burden after oil refinery fires, Richmond, California 2007 and 2012. *Environ Health.* 2019;18(1):48. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12940-019-0484-4>
26. Parks V, Slack T, Ramchand R, et al. Fishing households, social support, and depression after the deepwater horizon oil spill. *Rural Soc.* 2019;85(2):495-518. DOI: <https://doi.org/10.1111/ruso.12297>
27. Struch RE, Pulster EL, Schreier AD, et al. Hepatobiliary analyses suggest chronic PAH exposure in hakes (*Urophycis* spp.) following the deepwater horizon oil spill. *Environ Toxicol Chem.* 2019;38(12):2740-2749. DOI: <https://doi.org/10.1002/etc.4596>

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 17/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da (Capes) - Código de Financiamento 001; e do Programa Inova Fiocruz

Editores responsáveis: Adriana Miranda de Castro e Franco Antonio Neri de Souza e Lima

Atuação de uma secretaria municipal de saúde diante do desastre-crime do petróleo em Pernambuco

Performance of a municipal health secretariat in the face of the oil disaster-crime in Pernambuco

Ruth Carolina Leão Costa¹, Mariana Olívia Santana dos Santos^{1,2}, Evelyn Siqueira da Silva^{1,3}, Maria José Cremilda Ferreira Alves¹, Bianca Cardoso Peixinho¹, Augusto Fernando Santos de Lima¹, Idê Gomes Dantas Gurgel¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18583P

RESUMO O desastre-crime do petróleo em 2019 é tido como o maior desastre ocorrido no litoral do Brasil. Considerada a primeira linha de enfrentamento de desastres no território, a gestão municipal de saúde é fundamental no processo de gestão de risco de desastre. Objetivou-se analisar a atuação de uma secretaria municipal de saúde da região metropolitana do Recife, Pernambuco, em relação ao derramamento do petróleo ocorrido em 2019. Foi realizado um estudo de caso do tipo descritivo com abordagem qualitativa. Foi realizada Análise de Conteúdo, com utilização do *software* IRaMuTeQ, das entrevistas com gestores da saúde, cujos resultados revelaram quatro categorias: gestão municipal na atenção com o mar; governança de risco de desastre e suas ausências; sindemia da covid-19 e impactos na reabilitação e recuperação das comunidades afetadas pelo desastre do petróleo; o que fazer se um desastre voltar a acontecer. No município em análise, houve a organização antecipada das ações de enfrentamento, a ausência da governança no desastre-crime e o enfoque da gestão em saúde na sindemia da covid-19, que foram apontados como dificuldades e vulnerabilidades na atuação, enquanto a educação permanente e a articulação com pescadores(as) e marisqueiras foram algumas das lições aprendidas.

PALAVRAS-CHAVE Gestão de desastres. Planejamento em desastres. Derramamento de petróleo. Vigilância em saúde. Vulnerabilidade a desastres.

ABSTRACT *The 2019 oil disaster-crime is considered the largest disaster on the Brazilian coast. Given the frontline in disaster response, the municipal health secretariat is crucial in the disaster risk management process. This study aimed to analyze the performance of a municipal health secretariat in the metropolitan region of Recife, Pernambuco, regarding the 2019 oil spill, adopting a descriptive, qualitative case study. We performed content Analysis with the IRaMuTeQ software on interviews with health managers, and the results revealed four categories: municipal management in marine care; disaster risk governance and its absence; the COVID-19 syndemic and its impacts on the rehabilitation and recovery of oil disaster-affected communities; what to do if a disaster strikes again. In the municipality under study, we noted early organization of response actions, the lack of governance in the disaster-crime, and health management focus on COVID-19 syndemic, which were identified as difficulties and vulnerabilities in their actions, while continuing education and coordination with fishermen and shellfish gatherers were among the lessons learned.*

KEYWORDS *Disaster management. Disaster planning. Oil spill. Health surveillance. Vulnerability to disasters.*

¹Fundação Oswaldo Cruz em Pernambuco (Fiocruz Pernambuco), Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Laboratório Saúde, Ambiente e Trabalho (Lasat) - Recife (PE), Brasil.
rcarolleaoc@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Saúde Coletiva - Natal (RN), Brasil.

³Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB) - Cruz das Almas (BA), Brasil.



Introdução

O derramamento do petróleo ocorrido no Brasil em 2019 foi considerado o maior desastre-crime dessa natureza no País. Neste artigo, considera-se que um desastre é o resultado de uma ameaça, natural ou provocada pelo homem, que interagiu com condições de vulnerabilidade de pessoas, bens e sistemas, constantemente expostas a situações de desastre e que apresentam dificuldades na capacidade de resiliência, gestão e prevenção de riscos de desastres, causando danos significativos aos seres humanos e ao meio ambiente^{1,2}.

O conceito de desastre se alinha ao de crime ambiental quando se considera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998, que prevê uma série de crimes ambientais e estabelece, no art. 54, que “Causar poluição de qualquer natureza em níveis tais que resultem ou possam resultar em danos à saúde humana, ou que provoquem a mortandade de animais ou a destruição significativa da flora”³⁽⁹⁾, é crime ao meio ambiente passível de sanções penais e administrativas tanto a pessoas físicas como jurídicas.

Nesse sentido, o evento de 2019 foi desastroso e criminoso pelas perdas e danos materiais e imateriais ocasionadas por aproximadamente 5 mil toneladas de óleo cru, que atingiram 1.009 praias e 55 unidades de conservação da costa nordeste do País até o litoral norte do Rio de Janeiro⁴. Isso impactou negativamente o turismo e a pesca de pescadores(as) artesanais, bem como a saúde física e mental destes^{5,6}, intensificados pela negligência na prevenção de riscos socioambientais previsíveis por parte do Estado e das instituições privadas, ainda impunes após mais de três anos^{7,8}.

Esse desastre-crime^{7,8} confirmou a necessidade de medidas para gestão de risco, como: prevenção de riscos futuros, mitigação de riscos existentes, preparação e resposta, reabilitação das condições de vida, recuperação e reconstrução das comunidades. Nesse processo, todos os níveis de governo devem estar

envolvidos, sendo a organização municipal de fundamental importância, pois deve ser a primeira linha de enfrentamento^{9,10}.

Tanto as estratégias de prevenção de desastres quanto as de reparação dos danos provocados são premissas para a construção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis (TSS), visto que buscam promover espaços relacionais mais saudáveis e dignos, a partir da ação local, do fortalecimento da governança e da avaliação sistêmica dos impactos das políticas públicas regionais; e Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU)¹¹. Nessa mesma perspectiva, o Marco de Ação de Sendai, instituído em 2015 no Japão, representa outra iniciativa da ONU para reduzir os riscos de desastres e desenvolver a resiliência dos territórios atingidos. Dentre as prioridades desse Marco, pode-se destacar o 4º objetivo, que é de melhoria na preparação para desastres, a partir de respostas mais eficazes para recuperação, reabilitação e reconstrução dos territórios atingidos¹².

Em contrapartida, a ausência de ações, no setor saúde, que abrangem o planejamento e as respostas aos desastres aumenta a vulnerabilidade e amplifica os impactos negativos sobre a população e os territórios⁴.

Apesar da existência de estudos envolvendo derramamento em outros países e as respostas governamentais ao desastre¹³⁻¹⁹, foram encontradas apenas duas análises que abordam o derramamento no Brasil a partir do olhar da gestão em saúde envolvida no enfrentamento do desastre^{20,21}, o que demonstra a importância de investigar a atuação do setor saúde nesse contexto. Assim, o objetivo deste artigo é apresentar a análise da atuação de uma secretaria municipal de saúde da Região Metropolitana do Recife (RMR), Pernambuco, diante o derramamento ocorrido em 2019. Dessa forma, buscou-se abordar as condutas de preparação e resposta da gestão municipal, relacionando-as com as ações da gestão estadual e federal, bem como o impacto da sindemia da covid-19 nas ações de enfrentamento, reflexão de lições

aprendidas e caminhos para atuação em novos derramamentos de petróleo.

A proposta pretende fortalecer o olhar sobre a gestão de risco e desastres, assim como salientar a importância da construção de políticas públicas com foco em TSS.

Material e métodos

Trata-se de estudo de caso do tipo descritivo com abordagem qualitativa em um município da RMR, escolhido a partir de análise de contexto, com reconhecida atuação diante do desastre-crime, notificações sobre exposição ao petróleo²² e por ter significativa quantidade de pescadores(as) artesanais atuantes (604)²³.

As entrevistas foram realizadas com profissionais da gestão da secretaria municipal de saúde que atuaram nas ações de mitigação ao derramamento, da gerência da Atenção Primária à Saúde, da superintendência da Vigilância em Saúde, da coordenação do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador e da gerência da Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador, sendo coletadas em janeiro de 2020 e março de 2021. Adotou-se roteiro sobre ações desenvolvidas, atores envolvidos, dificuldades vivenciadas, pontos fortes e lições aprendidas.

Para melhor conhecimento e compreensão do fenômeno estudado, também foram utilizados dados e fontes de informações secundárias sobre desastres envolvendo derrame de petróleo no município. Para isso, realizou-se levantamento de documentos oficiais da gestão municipal de acesso público e de matérias publicadas no *site* oficial da prefeitura de Jaboatão dos Guararapes, ambos contendo informação e/ou orientação das ações de enfrentamento realizadas pela gestão em saúde do município. Para a busca, foram utilizadas as palavras-chave: “petróleo”, “derramamento”, “óleo”. Foram encontradas sete matérias da assessoria de comunicação, no entanto, três delas foram excluídas por não se enquadrarem em ações de enfrentamento da gestão em saúde

ao derramamento. Assim, foram analisadas quatro matérias²⁴⁻²⁷ da assessoria de comunicação e um relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI)²³, encaminhado à Câmara dos Deputados.

Foi realizada a análise de conteúdo das entrevistas e dos documentos, organizada em: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados, inferência e interpretação²⁸. Para as entrevistas, utilizou-se o *software* livre Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ) para processamento e análises estatísticas de textos com duas técnicas: análise Lexicográfica e Classificação Hierárquica Descendente (CHD)^{29,30}.

O *corpus* de análise das entrevistas foi composto pelos depoimentos dos gestores, que, após analisado, teve seu conteúdo inferido, compreendendo os grupos de ideias no discurso e nomeando as classes geradas^{29,30}.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 25398119.9.0000.5190 e parecer nº 5.037.340. Este estudo está em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e discussão

O *corpus* geral de análise dos dados foi constituído por quatro textos, separados em 606 Segmentos de Texto (ST), com aproveitamento de 459 ST (75,74%). Emergiram 20.428 ocorrências, sendo 2.317 palavras distintas e 1.853 com uma única ocorrência.

A análise de Reinert permitiu categorizar em quatro classes: Classe 1, 117 ST (25,49%); Classe 2, 64 ST (13,94%); Classe 3, 124 ST (27,02%); e Classe 4, 154 ST (33,55%). As quatro classes se apresentam em duas ramificações do *corpus* total. A primeira ramificação, denominada

‘Preparação e resposta’, apresenta os discursos da Classe 1 (‘Gestão municipal na atenção com o mar’) e da Classe 2 (‘Governança de risco de desastre e suas ausências’), abordando ações realizadas pela secretaria municipal no enfrentamento do desastre-crime e o impacto da gestão estadual e federal nas condutas.

A segunda ramificação, ‘Vulnerabilidades e Lições aprendidas’, contém os discursos correspondentes à Classe 3 (‘Sindemia da Covid-19 e seus impactos na reabilitação, recuperação e reconstrução das comunidades afetadas pelo desastre’) e à Classe 4 (‘O que fazer se um desastre voltar a acontecer’). O conteúdo publicado nas quatro matérias do portal da prefeitura e o relatório da CPI, apontavam as ações da gestão, dessa forma, a análise foi

consolidada na Classe 1 (‘Gestão municipal na atenção com o mar’).

Gestão municipal na atenção com o mar

Os discursos e os documentos expressam ações da gestão municipal na preparação e resposta ao derramamento. O conteúdo publicado nas matérias da prefeitura²⁴⁻²⁷ (*quadro 1*) divulgavam as ações de educação em saúde para banhistas e comerciantes com panfletagem na orla da cidade, convocação e treinamento de voluntários para a retirada do material nas praias, capacitação dos profissionais da rede e doação de cestas básicas aos pescadores e pescadoras do município.

Quadro 1. Síntese de conteúdo das reportagens sobre o derramamento de petróleo no município da RMR, Pernambuco

Título da reportagem	Data de postagem	Conteúdo
Prefeitura orienta população sobre cuidados com manchas de petróleo	24/10/2019	Campanha de orientação aos cidadãos sobre as manchas de petróleo na praia. Panfletos na orla da cidade contavam com orientações sobre como evitar o contato com o material e informando, que a prefeitura deveria ser acionada em caso de identificação de óleo nos locais. Ademais, houve a convocação de voluntários para a limpeza das praias. Os voluntários receberam treinamento e Equipamentos de Proteção Individual (EPI).
Prefeitura capacita profissionais da saúde sobre correto manuseio de manchas de óleo	31/10/2019	Capacitação dos profissionais da rede de saúde sobre os efeitos do óleo à saúde, medidas a serem tomadas em caso de contato com o petróleo, notificação de casos e protocolos de atendimento de pessoas expostas. A capacitação foi ministrada por um Toxicologista.
Prefeitura entrega cestas básicas a pescadores	13/12/2019	A ação foi realizada em parceria com Ministério Público do Trabalho em consequência da rápida atuação do município na coleta dos resíduos oleosos e ocorreu na Associação de pescadores. A entrega beneficiou 160 pescadores(as) e marisqueiras.
Prefeitura entrega mais 460 cestas básicas a pescadores do município	18/12/2019	Distribuição de 460 cestas básicas aos pescadores do município. Relato da queda de vendas dos frutos do mar no mercado em razão do receio de possível contaminação, mesmo após a recomendação de evitar o consumo de apenas dois tipos de peixe (Xaréu e Sapuruna).

Fonte: elaboração própria com base em dados da Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão²⁴⁻²⁷.

O relatório, que teve por finalidade responder às demandas da CPI do Óleo²³, descreveu as atividades desenvolvidas pelo município em relação ao desastre-crime, vinculando-as à Política Nacional de Saúde

Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, no que diz respeito à “[...] redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos

indicadores de saúde e da sua qualidade de vida”³¹⁽⁷⁾.

Entre as atividades relatadas, estavam: treinamentos de profissionais de saúde; cadastramento e treinamento de voluntários; distribuição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) aos envolvidos no recolhimento do óleo; monitoramento; limpeza da praia; instituição de notificação; campanha educativa²³.

As falas dos gestores também retratam a preparação e o monitoramento quando os primeiros resíduos oleosos foram identificados no litoral dos estados da Paraíba e da Bahia, estados vizinhos.

Antes mesmo de chegar na cidade, em torno de uns 15 dias antes, o prefeito daqui, já se organizava e organizou toda a equipe, o pessoal do meio ambiente, urbanismo, saúde, limpeza, já nessa expectativa de chegada, com monitoramento, com lanchas em alto mar, já esperando.

A Chegada do petróleo, acho que foram 3, acho que 4 lanchas, aquelas motos, jet-ski, drones, montou uma operação e ficou assim, era plantão 24 horas, pra que não conseguisse chegar, então os pescadores também ficavam 24 horas.

Autores apontam que uma das estratégias do plano de contingência deve ser a antecipação das trajetórias do derramamento a partir da análise das correntes e dos ventos, para tomada de decisões pertinentes de proteção das áreas ambientais sensíveis e da população dos locais possivelmente afetados³².

Os enunciados também destacaram os(as) pescadores(as) como sujeitos ativos no monitoramento e na identificação dos resíduos nas praias do município. Uma participação ativa semelhante foi destacada por Silva e colaboradores³³ sobre os(as) pescadores(as) do Ceará.

A participação social, mediante lideranças locais, é fundamental na gestão devido ao seu conhecimento sobre o território, contribuindo para realização de monitoramento, mapeamento das áreas afetadas e de grupos

vulneráveis, sendo um elo gestão-comunidade e ferramenta essencial no fortalecimento dos TSS³⁴.

Outros pontos destacados foram a organização do Comitê de Gerenciamento de Crise, a criação de plano de contingência intersetorial e a capacitação dos profissionais da rede sobre o manejo correto dos resíduos de óleo, o fluxograma de manejo clínico dos usuários expostos ao petróleo e a importância da notificação de casos. Os gestores evidenciaram a realização de cadastramento dos(as) pescadores(as) para acompanhamento de casos de exposição.

Atingiu o município e teve um plano, e deu início a um plano Intersetorial. [...] foi no dia 15 mesmo, foi no dia 15 de outubro que eles fizeram esse comitê, montaram esse comitê de crise.

Mas antes mesmo do petróleo chegar, conseguimos capacitar a equipe, a rede de saúde toda. Então, fizemos capacitação com todos os profissionais para a chegada do petróleo, não ficamos esperando chegar para fazer.

Fizemos essa capacitação, monitoramos, fizemos o cadastro de todos da colônia de pescadores Z25 e da associação de pescadores. Fizemos todo o mapeamento do pessoal, desses só 15 que foram pro alto mar, mas nenhum teve exposição mesmo ao petróleo.

Os comitês de crise devem ser instituídos em todas as esferas de governo articulados com lideranças das comunidades afetadas, responsáveis pela gestão da emergência/desastre, desde a etapa de preparação até a recuperação. A equipe deve realizar o monitoramento atento da evolução dos efeitos produzidos para planejamento necessário à resposta efetiva e oportuna, garantindo que a tomada de decisão seja realizada baseada em evidências, conhecimentos técnicos e participação social³⁴.

Nesse sentido, as ações identificadas no discurso dos gestores também foram evidenciadas nas reportagens²⁴⁻²⁷ e no relatório da

CPI do Óleo²³ em relação ao apoio psicossocial oferecido aos(às) pescadores(as) pela Secretaria Executiva de Assistência Social com suporte do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e parceria com institutos de pesquisa, para qualificação das informações e os danos de curto, médio e longo prazo da população exposta e ecossistemas afetados.

Percebe-se que a gestão em saúde analisada adotou ações imediatas e coordenadas com enfoque na mitigação do risco, buscando a promoção e a proteção para o ambiente e a população do município. Tais ações estão em consonância com os ODS para promoção de TSS, mais especificamente, com o ODS 3, que busca assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar, e o ODS 14, que busca conservar e usar de forma sustentável os oceanos, os mares e os recursos marinhos³⁵. Contudo a atuação do município em análise diferiu da conduta dos outros municípios da RMR. Conforme Alves²⁰, a maioria dos gestores municipais não se antecipou ao derramamento, e a diferença no preparo e nas ações dos municípios reverberou na conduta da gestão estadual a partir das dúvidas específicas dos territórios. Devido a essa dificuldade, houve uma tentativa de padronização das informações pela gestão estadual para evitar as deficiências nas respostas.

O fortalecimento da gestão de risco de desastres só ocorre com gestão prospectiva que realiza análise do risco futuro, exposição e vulnerabilidade do território e com governança de riscos consolidada envolvendo os setores necessários para enfrentamento adequado³⁶.

Governança de risco de desastre e suas ausências

Apesar de os municípios serem a primeira linha de preparação e resposta ao derramamento do petróleo, a resolução desse desastre exigia a organização de medidas sistemáticas e coordenadas envolvendo diferentes níveis governamentais⁹. No entanto, os gestores municipais relataram a ausência de ações do governo estadual e federal:

Ficou o silêncio do Estado, o Ministério da Saúde então nem se fala.

O governo federal não, não tivemos nenhum apoio. No governo estadual teve só na questão nessa primeira capacitação, vieram algumas pessoas da Secretaria Estadual, mas durante o período mesmo que fizemos todo esse monitoramento, a limpeza das praias, toda a parte de educação com os pescadores, foi o município mesmo que assumiu.

Eu acho que poderíamos ter tido uma participação mais efetiva do Ministério da Saúde, subsidiar melhor, dar um apoio melhor, aos estados e municípios. A gente fica muito, é igual como foi na pandemia cada um faz de um jeito. A gente sente falta dessa articulação, de dar um norte. Acho que precisa, é necessário.

Diante desse evento de grande complexidade, a tomada de decisão é um processo delicado, pois é influenciada pela capacidade técnica do gestor para realizar em tempo hábil as análises complexas³⁷.

Ferguson³⁸ ressalta que a cooperação entre os entes federados e a coordenação das orientações que subsidiem tomadas de decisões de quando e de que modo implantar as medidas de enfrentamento de um desastre precisa ser o eixo da governança democrática adotada.

No que tange ao governo de Pernambuco, informações presentes no relatório da CPI do Óleo do município analisado evidenciam que a Coordenadoria de Defesa Civil de Pernambuco (Codecipe) realizou o fornecimento dos EPI utilizados na limpeza das manchas²³.

A atuação da gestão estadual em saúde ocorreu em função das solicitações de cada território mediante notas técnicas, informes situacionais e dificuldade na tomada de decisão. Além disso, o acompanhamento e a orientação aos municípios ocorreram pela falta de conhecimento prévio sobre o enfrentamento de desastres com petróleo²⁰.

É importante salientar que o País contava com o Plano Nacional de Contingência (PNC) para incidentes de poluição por óleo em águas

sob jurisdição nacional, no entanto, em 2019, houve uma morosidade do governo federal em acionar e aplicar as ações do PNC²¹.

Após o desastre-crime, foi publicado o Decreto nº 10.950, de 27 de janeiro de 2022³⁹, que retomou e atualizou o PNC. Entre as medidas apresentadas, está o remodelamento da estrutura organizativa mediante a criação da Autoridade Nacional (Ministro de Estado do Meio Ambiente) responsável pela coordenação das proposições do PNC, um Grupo de Acompanhamento e Avaliação (GAA) que deve acompanhar os incidentes de poluição por óleo e uma rede de atuação integrada com o intuito de agilizar a tomada de decisão³⁹.

Para além dessas medidas, o PNC apresenta instrumentos a serem acionados em casos de incidentes com óleo: o Plano de Área e o Plano de Emergência Individual, desenvolvidos por instalações na área do porto organizado, a exemplo do Porto de Suape de Pernambuco²². No entanto, no derramamento de 2019, o poluidor não foi identificado, dessa forma, as ações de resposta e mitigação estavam sob responsabilidade dos entes federados³⁹.

Conforme os entrevistados, o município desenvolveu um Plano de Contingência Intersetorial. Especificamente no setor saúde, os gestores apontaram para a construção do documento baseado em evidências de outros países que enfrentaram desastres com petróleo anteriormente.

Nós estudamos muito outros países que tinham tido. [...] A gente observou o que é que eles faziam, e foi se preparando em cima disso.

A gente aqui parte do princípio das boas práticas em saúde né, dessas evidências né, então se tem evidência em algum outro lugar, a gente tem que fazer [...] já tinha no golfo do México, já tinha em outros locais porque que a gente ia ficar parado esperando o tempo passar?

No relatório da CPI do Óleo²³ do município em tela, também consta a elaboração do Fluxograma de Manejo Clínico para população

exposta ao Petróleo a partir do estudo e da adaptação da classificação de manejo clínico-laboratorial de trabalhadores expostos ao benzeno em postos de revenda de combustíveis⁴⁰ e da utilização das diretrizes para elaboração de estudo de avaliação de risco à saúde humana por exposição a contaminantes químicos⁴¹ para organização e execução das ações em saúde.

A prática da construção de conhecimento informada por evidência é incentivada no campo da saúde, e sua utilização, alinhada com a capacidade do gestor de avaliar e adaptar os diferentes cenários à sua realidade, é um potencializador efetivo das ações de enfrentamento dos eventos de importância à saúde pública⁴².

Sindemia da covid-19 e seus impactos na reabilitação e recuperação das comunidades afetadas pelo desastre-crime do petróleo

O conceito de sindemia é utilizado como ampliação dos horizontes contextuais, uma vez que considera o potencial de interação entre agravos epidêmicos, assim como de questões físicas, do perfil socioeconômico e ambiental, interferindo nas condições de vida dos indivíduos, ampliando os efeitos somatórios dos agravos e exacerbando suas consequências^{43,44}. Dessa forma, essa categoria aborda a relação entre o desastre-crime e a sindemia da covid-19 para a gestão de saúde.

Reforça-se que, neste estudo, apesar dos discursos citarem a 'pandemia', amplia-se a discussão com o apoio da literatura nos termos da sindemia. A percepção desse contexto é evidenciada por tais colocações dos gestores entrevistados.

A gente ainda estava nas ações com petróleo, aí veio a pandemia. E isso atrapalhou muito, porque a gente não conseguia mais se reunir com eles [pescadores(as) e marisqueiras], as ações que a gente, muita coisa que tinha programada, teve que ser desprogramadas para evitar aglomeração,

para evitar a exposição deles ao coronavírus. Então, foi bem difícil para a gente, porque foi uma coisa em cima da outra.

Porque veja só 2019, foi 2019 foi petróleo. A gente enfrentou, e eu parecia uma doida [...] aí vem a covid-19, que foi um vírus totalmente diferente, entendeu. Eu saí do petróleo, fui botando o pé na vacina, na covid-19, não é, de testes, de tudo, e não é fácil não.

Em termos cronológicos, as primeiras manchas de petróleo foram identificadas no final de agosto de 2019, e apenas em março de 2020 o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama) iniciou a desmobilização das ações emergenciais envolvendo o derramamento^{4,22}. Ainda no final de 2019, os primeiros alertas para a covid-19 foram lançados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com a confirmação da primeira infecção no Brasil em 26 de fevereiro de 2020⁴⁵⁻⁴⁷.

Dessa forma, as ações de enfrentamento do desastre do petróleo estavam ocorrendo quando a sindemia se tornou a principal demanda da gestão em saúde. Essa mudança de enfoque interferiu diretamente nas medidas de reabilitação e recuperação das comunidades de pescadores(as) e marisqueiras do município.

[...] foi uma questão muito social, porque eles ficaram sem poder ir para o mar por um período. Imediatamente depois veio a covid-19, e o povo esqueceu da situação deles. E eles voltaram para o mar, e muitos ficaram meses e meses, passavam fome, só não passaram fome por causa dessas cestas básicas que conseguimos, mas muitos ficaram sem ter o que comer, e sem ter o que para alimentar os filhos.

As consequências da sindemia da covid-19 se fundiram com as do desastre-crime, agravando o cenário vulnerável das comunidades, potencializando o inevitável isolamento social, a insegurança alimentar, os adoecimentos e as mortes nos territórios. Outro ponto sensível foi

a nova redução na renda em consequência dos cumprimentos das recomendações sanitárias, como interrupção da pesca e da circulação nas praias, principal ambiente de comércio de seus produtos, o que subdimensiona as condições de vida em tais comunidades^{19,48,49}.

Esses impactos se tornaram ainda mais expressivos devido à morosidade da gestão governamental em oferecer soluções, principalmente quanto à vulnerabilidade financeira e alimentar^{19,50}.

O processo saúde-doença é complexo, transversalmente inserido nos momentos e nas condições sociais vividos pelos indivíduos e coletivos, considerando as dimensões simultâneas da vida. Essas interações resultam na determinação social da saúde e evidenciam a necessidade de observação da singularidade presente e do modo como essas populações lidam com o ambiente e como este colabora com a sua subsistência^{51,52}.

O contexto de sindemia demonstra que as doenças não ocorrem individualmente, mas interagem de forma potente no cenário de desigualdade socioeconômica, exacerbando seus efeitos, mesmo quando os agravos ocorrem de forma isolada, maximizando as vulnerabilizações⁵³. O enfrentamento, pelo poder público, faz-se necessário e exige ação do Estado no fortalecimento das políticas públicas e superação da lógica de abandono histórico e do racismo ambiental⁵⁴.

O que fazer se um desastre voltar a acontecer

A experiência de atuar em um evento de magnitude e importância para a saúde pública como o desastre-crime de 2019 leva a lições específicas aprendidas e à reflexão de possíveis caminhos se algo semelhante ocorrer na região²⁰. Os impactos decorrentes das mudanças climáticas intensificarão e ampliarão problemas existentes nos grandes centros urbanos, como a ocorrência de fortes chuvas com pontos de alagamento, inundações, deslizamentos de terra, expansão de doenças,

principalmente aquelas transmitidas por mosquitos vetores⁵⁵.

Para os entrevistados, a importância da educação permanente sobre desastres foi uma das lições indicadas.

Eu acho que capacitação mesmo, educação. Então assim, eu acho que é, acho que tem que ter essa preparação com esse tipo de desastres, sabe.

[...] na época teve muita capacitação com relação aos desastres, a Educação Permanente trabalhou também, é com eles, tinha cursos do UNA-SUS, que na época eu lembro nos inscrevemos e foi disponibilizado para os profissionais também.

Em relatório técnico de lições aprendidas no derramamento de 2019/2020, o Ibama também apontou a capacitação/treinamento como categoria escolhida pelos representantes da gestão, principalmente envolvendo o PNC⁵⁶. Freitas e Peres evidenciam que o despreparo para o enfrentamento do desastre-crime de 2019 colocou a educação continuada a partir da perspectiva de risco de desastre como aspecto central nos debates entre gestores⁵⁷.

Uma reflexão necessária sobre a educação permanente em saúde no Brasil é que esse processo contínuo vem sendo prejudicado pela rotatividade do quadro profissional, principalmente no âmbito da gestão em saúde pública, em que cargos são fortemente atrelados a decisões políticas²⁰.

Outra lição elencada foi a importância da articulação com os(as) pescadores(as) da região.

[...] Nesse período a gente descobriu a associação de pescadores, porque a gente sabia só da colônia de pescadores e descobrimos a associação de pescadores no momento do desastre. Então, assim, eu acredito que conhecer mais os trabalhadores do município é uma coisa também que a gente tirou como lição.

Autores ressaltam que não é possível a produção de informações relevantes e prioritárias sobre os problemas e as práticas de saúde no território pesqueiro sem a participação dos sujeitos centrais desta discussão⁵⁸.

Ao mesmo tempo que a articulação com trabalhadores da pesca artesanal é apontada como lição aprendida no desastre do petróleo, é possível a visualização da invisibilidade desses no cotidiano da gestão. A fragilidade das políticas públicas para pescadores artesanais é um processo histórico que, diante desse desastre socioambiental, tornou-se ainda mais evidente, uma vez que, a partir do ano de 2016, houve uma série de desmontes de políticas voltados para as comunidades tradicionais, aprofundando a vulnerabilização⁵⁰.

Na contramão dessa vulnerabilização, é imperativo buscar a construção de comunidades resilientes, investindo no desenvolvimento socioeconômico, na saúde e na educação. As comunidades têm o potencial de atuar como vigilantes, identificando precocemente situações que possam caracterizar um desastre. Trabalhando em conjunto com as administrações locais, podem desenvolver estratégias para prevenir a ocorrência desses eventos ou minimizar seus impactos no território⁵⁹.

Para além das lições citadas, as boas práticas identificadas foram esquematizadas no quadro abaixo (*quadro 2*) como forma de notabilizar aprendizados da gestão, tanto os apontados pelos gestores quanto os não explícitos nas falas, mas detectados pelos autores durante a análise dos dados. Segundo Alves²⁰, essas ações realizadas de forma prospectiva impediram que a população entrasse em contato com o petróleo, evitando maiores danos à saúde, o que não ocorreu na maioria dos municípios afetados. Isso evidencia a importância da realização de gestão de risco de desastres.

Quadro 2. Síntese de boas práticas de enfrentamento da gestão durante o derramamento do petróleo em um município da RMR, Pernambuco, 2019-2020

- Preparação antecipada, identificando a trajetória do petróleo derramado.
- Organização imediata do Comitê de Gerenciamento de Crise.
- Ação proativa para construção do Plano de Contingência Intersetorial e identificação de respostas desenvolvidas em outros países afetados por outros derramamentos de petróleo.
- Articulação com os pescadores e marisqueiras do município.
- Valorização e realização das ações de educação permanente dos profissionais da rede para qualificação na atuação com o desastre do petróleo.
- Construção do protocolo de atendimento dos usuários expostos ao material.
- Realização de ações de educação em saúde no território.

Fonte: elaboração própria.

A promoção de boas práticas, exemplificadas no *quadro 2*, é crucial. Além disso, é imprescindível aprender com as experiências bem-sucedidas de outros países que, após desastres, intensificaram seus esforços e abordagens em relação ao derramamento de petróleo. Um exemplo notável é o desastre na plataforma petrolífera Deepwater Horizon, que explodiu em 2010 na costa do Golfo nos Estados Unidos da América. Nesse caso, pesquisadores, pescadores e órgãos governamentais estão ativamente envolvidos na busca por compreensão desse fenômeno. Essa colaboração ocorre de maneira intersetorial, com financiamento governamental sustentando iniciativas de pesquisa conduzidas por diversos centros de estudo. O objetivo é aprofundar a compreensão das consequências do derramamento, especialmente no que diz respeito à saúde, ao ambiente e ao fortalecimento das medidas preventivas⁶⁰.

Além disso, as pesquisas fortalecem a colaboração ativa com a comunidade, capacitando-a na vigilância popular e na disseminação abrangente de informações sobre os resultados associados a riscos e prevenção de futuros eventos. Dessa forma, engajam-se no processo de preparação para respostas eficazes e rápidas, demandando uma infraestrutura interinstitucional e a participação de atores locais no monitoramento ambiental e na vigilância em saúde, em busca de modelos e sistemas de alerta⁶¹. Ao observar e compreender as valiosas lições aprendidas com o episódio no Brasil e em outras nações, torna-se evidente que há

muito a ser feito para evitar novos desastres ambientais e assegurar que as respostas sejam conduzidas da forma mais eficiente possível.

Considerações finais

Os resultados apontam que o município analisado realizou ações exitosas no campo da prevenção e proteção da população, com capacitação de seus profissionais, formação de rede intersetorial e interinstitucional para enfrentamento dos danos do desastre-crime com planejamento baseado em evidências, tendo como potência a atuação conjunta com a população atingida.

As vulnerabilidades identificadas foram a ausência da governança de risco e do desastre, que ocasionou a não sistematização das medidas adotadas e a sensação de negligência do governo estadual e federal para com o município. A ocorrência da sindemia da covid-19 e a necessidade de mudança de enfoque da gestão em saúde dificultaram a implementação das medidas de reabilitação e recuperação das comunidades afetadas, tornando o impacto sobre esse grupo ainda mais expressivo.

Na agenda dos gestores da saúde, essa temática é necessária em contínua discussão de maneira intersetorial. Além de desastre-crime com petróleo, o Brasil também tem vivenciado outras situações de desastres, como o rompimento de barragens de minério de ferro em Brumadinho e Mariana, que somaram 289

óbitos, além das consequências negativas à saúde física e mental dos sobreviventes. Esses eventos demonstram a falta de preparo das gestões locais no processo de prevenção e a negligência dos órgãos responsáveis pela fiscalização de tais atividades.

A construção de uma rede institucional fluida entre as diferentes esferas da saúde é uma necessidade para apoiar futuros processos de desastres. O SUS possui potencial para essa articulação, haja vista o caráter universal e descentralizado do sistema brasileiro. Para tal, a temática atuação do serviço de saúde diante de desastres precisa ser fortalecida no âmbito da formação profissional, educação permanente.

No que concerne às principais lições aprendidas, destacam-se a qualificação dos profissionais para o enfrentamento de desastres e a importância da articulação com os(as) pescadores(as), demonstrando a necessidade de aprofundamento acerca da gestão de risco e da assistência em saúde às pessoas expostas ao petróleo. Tal ação pode ser fomentada pela gestão com educação permanente e na formação de base dos novos profissionais pelas universidades.

Espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para futuras análises das regiões afetadas pelo derramamento, para gestão de riscos de desastres no País, bem como para

elucidar os desafios enfrentados na construção de TSS no Brasil.

Agradecimentos

A Maria Cristina Mitsuko Peres e Carlos Machado de Freitas do Centro de Pesquisas e Estudos sobre Desastres da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Cepedes/Uerj); Secretarias Estadual e Municipais de Saúde de Pernambuco, por todos os processos colaborativos compartilhados durante a pesquisa e, sobretudo, pelos vínculos afetivos cultivados nesses anos de trabalho intenso.

Colaboradores

Costa RCL (0000-0003-4913-4846)*, Santos MOS (0000-0002-2129-2335)*, Silva ES (0000-0003-4367-9263)*, Alves MJCF (0000-0002-6704-6623)*, Peixinho BC (0000-0002-7516-534X)*, Lima AFS (0000-0002-4428-0943)* e Gurgel IGD (0000-0002-2958-683X) contribuíram igualmente para concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. United States. Office for Disaster Risk Reduction. Terminology [Internet]. [acesso em 2023 nov 21]. Disponível em: <https://www.undrr.org/terminology>
2. Ministério da Integração Nacional (BR), Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil. Glossário de

Proteção e Defesa Civil [Internet]. Brasília, DF: Ministério do Planejamento e Orçamento; 2017 [acesso em 2023 nov 21]. Disponível em: https://www.defesacivil.pr.gov.br/sites/defesa-civil/arquivos_restritos/files/documento/2018-12/glossario.doc

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Presidência da República (BR). Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 Fev 1998.
4. Silva LRC, Pessoa VM, Carneiro FF, et al. Derramamento de petróleo no litoral brasileiro: (in) visibilidade de saberes e descaso com a vida de marisqueiras. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(12):6027-6036. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.15172021>
5. Soares MO, Teixeira CEP, Bezerra LEA, et al. Oil spill in South Atlantic (Brazil): Environmental and governmental disaster. *Mar Policy*. 2020;115. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpol.2020.103879>
6. Secretaria Estadual de Saúde do Pernambuco (PE). Intoxicações exógenas relacionadas à exposição ao petróleo no litoral de Pernambuco. Informe nº 05/2019. Recife: SES-PE; 2019.
7. Azevedo EM, Júnior ACF. O desastre-crime do caso Samarco: o balanço quinquenal da responsabilidade penal ambiental da pessoa jurídica. *Rev UFMG*. 2020;27(2):616-645. DOI: <https://doi.org/10.35699/2316-770X.2020.21646>
8. Freitas CM, Peres MCM. O desastre tecnológico envolvendo derramamento de petróleo no Brasil: diagnóstico preliminar sobre lições apreendidas e perspectivas futuras para o setor saúde – Relatório técnico. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 2021. 190 p.
9. Ministério da Saúde (BR), Fundação Nacional da Saúde. Protocolo de atuação da FUNASA em situações de desastres ocasionados por inundações. Brasília, DF: Funasa; 2018.
10. Lopes ITP. Gestão de riscos de desastres: integrando os riscos de acidentes industriais à gestão territorial [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017.
11. Machado JMH, Martins WJ, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com Ciências Saúde*. 2017;28(2):243-249.
12. Joner K, Avila MRR, Mattedi MA. Territorialidade e desastre: a gestão dos desastres no Brasil com base no estudo de caso da defesa civil em Santa Catarina. *Urbe Rev Bras Gest Urbana*. 2021;13:e20200061. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-3369.013.e20200061>
13. Romero AF, Abessa DM, Fontes RF, et al. Integrated assessment for establishing an oil environmental vulnerability map: case study for the Santos Basin region, Brazil. *Mar Pollut Bull*. 2013;74(1):156-164. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2013.07.012>
14. Espia JCP, Fernandez P. Insiders and outsiders: local government and NGO engagement in disaster response in Guimaras, Philippines. *Disasters*. 2015;39(1):51-68. DOI: <https://doi.org/10.1111/disa.12086>
15. Kang J, Zhang J, Bai Y. Modeling and evaluation of the oil-spill emergency response capability based on linguistic variables. *Mar Pollut Bull*. 2016;113(1-2):293-301. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2016.09.056>
16. Fan C, Hsu CJ, Lin JY, et al. Taiwan's legal framework for marine pollution control and responses to marine oil spills and its implementation on T.S. Taipei cargo shipwreck salvage. *Mar Pollut Bull*. 2018;136:84-91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2018.09.005>
17. Figueiredo MG, Alvarez D, Adams RN. O acidente da plataforma de petróleo P-36 revisitado 15 anos depois: da gestão de situações incidentais e acidentais aos fatores organizacionais. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(4):34617. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00034617>
18. Goldstein BD. Broadening the mandate of the incident command system to address community mental and behavioral health effects as part of the federal response to disasters. *Curr Environ Health Rep*. 2020;7(3):282-291. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40572-020-00283-4>
19. Santos RC, Gurgel AM, Silva LIM, et al. Desastres com petróleo e ações governamentais ante os im-

- pactos socioambientais e na saúde: scoping review. *Saúde debate*. 2022;46(esp8):201-220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E815>
20. Alves MJCF. Diretrizes e ações desenvolvidas pela gestão de saúde no enfrentamento do desastre do petróleo de 2019 em Pernambuco (Brasil) [dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2023.
 21. Peres MCM. Gestão de risco do derramamento de petróleo cru no Brasil em 2019 na perspectiva do Setor Saúde e das comunidades afetadas. 2022 [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2022.
 22. Ministério do Meio Ambiente (BR); Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis. Manchas de óleo: litoral brasileiro, localidades atingidas [Internet]. Brasília, DF: Ibama; 2020 [acesso em 2023 mar 2]. Disponível em: <https://www.ibama.gov.br/manchasdeoleo-localidades-atingidas>
 23. Jaboatão dos Guararapes (PE), Secretaria Municipal de Saúde. Relatório referente ao ofício no 472/2020 – pres. da CPI do óleo da câmara dos deputados. Jaboatão: Câmara dos Deputados; 2019.
 24. Jaboatão dos Guararapes (PE), Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura do Jaboatão orienta população sobre cuidados com manchas de petróleo. Prefeitura do Jaboatão dos Guararapes [Internet]. 2019 out 24 [acesso em 2023 mar 9]. Disponível em: <https://jaboatao.pe.gov.br/prefeitura-do-jaboatao-orienta-populacao-sobre-cuidados-com-manchas-de-petroleo/>
 25. Jaboatão dos Guararapes (PE), Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura do Jaboatão entrega cestas básicas a pescadores. Prefeitura do Jaboatão dos Guararapes [Internet]. 2019 dez 13 [acesso em 2023 mar 9]. Disponível em: <https://jaboatao.pe.gov.br/prefeitura-do-jaboatao-entrega-cestas-basicas-a-pescadores/>
 26. Jaboatão dos Guararapes (PE), Secretaria Municipal de Saúde. Jaboatão capacita profissionais da saúde sobre correto manuseio de manchas de óleo. Prefeitura do Jaboatão dos Guararapes [Internet]. 2019 out 31 [acesso em 2023 mar 9]. Disponível em: <https://jaboatao.pe.gov.br/jaboatao-capacita-profissionais-da-saude-sobre-correto-manuseio-de-manchas-de-oleo/>
 27. Jaboatão dos Guararapes (PE), Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura do Jaboatão entrega mais 460 cestas básicas a pescadores do município. Prefeitura do Jaboatão dos Guararapes [Internet]. 2019 dez 18 [acesso em 2023 mar 9]. Disponível em: <https://jaboatao.pe.gov.br/prefeitura-do-jaboatao-entrega-mais-460-cestas-basicas-a-pescadores-do-municipio/>
 28. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2015. 288 p.
 29. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, Universidade Federal de Santa Catarina; 2018.
 30. Salviati ME. Manual do Aplicativo Iramuteq. Planaltina, DF: UnB; 2017.
 31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2013. 48 p.
 32. Li P, Cai Q, Lin W, et al. Offshore oil spill response practices and emerging challenges. *Mar Pollut Bull*. 2016;110(1):6-27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpollbul.2016.06.020>
 33. Silva LRC, Pessoa VM, Carneiro FF, et al. Oil spill on the Brazilian coast: (in)visibility of knowledges and disregard for the life of shellfisherwomen. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(12):6026-6036. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.15172021>
 34. Freitas CM, Mazoto ML, Rocha V. Guia de Preparação e Respostas do Setor Saúde aos Desastres. Rio de Janeiro: Fiocruz; Secretaria de Vigilância em Saúde; 2018.

35. Barbieri JC. Desenvolvimento sustentável: das origens à Agenda 2030. Petrópolis: Vozes; 2020.
36. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde. A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês: relatório técnico e sumário executivo. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2020.
37. Amir-Heidari P, Raie M. Response planning for accidental oil spills in Persian Gulf: A decision support system (DSS) based on consequence modeling. *Mar Pollut Bull.* 2019;140:116-128. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2018.12.053>
38. Ferguson A, Solo-Gabriele H, Mena K. Assessment for oil spill chemicals: Current knowledge, data gaps, and uncertainties addressing human physical health risk. *Mar Pollut Bull.* 2020;150:110746. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2019.110746>
39. Presidência da República (BR). Decreto nº 10.950, de 27 de janeiro de 2022. Dispõe sobre o Plano Nacional de Contingência para Incidentes de Poluição por Óleo em Águas sob Jurisdição Nacional. *Diário Oficial da União.* 27 Jan 2022.
40. Fonseca ASA, Costa DF, Dapper V, et al. Classificação clínico-laboratorial para manejo clínico de trabalhadores expostos ao benzeno em postos de revenda de combustíveis. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2017;42(supl1):e5s. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000127115>
41. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para elaboração de estudo de avaliação de risco à saúde humana por exposição a contaminantes químicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
42. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretriz metodológica: síntese de evidências para políticas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
43. Singer M, Bulled N, Ostrach B, et al. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet.* 2017;389(10072):941-950. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
44. Mendenhall E, Kohrt BA, Norris AS, et al. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *Lancet.* 2022;4(389):951-963. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30402-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30402-6)
45. Carmo EH, Teixeira MG. Desastres tecnológicos e emergências de saúde pública: o caso do derramamento de óleo no litoral do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(2):e00234419. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00234419>
46. Zhu F, Cao Y, Xu S, et al. Co-infection of SARS-CoV-2 and HIV in a patient in Wuhan city, China. *J Med Virol.* 2020;92(6):529. DOI: <https://doi.org/10.1002/jmv.25732>
47. Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19 [Internet]. [local desconhecido]: OPAS/OMS; 2020 [acesso em 2023 mar 3]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
48. Pena PGL, Northcross AL, Lima MAG, et al. The crude oil spill on the Brazilian coast in 2019: the question of public health emergency. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(2):e00231019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00231019>
49. Reis-Filho JA, Quinto D. COVID-19, afastamento social, pesca artesanal e segurança alimentar: como esses temas estão relacionados e quão importante é a soberania dos trabalhadores da pesca diante do cenário distópico. No prelo 2020.
50. Silva BRL, Rodrigues GG. Pescadoras e pescadores artesanais silenciados: impactos Socioambientais do derramamento de petróleo nas comunidades pesqueiras em Pernambuco. *Mares.* 2020;2(2):73-84.
51. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva sa-

- lud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31(1):13-27.
52. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. *Saúde Soc*. 2014;23(4):11-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400005>
53. Detoni PP. Pandemia ou sindemia: os efeitos sociais da covid 19 na América Latina. In: *Anais do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde*; 2021; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; Campinas: Galoá; 2021.
54. Oliveira TRA, Costa JDJ, Almeida GL. Pesca artesanal, políticas públicas e a pandemia de Covid-19: desafios para as comunidades costeiras de Sergipe. *Brazilian J Dev*. 2021;7(2):15952-15970. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-290>
55. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde. *Desastres Naturais e Saúde no Brasil*. Brasília, DF: Opas, Ministério da Saúde; 2015.
56. Ministério do Meio Ambiente (BR), Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Simpósio sobre lições aprendidas: derramamento de óleo de 2019/2020*. Ibama [Internet]. 2023 fev 1 [acesso em 2023 mar 3]. Disponível em: <https://www.gov.br/ibama/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-protecao-ambiental/emergencias-ambientais/manchasdeoleo/simposio>
57. Freitas CM, Peres MCM. O desastre tecnológico envolvendo derramamento de petróleo no Brasil: diagnóstico preliminar sobre lições apreendidas e perspectivas futuras para o setor saúde - Relatório técnico. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp; 2021.
58. Rêgo RF, Müller JS, Falcão IR, et al. Vigilância em saúde do trabalhador da pesca artesanal na Baía de Todos os Santos: da invisibilidade à proposição de políticas públicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Bras Saúde Ocup*. 2018;43(supl1):10. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000003618>
59. United States. Office for Disaster Risk Reduction. *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction* [Internet]. [local desconhecido]: UNDRR; [data desconhecida] [acesso em 2023 nov 21]. Disponível em: https://www.unisdr.org/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf
60. Croisant S, Sullivan J. Studying the Human Health and Ecological Impacts of the Deepwater Horizon Oil Spill Disaster (Part 2): Introduction to This Special Issue of *New Solutions*. *New Solut*. 2018;28(3):410-415. DOI: <https://doi.org/10.1177/1048291118795691>
61. Sullivan J, Croisant S, Howarth M, et al. Building and Maintaining a Citizen Science Network With Fishermen and Fishing Communities Post Deepwater Horizon Oil Disaster Using a CBPR Approach. *New Solut*. 2018;28(3):416-447. DOI: <https://doi.org/10.1177/1048291118795156>

Recebido em 15/05/2023

Aprovado em 06/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Capes, Programa pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde PPSUS - Pernambuco (CNPq/Decit/SCTIE/MS/SES/Facepe). Programa Inova Fiocruz/Encomendas Estratégicas Territórios Sustentáveis e Saudáveis no contexto da pandemia Covid-19

Editores responsáveis: Edmundo Gallo e Francco Antonio Neri de Souza e Lima

Representatividade indígena no ensino superior: promoção de saúde e sustentabilidade além dos territórios

Indigenous representation in higher education: promoting health and sustainability beyond territories

Ana Elisa Rodrigues Alves Ribeiro¹, Regina Célia de Souza Beretta², Wilson Mestriner Junior¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18709P

RESUMO O acesso dos povos indígenas às universidades brasileiras teve um histórico excludente. Com o objetivo de analisar implicações e desdobramentos de suas presenças nesses espaços, uma universidade federal foi objeto deste estudo de intervenção por seu pioneirismo. Estudantes indígenas, docentes e gestores expuseram, em grupos focais e entrevistas, ‘não ditos’ do ensino superior indígena. Verificou-se como seus movimentos contemporâneos saem dos territórios e chegam ao setor, dialogando com as propostas da promoção da saúde, sustentabilidade e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Avanços, dificuldades, contradições e contribuições culturais revelam a importância destes e favorecem questões mais amplas, oferecendo novos olhares a processos desenvolvidos.

PALAVRAS-CHAVE Desenvolvimento sustentável. Práticas interdisciplinares. Políticas afirmativas. Promoção de saúde. Saúde de populações indígenas.

ABSTRACT *Indigenous peoples’ access to Brazilian universities has had an exclusionary history. With the aim of analyzing implications and consequences of their presence in these spaces, a federal university was the object of this intervention study due to its pioneering spirit. Indigenous students, teachers, and managers exposed, in focus groups and interviews, ‘unsaid’ aspects of indigenous higher education. It was verified how their contemporary movements leave the territories and reach the sector, dialoguing with the proposals for health promotion, sustainability, and Sustainable Development Goals. Advances, difficulties, contradictions, and cultural contributions reveal their importance and favor broader issues, offering new perspectives on the processes developed.*

KEYWORDS *Sustainable development. Interdisciplinary practices. Affirmative policies. Health promotion. Health of indigenous populations.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (Forp) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.
anaelisa.rar@gmail.com

²Universidade de Franca (Unifran) – Franca (SP), Brasil.



Introdução

A ênfase na saúde como direito fundamental, como meta social mundial, tem sido dada desde a Conferência de Alma-Ata¹. Da mesma maneira, a preocupação com as questões ambientais e sociais no mundo vem tomando grandes proporções, culminando na pactuação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030². Chegou-se à conclusão de que, para atingirmos essas premissas, são necessárias a ação e inter-relação de muitos outros setores sociais e econômicos, abrindo possibilidades maiores também de verificar potenciais da inter-relação educação-saúde.

O paradigma da promoção da saúde³, como um olhar ampliado para justificativas e desfechos da saúde, já havia sinalizado a importância da paz, da educação, da moradia, da alimentação, da renda, da estabilidade do ecossistema, da justiça social e da equidade para a saúde, por meio de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, mediante o fortalecimento das ações comunitárias e o desenvolvimento de habilidades pessoais. Mais recentemente, esse olhar deu maior ênfase à determinação socioambiental da saúde, relacionando-se com a necessidade de ações de promoção de saúde e sustentabilidade nos territórios⁴.

No setor educacional, como medidas efetivas para reduzir as desigualdades, ocorreu, na década de 1990, a Declaração Mundial sobre Educação para todos, justificativa para universalização do acesso à educação e promoção da equidade, por meio da melhoria de sua qualidade⁵. Quando se trata da diversidade cultural brasileira, em especial o cenário da educação escolar indígena, esse aspecto ainda não se consolidou por completo.

Por meio de lutas, e em função de uma dívida histórica, consolida-se na Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1996⁶, em seu art. 78, o dever de garantir aos indígenas a recuperação de suas memórias, a reafirmação de suas identidades étnicas e a valorização de suas línguas e ciências como forma de

empoderamento. Ao mesmo tempo, a LDB afirma que deve ser facilitado a estes o acesso às informações, aos conhecimentos técnicos e científicos das demais sociedades.

Assim, a educação escolar indígena vem se transformando e se potencializando como instrumento de valorização e sistematização de saberes e práticas tradicionais dessas comunidades, de acesso ao conhecimento ocidental, de redução de iniquidades e de garantia de direitos⁷.

A obrigatoriedade da escolarização de crianças indígenas, agora com o direito ao respeito por seus modos de vida, foi um passo instituinte das questões de empoderamento indígena no setor, assim como gerador de novas questões acerca de como conciliar diferentes visões de mundo e em seus diversos níveis, e de como reconstruir um espaço historicamente colonizador. A sociedade contemporânea não valoriza os fazeres e os saberes dos diversos povos originários, impondo a eles ainda a cultura da sociedade capitalista.

O desaparecimento do Estado em diversos países, após o avanço do neoliberalismo, evidenciou essas exclusões de grupos em diversos setores, o crescimento das desigualdades sociais e um aumento das preocupações com a distribuição de riquezas no interior das formações sociais e no ingresso de grupos populacionais mais desfavorecidos⁸. A pobreza e as inequidades, nesse sentido, apresentam-se como expressão das pautas neoliberais que priorizam o desenvolvimento econômico em detrimento do desenvolvimento social e humano.

De forma a contemplar tudo o que se propunha nessa nova configuração do setor educacional indígena, surge a necessidade de formação de professores indígenas. A figura do professor indígena, falante da língua e conhecedor dos costumes foi levantada como imprescindível para o alcance dessas premissas e para o rompimento do padrão colonizador-catequista, como mediador e gestor dos saberes tradicionais e da transmissão dos saberes ocidentais⁹.

Isso facilitou o acesso dos povos originários brasileiros inicialmente aos cursos de licenciatura nas Instituições de Ensino Superior (IES) a partir de 1998⁹. A partir de então, surgiram ofertas de formação superior indígena direcionadas para o magistério na educação indígena e dos cursos em IES de Licenciaturas Indígenas, para atuação no segundo ciclo do ensino fundamental e no ensino médio¹⁰.

Por meio do Plano Nacional de Educação, de 2001¹¹, estabeleceram-se objetivos e metas para uma educação escolar indígena diferenciada, intercultural, bilíngue e de qualidade. Ressalva-se, ainda, que houve momentos diferentes de oferta de vagas para as diversas áreas do conhecimento, surgindo ainda outras políticas para acesso desses povos ao ensino superior, como a proposta das ações afirmativas¹².

A ‘educação escolar indígena’ favoreceu o acesso indígena às universidades, sustentando a necessidade de um tratamento epistemológico e pedagógico diferenciado⁹, bem como desnudou um perfil eurocêntrico da educação mesmo em um país multicultural como o Brasil¹³.

Esses acontecimentos justificaram e justificam movimentos sociais diversos, em ‘territórios’⁴, que, sendo marcados pelas histórias e experiências de vida das populações, buscaram as respostas e as resoluções eficazes para seus os problemas particulares e os modelos colonizadores. Como exemplo, tem-se o fato de a educação ainda ser privilégio de poucos e ter estado inacessível aos povos originários brasileiros por um grande período⁹.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁴, nas IES, a categorização indígena é inexistente entre os brasileiros de 25 anos ou mais com ensino superior concluído, com uma diferença de 4,7% de negros e de 5,3% de pardos contra 15% de brancos.

A ausência de representatividade das populações indígenas nas IES revela questões sociais profundas que também se relacionam com a exclusão de saberes e possibilidades de mudanças sociais ou ferramentas de promoção

da saúde e sustentabilidade, por meio de uma concepção holística, da intersetorialidade, do empoderamento, da participação social, da equidade e de ações multiestratégicas¹⁵.

No Brasil, a constituição de direitos aos povos originários, como a saúde e a educação, ocorreu concomitantemente a momentos globais^{6,7}; previu a inclusão destes – ao menos documentalmente –, assegurando-lhes o direito à educação escolar e considerando suas especificidades culturais. Entretanto, apesar de avanços normativos dos direitos à educação, estes ainda estão sem a efetividade e a especificidade desejadas.

Continuam sendo necessários as lutas e os movimentos a partir dos territórios e coletivos, assim como a educação. Ademais, o envolvimento de grupos que estejam em desigualdades pode favorecer o empoderamento para as soluções de problemas diversos vividos por estes, a exemplo dos impactos ambientais, que se refletem em outros setores como o da saúde. Além disso, favorecer a garantia de ‘territórios sustentáveis e saudáveis’⁴ pode ser um aspecto potencializador da resolução de questões maiores, como o alcance dos ODS².

Este estudo tem por objetivo apresentar um resultado recorte de uma pesquisa de doutorado¹³ que verificou como a representatividade indígena no ensino superior pode favorecer a promoção de saúde e a sustentabilidade além dos territórios, dialogando com as atuais premissas mundiais.

Material e métodos

Campo da pesquisa

Este trabalho foi desenvolvido de maneira participativa, tendo como objeto de estudo a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). A escolha dessa universidade se deu por esta ser a primeira instituição federal a implementar ações afirmativas voltadas exclusivamente a indígenas em todos os cursos superiores, não

somente na formação de professores, visto que, antes disso, esses povos tinham acesso às IES majoritariamente por políticas estaduais e locais.

Essa instituição foi analisada por pesquisadores que não estavam implicados em sua proposta político-pedagógica. Assim, o projeto foi submetido à aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) das duas IES envolvidas, Universidade de Franca e UFSCar, sendo o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 217746194.0000.5495 do centro coordenador, sob parecer nº 4.690.243; e o CAAE nº 217746194.3001.5504 do centro coparticipante, sob parecer nº 4.192.614, em conformidade com a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para as ciências humanas e sociais.

Em 2005, foi instalada na UFSCar uma Comissão de Ações Afirmativas a fim de construir coletivamente propostas para o Programa de Ações Afirmativas (PAA). Por meio de debates acerca das questões relativas às desigualdades educacionais, econômicas, sociais e raciais que constituem a sociedade brasileira, criou-se uma política interna sobre o assunto¹⁶.

Desde o início das políticas nacionais de ações afirmativas em 2008, por meio do PAA, seu processo seletivo para esses povos ocorre em 64 opções de cursos de graduação presenciais com provas aplicadas em cidades estratégicas como Cuiabá, Manaus Recife e São Paulo. Tal processo requer inscrições com a declaração de etnia e de vínculo com a comunidade indígena, o questionário socioeducacional e a realização das provas de vestibular para os diversos *campi*¹⁶.

O coletivo de estudantes indígenas da instituição é composto atualmente por mais de 400 estudantes de diversos povos originários. A proposta inicial deste estudo envolvia os estudantes indígenas bolsistas da área da saúde, mas, em um segundo momento, foi ampliada para todo o coletivo de estudantes da instituição de todos os campos do conhecimento; e, em um terceiro momento, foi acrescido o grupo

de docentes ligados diretamente às questões de formação desses estudantes e gestão de PAA, para melhor compreensão do contexto e do papel desses atores sociais para o recorte da promoção da saúde e sustentabilidade¹⁷.

Procedimentos metodológicos

Em decorrência do momento global de pandemia do novo coronavírus (Sars-CoV-2), adequou-se a metodologia de coleta de dados do grupo focal presencial para a forma online em um total de quatro encontros de duas horas^{18,19}. O levantamento de dados foi feito com os grupos de estudantes indígenas e docentes/gestores, e complementado com entrevistas semidiretivas virtuais²⁰.

Como critérios para inclusão do participante da pesquisa, o estudante deveria fazer parte do grupo de estudantes indígenas, sendo critério de exclusão a menoridade do participante (menores de 18 anos). De forma similar, para a inclusão do docente participante, este deveria fazer parte do grupo de docentes ligados à formação indígena, e o critério de exclusão foi o não envolvimento com a formação de estudantes indígenas da IES em estudo.

A amostra do grupo de estudantes indígenas que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi heterogênea: graduandos das diversas áreas do conhecimento envolvendo desde o campo da saúde até o campo das ciências humanas e exatas. Esse grupo foi composto de cinco estudantes do sexo feminino e de três do sexo masculino, sendo que, destes, oito participaram – efetivamente sete pessoas: quatro do sexo feminino e três do sexo masculino. Do total de participantes, cinco etnias indígenas foram representadas, sendo uma delas simbolizada por três estudantes.

A amostra do grupo de docentes que assinaram o TCLE foi heterogênea no que diz respeito ao gênero participante, sendo duas do sexo feminino e um do sexo masculino. Suas funções na IES também eram heterogêneas: uma delas docente/gestora do campo

da educação, que vivenciou toda a consolidação política institucional de vagas para esses grupos; outra, participante há pouco tempo do quadro docente da saúde; e o terceiro, docente da saúde com cargos de gestão atuais nas PAA institucionais.

Para análise e tratamento desses dados, foi utilizada a metodologia da Análise do Conteúdo de Bardin²¹ sem o recurso de *softwares*. A classificação das categorias iniciou-se com a 'leitura flutuante', pré-análise, aplicando as regras da exaustividade, da representatividade e a homogeneidade no conteúdo transcrito das comunicações e os princípios da pertinência, adaptando-os aos objetivos da pesquisa e da exclusividade.

Ao final, codificaram-se os dados em unidades de registro, para realizar as escolhas das categorias, como formas de pensamento que refletissem essa realidade pioneira do 'ensino superior indígena' principalmente neste trabalho, enfatizando aqui a importância desses atores sociais nesses espaços para a promoção da saúde e alcance dos ODS². De 39 categorias iniciais, chegou-se a 4 categorias finais sobre a temática, propondo-se, no atual trabalho, a tratar com maior profundidade a quarta categoria, que diz respeito às contribuições da formação superior indígena para promoção da saúde nas comunidades e na saúde do planeta.

Uma vez que o presente estudo envolveu seres humanos, como anteriormente citado, o projeto foi submetido para aprovação dos CEP das IES envolvidas.

Resultados e discussão

A primeira categoria relacionou-se com os avanços no acesso e na permanência estudantil indígena na universidade, as conformações dessas IES e sua política interna, que favorecem esse acesso ao que lhes é de direito, mas também revelando movimentos coletivos dos próprios indígenas e suas comunidades, de empoderamento político desses povos para a ocupação de espaços que antes lhes foram privados.

As portarias dos documentos da Fundação Nacional do Índio (Funai)^{22,23} mostram que houve reivindicação para que as diversas modalidades de exercício profissional qualificado, no campo das políticas públicas indigenistas e dos projetos voltados para as comunidades, pudessem ser cada vez mais ocupadas por seus membros, nos mais diversos campos do conhecimento. Isso também se confirmou com a inclusão dos indígenas no Programa Universidade para Todos (Prouni) em uma política mais ampla de acesso às IES no País²⁴, além da possibilidade de equidade de acesso às IES para indígenas por meio da ação afirmativa registrada a partir do Projeto de Lei nº 180/2008 e aprovada em 2012 na forma da Lei nº 12.711/2012²⁵.

Acerca dos avanços em quantidade de recursos oferecidos e inovações para a permanência estudantil indígena em 2008, no estado do Paraná, que possuía políticas afirmativas estaduais em um único 'Vestibular dos Povos Indígenas do Paraná', aspectos das políticas de permanência dos estudantes indígenas, houve maioria declarando que o auxílio oferecido era insuficiente²⁶.

A UFSCar possui um Programa de Assistência Estudantil, de Bolsa Alimentação, Bolsa Moradia e Bolsa Atividade que atualmente se estende aos indígenas ingressantes. Além disso, nos dois primeiros anos do PAA, foi contemplada com recursos da Fundação Ford para bolsas de iniciação científica. No presente, para o apoio à permanência de estudantes ingressantes por reserva de vagas, há o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – Ações Afirmativas (Pibic-AF), os Pet/Conexões de saberes e Pet/Ações em Saúde e Tutorias.

Esse foi um aspecto que quase não precisou ser levantado ao longo da discussão com os estudantes participantes desta pesquisa, mas, apesar dos avanços, percebeu-se também que, em um comparativo entre períodos, houve retrocessos de propostas já institucionalizadas nessa IES, assim como em todo o País.

Em mais de dez anos de ações afirmativas nas IES federais, pode-se dizer também que houve melhorias na vida estudantil para esses grupos graças ao próprio movimento estudantil indígena, inclusive, para novas integrações às propostas institucionais. O protagonismo deles esteve presente como resistência, como relatado pela participante gestora:

Quando eles vieram fazer sugestões para a ampliação da quantidade de vagas, a forma de inserção de ingresso deles, que era totalmente diferente do que é hoje em dia, a gente implantou tudo na universidade tal como eles nos pediram. [...] Fizemos um livro para dizer como foi o processo de implantação da ação afirmativa indígena [...] cujos capítulos são escritos pelos próprios indígenas que passaram pelo processo junto com os professores que os acompanharam. (Participante gestora).

Tais melhorias institucionais, além de auxiliar a permanência e a formação dos estudantes indígenas, possibilitam também o empoderamento, por meio dessas forças sociais coletivas que foram incorporadas ao longo do tempo, na conformação inclusive de um Centro de Culturas Indígenas (CCI) na IES¹⁶.

A segunda categoria relacionou-se com as dificuldades enfrentadas pelos estudantes indígenas e no trabalho com esses grupos, como problemas relacionados com as defasagens de aprendizagem, estigmas, preconceito e discriminações, reproduções da própria realidade nacional.

Pode-se considerar que a organização das diversas IES no Brasil para receber esses grupos é irregular. Isso ocorre muitas vezes não considerando de forma profunda suas especificidades, o que resulta em evasões e sofrimento desses estudantes já descritos pela literatura²⁷, bem como presente nos resultados da segunda categoria deste estudo, como destaca o dado abaixo:

[...] e também enfrentar o racismo, a exclusão, reconhecer que a gente não tem as mesmas aberturas, para conversar com os professores, para tirar

dúvidas, muitas vezes os professores eles não têm o preparo para receberem estes estudantes [...] ser o único indígena de uma turma de quarenta alunos, isso gera uma pressão muito grande na gente, a gente se sente muito diferente, muito destacado dos demais, e são muitos olhares sobre nós, então as vezes é difícil. (Indígena participante).

O problema do acesso não envolve apenas questões intrínsecas daqueles que chegam, como a baixa escolaridade, mas também o próprio desenvolvimento institucional para lidar com a questão cultural ou fomentar a interculturalidade, aspectos que devem ser incorporados, inclusive, nos currículos, nas capacitações, nos eventos e onde mais couberem²⁸.

Esses pontos fazem refletir o papel das universidades e da representatividade indígena nesses espaços, dialogam com o alcance de alguns dos ODS, como ODS 10, que trata da redução de desigualdades, o ODS 4, sobre acesso à educação de qualidade, e o ODS 16, no fomento da paz e justiça².

A terceira categoria relacionou-se com as contradições e as contribuições dos saberes científicos e do saber tradicional indígena na IES e nas maneiras institucionais próprias de lidar com essas questões. O atual estudo revela que ‘encontro’ de cosmovisões diversas entre indígenas e não indígenas e das mais diversas etnias coloca em questão a epistemologia do ambiente universitário institucionalizado predominantemente de saber ocidental, assim como certa rigidez na modificação dessa estrutura.

Esperava-se que o espaço universitário se abrindo (ou sendo aberto) para os diversos povos indígenas se caracterizasse por “um lugar estratégico [...] para a defesa dos direitos indígenas, para a gestão dos territórios, fortalecimento das organizações”²⁸⁽⁸⁾, relacionando possibilidades de autonomia e empoderamento coletivo. Esses espaços tiveram avanços na inclusão desses grupos, bem como revelam mordanças ou contradições para essas profecias por não reconhecerem ou dialogarem com os saberes tradicionais indígenas.

Apesar desses aspectos, um ponto-chave evidenciado nesse processo investigativo, e que ganha ênfase no atual trabalho – visto que rompe com a ideia de que vagas para indígenas beneficiam apenas uma minoria excluída –, é a quarta categoria encontrada. Esta última está relacionada com as contribuições da formação superior indígena para promoção da saúde e sustentabilidade nas comunidades indígenas, assim como no mundo, dialogando com o alcance dos ODS para 2030².

O acesso dos diversos povos indígenas do Brasil à educação, mais especificamente no nível superior, recoloca esses grupos e indivíduos como atores sociopolíticos, dando voz e considerando suas proposições de forma mais direta²⁸ e que refletem nos seus territórios. Por exemplo, a formação de professores que garantam a preservação da cultura ou de outros profissionais no domínio das questões de posse de terras e sustentabilidade.

No entanto, assim como a literatura já sinalizou, a depender de como ocorre essa institucionalização da formação superior indígena, favorecem-se ou não esses pontos e a perspectiva da interculturalidade²⁶⁻²⁸, a formação de não indígenas para a questão étnico-racial. Estamos diante de uma possibilidade de mudança para outros setores da sociedade, de repensar na rigidez das IES e de aplicar o conceito real do termo universidade como universo de saberes.

Para fortalecer esse achado, em 2014, o Plano Nacional de Educação, por meio da Lei nº 13.005, de 25 de junho²⁹, direcionou a promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos, à diversidade e à sustentabilidade socioambiental no intuito de superar as desigualdades educacionais, promover a cidadania e erradicar a discriminação².

Em 2017, o Ministério da Educação, em conjunto com o Ministério da Justiça e Cidadania, abriu o ‘Pacto Universitário pela Promoção do Respeito à Diversidade, da Cultura da Paz e dos Direitos Humanos’ para adesão das IES e das entidades apoiadoras³⁰.

Ao enfatizar as questões de contato de culturas, e da construção conjunta de saídas para o desenvolvimento global e para a saúde, pode-se compreender que o acesso ao ensino superior e à qualificação profissional para os diversos povos indígenas do Brasil significa meios de combate à pobreza, de promoção da prosperidade e bem-estar para as suas comunidades, mas que refletem também no benefício de todos².

[...] a presença dos indígenas aqui ela não surge da política da IES entendeu. Então, os indígenas que estão aqui eles não estão aqui porque eles foram sensibilizados pela política da IES eles estão sensibilizados pela militância indígena para que o indígena esteja nas universidades de uma forma geral, não importa se a política interna prevê o benefício para as comunidades ou não, porque isso é muito maior [...] estar na universidade é uma implicação coletiva, não é uma implicação individual. (Gestor participante).

Pode-se dizer que há, na prática, uma sobreposição das finalidades: “[...] não têm a finalidade de formar para a devolução na comunidade, mas eles devolvem é engraçado, porque eles vêm para cá e eles acabam devolvendo” (Gestor participante).

Ao serem motivados a discorrer sobre os intuitos da formação superior e se achavam que ela teria alguma relação com a saúde, todos os participantes indígenas trouxeram um olhar para as suas comunidades de origem, ou com esse movimento indígena coletivo, e da intersectorialidade saúde-educação:

[...] ajudar nossos parentes para melhorar a qualidade do ensino [...] e com isso eles vão poder passar no vestibular e fazer outro curso tipo enfermagem, que tem a ver com a saúde né [...]. (Indígena participante).

Outras falas também revelam como a formação é utilizada para a preservação da cultura e a resolução de problemas enfrentados, consequentemente para a promoção da saúde³¹.

Houve, igualmente, um relato estudantil indígena de apropriação da modalidade da Educação Permanente em Saúde, uma política nacional que também interliga os setores da saúde e da educação³², para capacitação de agentes indígenas de saúde, porém, sobre temas da própria cultura tradicional:

[...] nós temos conhecimentos tradicionais medicinais, é isso que nós estamos tentando revitalizar porque por algum tempo foi esquecido, então, o que que a gente está fazendo, estamos tentando capacitar os agentes indígenas de saúde para que eles também possam aprender as plantas medicinais que a nossa comunidade tem. (Índigena participante).

Para os atores sociais deste estudo, há o reconhecimento dessa proximidade inter-setorial, independentemente do campo de formação, em decorrência de suas cosmovisões *“[...] a gente é bem atento às questões da saúde [...] a educação ela acompanha bastante a saúde, a educação indígena”* (Índigena participante).

Ademais, existe o papel do estudante indígena do ensino superior como educador em sua realidade, visto que, muitas vezes, são os que apresentam o maior grau de formação e recebem responsabilidades sociais em razão disso³³. Todas as atividades vividas no âmbito acadêmico irão inspirar ações educativas nas realidades de origem, como presente no relato de uma estudante.

Nos primeiros anos de graduação, eles desenvolveram, nos Centros de Referência de Assistência Social da região universitária, atividades voltadas para o público idoso sobre o campo da terapia ocupacional. A indígena participante relatou que teve toda essa compreensão das mudanças fisiológicas que ocorrem nos idosos, como a perda do paladar, alterações musculares, de visão, olfato, e que interferem na vida e na forma como os familiares desses idosos lidam com isso.

Após desenvolver essa atividade no curso, e voltar para sua comunidade nas férias, ela convidou mais um indígena aluno de sua

comunidade para levarem esses saberes e esses aprendizados para seu povo. Os anciãos ficaram muito felizes e muito admirados ao saberem que os estudantes já haviam aprendido essas coisas, bem como ensinado à comunidade sobre todas essas mudanças que acontecem com os idosos. Antes mesmo de se formar, ela conseguiu aplicar de forma adaptada esses saberes de saúde e promover saúde em sua comunidade³³.

A despeito do caminho inverso de promoção de saberes, a LDB⁶, em dois artigos (Título VII, arts.78 e 79), aponta oficialmente um tipo de educação diferenciada para os indígenas que garanta a recuperação e a reafirmação de seus conhecimentos específicos, além do acesso aos conhecimentos dos não indígenas. Os dados produzidos neste estudo revelam o caminho de acesso ao conhecimento não indígena, porém, ainda há poucos movimentos institucionais para reafirmações de conhecimentos específicos indígenas³⁴. Tal fato se revela na fala docente:

Para os professores, tem um impacto pequeno, porque a maior parte dos professores trata com invisibilidade a presença dos indígenas nos cursos [...] Mas foi a presença deles na universidade que favoreceu a construção de projetos de extensão, de pesquisa relacionados à saúde indígena, todos esses projetos talvez não existissem antes, várias coisas ligadas e provocadas pela presença deles [...] O coletivo mais do que a presença individual nos cursos, porque eles acabam ficando muito invisíveis, é um a cada curso, por ano [...] A gente não tem nenhum docente indígena. Quando a gente tiver algum docente indígena eu acho que começa a favorecer um pouco mais o outro lado. (Professor participante).

Os cursos superiores não possuem dedicação exclusiva de docentes ou pesquisadores para este fim, uma grade curricular que dialogue com essa premissa e, mais importante, não possuem docentes indígenas³⁵. Assim, nas IES, ainda é proposto dialogar mais com as PAA, favorecendo o acesso e a equidade educacional,

e não tanto no movimento próprio estudantil indígena para tratar de temáticas específicas indígenas na IES.

Esse dado poderia favorecer esses aspectos intersetoriais presentes nas políticas educacionais e na proposta da promoção de saúde, favoreceria também muitas outras questões vividas por esses estudantes dentro das IES e em sociedade, como a invisibilidade de seus saberes milenares, o preconceito e o reconhecimento da diversidade indígena³⁴.

Nas IES, financiamentos com essa finalidade são raros ou pontuais, bem como a mobilização e a sensibilização da comunidade acadêmica para esse propósito. A medicina tradicional indígena, milenar, está presente nos relatos dos estudantes seja em função de iniquidades da saúde ocidental, seja por escolhas da própria comunidade³¹, e que também poderia beneficiar a todos.

Na minha aldeia [...] que fica bem distante do município, [...] como se sabe na Amazônia não tem estrada então a gente pega pelo rio, e fora isso tem as dificuldades as cachoeiras e tal [...] Então por mais que o pessoal do DSEI ou Distritos Sanitários Especiais Indígenas façam sua parte mesmo assim continua sendo uma das piores áreas para atendimento [...] ao direito que nós temos né que é esse da saúde. [...] Mas com relação aos medicamentos que chega no polo base, são os medicamentos muito básicos, e são medicamentos tipo que a gente consegue nós mesmos lá, nós moradores consegue solucionar com as plantas medicinais, só que nem toda vez as nossas coisas vão funcionar vamos juntando os dois conhecimentos. (Indígena participante).

A interculturalidade, nesse sentido, configura-se, de certa maneira, como uma forma de resistência, exemplificando a forma como os diversos povos indígenas se apropriaram e se apropriam de representações, que não lhes são próprias, configurando novas perspectivas³⁶. A contextualização desse setor ao longo das discussões favoreceu a compreensão do impacto que a formação superior indígena

poderia desempenhar para a promoção da saúde, mesmo que indiretamente, e como estes lidam com as questões dos serviços de saúde indígena e seus saberes ancestrais de saúde:

[...] geralmente eles têm bastante essa recusa dentro da aldeia de ser atendido pelo médico branco, porque eles acreditam ainda muito no remédio da sua comunidade. (Indígena participante).

As diversas realidades da estrutura física da saúde indígena foram reveladas em todas as falas. A covid-19 também foi tratada acerca das medicações tradicionais e das cosmovisões sobre o que seria melhor para a saúde dos doentes nesse momento:

Estamos tentando ver as possibilidades de conseguir uns chás tradicionais aqui para levar para hospital, eu não queria levar ele para hospital seria ideal tratar ele aqui mesmo em casa, mas nem todas as pessoas pensam assim por parte da família, a maioria quis levar ele para o hospital então eu só concordei. (Indígena participante).

Um ensino superior significativo poderia contribuir melhor para esses anseios que são próprios das comunidades que enviam seus membros para essa formação, preenchendo lacunas e inequidades de saúde desses territórios. Sobre a necessidade de profissionais diversos, além da equipe multidisciplinar que normalmente se apresenta nas comunidades, algumas falas estudantis indígenas sinalizam potencialidades ainda não praticadas nos territórios:

A estrutura de saúde é relativamente boa [...] mas precisava agora ter profissionais de uma equipe multiprofissional como fisioterapeutas, terapeuta ocupacional etc. para não procurar meios particulares. (Indígena participante).

O acesso à IES favorece, portanto, a tomada de consciência dos direitos em saúde. Após o contato com as diversas áreas do conhecimento no âmbito da formação, existe o

reconhecimento dos campos variados que ainda não são acessíveis à grande maioria dos povos indígenas no País. Não somente nos territórios, mas também para o acesso aos diversos níveis da atenção, a formação de indígenas e a abordagem da temática indígena colaboram para a saúde indígena¹⁷, como presente na fala docente:

A gente tem egressos nossos que estão trabalhando nas aldeias, que estão trabalhando em outros espaços que não são as aldeias de origem e potencializam o trabalho de saúde indígena, por exemplo um indígena que está em um hospital onde ele recebe outros indígenas, ele está no hospital e ele sensibiliza outras pessoas ali da importância de acolher de forma diferente o indígena. (Professor participante).

Um dos eixos centrais de diálogo entre o paradigma da promoção da saúde, a sustentabilidade e o acesso indígena às IES é o empoderamento^{3,37}. Este aparece em muitas das participações desta pesquisa e coloca a formação como um caminho de alcançar melhorias nos territórios originários, além ampliar o ‘poder’ de escolha das comunidades, o que também dialoga com as premissas para 2030² de redução de desigualdades, oferta de saúde de qualidade, erradicação da pobreza, sem contar todos os objetivos relacionados com o meio ambiente e a sustentabilidade, que estão diretamente relacionados com as comunidades originárias³⁸. Exemplo disso pode ser visto na fala da participante:

[...] Ser indígena então na universidade hoje é ter essa consciência e essa sensibilidade de que se não for nós lutarmos pelo nosso direito e por melhorias, não vai ser o não-indígena que vai [...] a gente tem que aproveitar muito isso para levar o melhor sempre para a nossa comunidade, não só para nossa família e nosso povo mas para outros povos que estão em situação de vulnerabilidade e que realmente precisam de uma representação nestes lugares de fala, nestes lugares privilegiados como a universidade é, ocupando estes espaços e

lutando sempre para que outras pessoas, dos indígenas, também tenham a oportunidade de estar, então o grande objetivo da maioria dos indígenas de estarem na universidade é de levar melhorias para seu povo, eu acredito. (Indígena participante).

Acerca das possibilidades de contribuição, Urquiza, Nascimento e Espíndola, em 2011³⁴, trataram da formação superior não apenas como uma questão de inclusão social, mas também do reconhecimento e da promoção de valores e visões de mundo diferenciados. Para o empoderamento dos territórios e fora deles, os povos indígenas buscam no ensino superior a possibilidade de fortalecer os próprios conhecimentos indígenas, reelaborar mecanismos de produção e negociação de conhecimentos para que possam gerir seus territórios, planejar e desenvolver projetos em proveito de suas comunidades³⁷.

Uma das participantes do grupo docente também tratou dessa construção e do empoderamento desses estudantes dentro do processo de formação superior, da questão da resiliência.

As universidades, no acompanhamento dos estudantes indígenas e seus representantes, estariam, de certa forma, contribuindo para o fortalecimento da autonomia desses estudantes e para a resolução de suas demandas, individuais e coletivas. Tal aspecto foi revelado na fala gestora sobre representantes desses grupos que ‘organizam’ os movimentos institucionais, bem como sobre o movimento de empoderamento dos atores sociais indígenas:

Ele é uma autoridade, engajado. Tratou logo de aprender a língua, fala espanhol, português, fala um monte de coisa hoje em dia. Está no mestrado [...] E ele faz esse processo do empoderamento, de vez em quando ele se afasta, de vez em quando ele volta para chamar o povo. (Gestor participante).

Nessa reflexão, questiona-se acerca da escolha de quem vai cursar a universidade vir da comunidade, e como as IES podem fortalecer e interferir nesses movimentos em suas

políticas internas. São perspectivas coletivas e individuais de acesso – vagas específicas ou lei de cotas respectivamente –, mas também o reconhecimento de que o movimento de acesso indígena a essa IES acontece vinculado à comunidade, presente na fala gestora:

É claro que poderia ter políticas que favorecessem essa coletividade [...] Mas a gente exige uma declaração da comunidade para o indígena, que ingressa na universidade, a partir do momento que eu exijo um documento comunitário, um indígena que vive na cidade isolado de seu povo, ele não consegue ingressar, sozinho [...] é uma assinatura que implica em um compromisso [...] Então a política institucional tem algumas coisas que favorecem o indivíduo e tem também algumas coisas que favorecem o coletivo. [...] hoje todos os indígenas que estão na universidade são pelas afirmativas específicas pelas reservas de vagas, e não pela lei de cotas que usa a autodeclaração. (Gestor participante).

Esse movimento genuíno, de resistência, de característica inclusive radical, ofensiva, ou de criação de um novo poder também, revela relações de poder a que esses povos estiveram por muito tempo submetidos, mas que resistiram por mais de 500 anos e se organizam para retomá-lo³⁸.

Considerações finais

A busca por políticas que favoreçam seus projetos de autonomia e sustentabilidade também nos espaços universitários é apresentada como luta. Os dispositivos aqui tratados se propuseram, então, a dar ênfase ao olhar indígena sobre todo esse processo, no intuito gerar novos olhares e perspectivas futuras.

Nesse sentido, também é preciso considerar o que representa a promoção dos saberes tradicionais indígenas dentro das IES. Esses pontos demandam ajustes internos nas universidades

e, conseqüentemente, geram resistências. No entanto, este trabalho também representa uma possibilidade de verificar como a presença indígena nas IES extrapola as necessidades próprias destes, e de seus territórios, modifica estruturas institucionais e sociais e favorece a sustentabilidade no planeta.

O acesso às cosmovisões diversas, os mecanismos de interculturalidade e a própria diversidade nesses espaços são promotores de saúde e de sustentabilidade: no respeito às diferenças e conseqüente redução da violência, na promoção da igualdade social, na oferta de educação e saúde de qualidade, no olhar ampliado para a realidade brasileira e das minorias no mundo todo.

Suas conquistas podem ampliar discussões para questões mais complexas e globais e precisam ser potencializadas por políticas de valorização e resgate da cultura dos povos originários. O momento vem revelando esta necessidade: a representatividade indígena no ensino superior precisa ser revisitada não só em virtude do modelo colonizador, mas também porque pode ser um avanço, como o da criação do Ministério dos Povos Indígenas no Brasil e do Ministério da Igualdade Racial na atualidade, para promoção de saúde e sustentabilidade também além dos territórios.

Colaboradores

Ribeiro AERA (0000-0002-8057-3049)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho e da aprovação da versão final do manuscrito. Beretta RCS (0000-0003-2817-0805)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Mestriner Junior W (0000-0003-2202-388X)* contribuiu para concepção, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS: OMS; 6-12 set. 1978.
2. Organização das Nações Unidas do Brasil. Momento de ação global para as pessoas e o planeta [Internet]. Brasília, DF: Nações Unidas Brasil; 2015 [acesso em 2018 jun 25]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/>
3. Ministério da saúde (BR), Secretaria de vigilância em saúde, Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de promoção da saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Série b. Textos básicos de saúde. Série pactos pela saúde 2006, v. 7).
4. Fundação Oswaldo Cruz. Programa institucional territórios sustentáveis e saudáveis: termo de referência conceitual e metodológico e proposta de governança. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
5. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração mundial sobre educação para todos, jomtien [Internet]. [local desconhecido]: Unesco; 1990 [acesso em 2024 mar 8]. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000108.pdf>
6. Presidência da República (BR). Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. 23 Dez 1996.
7. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
8. Pires-Alves FA, Cueto M. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(7):2135-2144. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02032017>
9. Nascimento AC, Vieira CMN. A escola indígena Guarani e Kaiowá em Mato Grosso do Sul: experiência emancipatória de educação. Anais do 26º Simpósio Nacional de História; 2011 jun; São Paulo. São Paulo: ANPUH; 2011.
10. Gonçalves E, Mello F. Educação Indígena. Paraná: Colégio Estadual Wolf Klabin; 2009.
11. Presidência da República (BR). Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 Jun 2014.
12. Presidência da República. Lei 11.645, de 10 de março de 2008. Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei no 10.639, de 9 de janeiro de 2003, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”. Diário Oficial da União. 11 Mar 2008.
13. Ribeiro AERA. Representatividade indígena no ensino superior para a promoção da saúde e alcance dos objetivos do desenvolvimento sustentável: uma análise institucional [tese]. Franca: Universidade de Franca; 2021. 211 p.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico – características gerais da população, religião e pessoas com deficiência [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2012 [acesso em 2019 mar 29]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
15. Organização Mundial da Saúde. Segunda conferência internacional sobre promoção da saúde; 5-9 abr 1988; Adelaide (Aus): OMS; 1988.
16. Universidade Federal de São Carlos. Centro de Culturas Indígenas [Internet]. São Carlos: UFSCar; [data desconhecida] [acesso em 2024 mar 20]. Disponível em: <https://cciufscar.wixsite.com/ufscar>
17. Ribeiro AERA, Beretta RCS, Mestriner W. Promoção da saúde e efetivação da Reforma Sanitária no contexto dos povos originários. Saúde de-

- bate. 2019;43(esp8):292-304. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S821>
18. Moore T, Mckee K, Mcloughlin PJ. Online focus groups and qualitative research in the social sciences: their merits and limitations in a study of housing and youth, *People, Place and Policy*. 2015;9(1):17-28. DOI: <https://doi.org/10.3351/ppp.0009.0001.0002>
 19. Lobe B. Best practices for synchronous online focus groups. In: Barbour R, Morgan D editores. *A new era in focus group research*. London: Palgrave Macmillan; 2017. DOI: https://doi.org/10.1057/978-1-137-58614-8_11
 20. Holstein JA. *Inside interviewing: New lenses, new concerns*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2003.
 21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011. 229 p.
 22. Fundação Nacional do Índio (BR). Portaria da presidência nº 63, de 23 de janeiro. *Boletim de serviço da FUNAI*. 2006;19(2).
 23. Fundação Nacional do Índio (BR). Portaria da presidência nº 849, de 4 de agosto. *Boletim de serviço da FUNAI*. 2009;22(15-16).
 24. Vianna FLB, Ferreira EML, Landa BS, et al. Indígenas no ensino superior: as experiências do programa Rede de Saberes, em Mato Grosso do Sul. Rio de Janeiro: E-Papers; 2014.
 25. Frias L. As cotas raciais e sociais em universidades públicas são injustas? *Direito Est Soc*. 2012;(41):154-164. DOI: <https://doi.org/10.17808/des.41.157>
 26. Paulino MM. Povos indígenas e ações afirmativas: o caso do Paraná [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008. 162 p.
 27. Herbetta AF, Nazareno E. Sofrimento acadêmico e violência epistêmica: considerações iniciais sobre dores vividas em trajetórias acadêmicas indígenas. *Tellus*. 2020;20(41):57-82. DOI: <https://doi.org/10.20435/tellus.v20i41.640>
 28. Lima ACS, Barroso-Hoffmann M, organizadores. *Desafios para uma educação superior para os povos indígenas no Brasil – políticas públicas de ação afirmativa e direitos culturais diferenciados*. Rio de Janeiro: Laced; 2007.
 29. Ministério da Educação (BR); Ministério da Justiça, Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. *Plano nacional de educação em direitos humanos*. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2006.
 30. Ministério da Justiça e Cidadania (BR); Ministério da Educação. *Acordo de cooperação nº01 de 2016. Para a instituição do pacto nacional universitário. Pela promoção do respeito à diversidade, da cultura de paz e dos direitos humanos*. Brasília, DF: Ministério da justiça e cidadania; 2017.
 31. Pereira ER, Biruel EP, Oliveira LSS, et al. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saude Soc*. 2014;23(3):1077-1090. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300027>
 32. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
 33. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. *Programa de qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
 34. Urquiza AHA, Nascimento AC, Espíndola MAJ. Jovens indígenas e o ensino superior em Mato Grosso do Sul: desafios e perspectivas na busca por autonomia e respeito à diversidade. *Tellus*. 2011;11(20):79-97.

35. Silva JAC. Docência indígena no extremo oeste brasileiro: uma experiência de formação em andamento. *REA*. 2013;21(esp):76-102. DOI: <https://doi.org/10.17058/rea.v0i0.3301>
36. Monteiro P, organizadora. Deus na aldeia, missionários, índios e mediação cultural. São Paulo: Globo, 2006.
37. Berth J. O que é empoderamento? Belo Horizonte: Letramento; 2018.
38. Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 26/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Agência de Fomento Capes e apoio institucional da Universidade de Franca

Editoras responsáveis: Adriana Miranda de Castro e Bruna Drumond Silveira

A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como estratégia para equidade em saúde e territórios sustentáveis e saudáveis

The 2030 Agenda and the Sustainable Development Goals (SDGs) as a strategy for health equity and sustainable and healthy territories

Ana Luisa Jorge Martins¹, Wanessa Debôrtoli Miranda^{1,2}, Fabrício Silveira¹, Rômulo Paes-Sousa¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18828P

RESUMO A partir do exercício narrativo, este artigo examina o conceito de desigualdades em saúde, sua relação com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e os desafios da operacionalização do princípio da Agenda 2030 de ‘Não deixar ninguém para trás’ (*Leaving No One Behind* – LNOB). Também são destacadas as implicações desses debates para a implementação dos ODS, direcionadas para grupos populacionais vulnerabilizados em territorialidades locais e sua efetiva participação nesse processo. Por fim, apresenta a Atenção Primária à Saúde, dentro do contexto brasileiro, enquanto estratégia de atenção integral à saúde que se concentra na prevenção, na promoção e na reabilitação dos usuários, podendo contribuir para a abordagem local do LNOB e para a criação de territórios sustentáveis e saudáveis. Já se está na metade do período acertado para o prazo final da agenda, e os desafios são muitos. É necessário urgência em sua implementação, o que exige planejamento nacional, investimento na capacidade do setor público e infraestrutura digital, capacitação dos governos locais e melhorias no monitoramento e revisão dos ODS. Inclui, ainda, a importância de enfrentar os desafios emergentes e preencher as lacunas existentes na arquitetura internacional relacionada com os ODS desde 2015.

PALAVRAS-CHAVE Desenvolvimento sustentável. Iniquidades em saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT Based on the narrative exercise, this article examines the concept of health inequalities, its relationship with the Sustainable Development Goals (SDGs) and challenges in operationalizing the 2030 Agenda principle of ‘Leaving No One Behind’ (LNOB). The implications of these debates for the implementation of the SDGs aimed at vulnerable population groups in local territories and their effective participation in this process are also highlighted. Finally, it presents Primary Health Care, in the Brazilian context, as a fundamental health care strategy that focuses on prevention, promotion and rehabilitation of users, and can contribute to the local LNOB approach and the creation of sustainable and healthy territories. We are halfway through the scheduled deadline for the agenda, and the challenges are many. Urgency is needed in its implementation, which requires national planning, investment in public sector capacity and digital infrastructure, capacity building of local governments and improvements in monitoring and reviewing the SDGs. It also includes the importance of facing emerging challenges and filling existing gaps in the international architecture related to the SDGs since 2015.

KEYWORDS Sustainable development. Health inequities. Primary Health Care.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto René Rachou (IRR - Fiocruz Minas) - Belo Horizonte (BH), Brasil.
ana.martins@fiocruz.br

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (BH), Brasil.



Introdução

A multidimensionalidade do processo de desenvolvimento e o combate às desigualdades são eixos centrais da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. O plano de ação adotado em 2015 pelos 193 Estados-Membros das Nações Unidas estabeleceu um conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a serem alcançados até o ano de 2030. No centro da Agenda, para além da integralidade dos objetivos, está o princípio transformador central de ‘Não deixar ninguém para trás’ (*Leaving No One Behind* – LNOB). O LNOB enfatiza a necessidade de garantir que todas as pessoas se beneficiem do desenvolvimento, independentemente da sua residência, renda, gênero, etnia, entre outros fatores^{1,2}.

Estratégias para o desenvolvimento local sustentável e saudável podem tornar mais eficaz a implementação da abordagem LNOB. Uma comunidade sustentável e saudável é aquela que atende às necessidades de seus habitantes dentro do contexto ambiental e socialmente sustentável. Dessa forma, a implementação da Agenda 2030 exige a sua adoção em todos os níveis governamentais, bem como a identificação de indicadores para o monitoramento local. Isso significa que os ODS precisam ser traduzidos localmente em objetivos e metas concretas e relevantes³.

Este documento crítico-reflexivo se propõe a discutir como a abordagem LNOB pode fundamentar o enfrentamento das desigualdades globais de saúde, trazendo a Atenção Primária à Saúde (APS), dentro do contexto brasileiro, enquanto estratégia de atenção integral à saúde que se concentra na prevenção, na promoção e na reabilitação dos usuários, baseando-se nos princípios de equidade, acesso e participação da comunidade na sua execução.

Desigualdades em saúde e o princípio de ‘Não deixar ninguém para trás’

A noção de que a saúde e, por consequência, a doença se produzem e se distribuem de forma desigual nas populações é denominada de ‘desigualdades em saúde’. Estas são, muitas vezes, potencializadas por desigualdades econômicas, sociais e ambientais, produzindo diferentes efeitos na saúde dos usuários, a depender das oportunidades e barreiras impostas em seu contexto socioeconômico e ambiental, e afetam as condições dispostas pela sua ocupação e posição na sociedade⁴⁻⁶.

Isso significa que as várias desigualdades que os indivíduos enfrentam em suas vidas diárias colocam alguns grupos em desvantagem situacional no que diz respeito à sua capacidade de se manter e permanecer saudáveis. Portanto, a desigualdade pode definir fundamentalmente a relação de um indivíduo com a sua saúde, baseada no seu poder de acesso e na sua propriedade de bens, serviços e riquezas. Como resultado, o ‘acúmulo de desigualdades’ resulta em grupos com maior vulnerabilidade social. Em outras palavras, as desigualdades em saúde convertem-se em diferenças sistemáticas e evitáveis nos resultados de saúde entre diferentes populações ou grupos. As desigualdades na saúde incluem diferenças no estado de saúde, no acesso à assistência médica e nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Elas são influenciadas por vários fatores, como *status* socioeconômico, educação, gênero, raça, etnia e localização geográfica^{4,5}.

Além disso, as desigualdades em saúde não estão restritas a contextos locais, elas também são influenciadas por interdependências transnacionais e globais. As investigações sobre desigualdades em saúde estão ampliando o escopo de estudo, considerando percepções, valores, elites, gerações, espaço urbano, política econômica e desenvolvimento, além dos

efeitos e das consequências das desigualdades em termos de criminalidade, violência e confiança interpessoal⁶⁻⁸.

As discussões sobre a implementação de políticas públicas que abordem desigualdades em saúde para populações mais vulneráveis giram em torno da necessidade de intervenções direcionadas que versem sobre os DSS e eliminem as barreiras estruturais ao acesso aos serviços de saúde. Algumas das abordagens mais defendidas para tratar efetivamente das desigualdades em saúde são as ferramentas de avaliação da equidade em saúde, as tomadas de decisão participativa e a colaboração multisectorial⁹. No entanto, a investigação dos DSS em contextos complexos seria demasiadamente simplificada se analisada exclusivamente por meio de representação estreita da vulnerabilidade social capturada por apenas uma dimensão social, assim como associada a um único indicador de saúde^{4,5}.

A Agenda 2030 se apresenta em meio a esse desafio como uma proposta inovadora e ambiciosa de solução para as contradições do desenvolvimento. O acordo se tornou um marco histórico por sua escala e abrangência, refletindo a expansão do consenso político internacional no conjunto de temas relacionados com o desenvolvimento, mesmo que apenas momentaneamente ou simbolicamente. Além disso, a nova Agenda global adquiriu uma relevância política nunca vista no cenário internacional, sendo incorporada pelos mecanismos institucionais da maioria dos Estados-Membros, diferentemente de outras tentativas de agendas compartilhadas^{10,11}.

Entre as novidades trazidas pela Agenda 2030, destacam-se a visão holística do processo de desenvolvimento e o seu enfoque no combate às desigualdades. De fato, ao propor 17 objetivos integrados e indivisíveis, a Agenda 2030 agrega características inéditas aos acordos globais para o desenvolvimento. Essa nova visão implica enxergar e lidar com os diferentes objetivos traçados como partes interligadas que buscam o equilíbrio das dimensões econômica, social e ambiental,

considerados os pilares do desenvolvimento sustentável¹¹. Na outra ponta, a definição do princípio transformador de ‘Não deixar ninguém para trás’ orienta uma busca assertiva pelas fontes de desigualdades que se expressam desde o ponto de vista global até o local, passando por todos os segmentos da sociedade.

A Agenda definiu que os ‘deixados para trás’ – isto é, grupos mais vulneráveis e historicamente excluídos – devem ser priorizados pelas ações de implementação dos ODS nos âmbitos local, nacional e global. Entretanto, vários críticos apontam para os problemas conceituais e empíricos desse princípio, em especial, devido ao vocabulário vago utilizado, que não oferece uma definição oficial de quais grupos ou populações foram deixados para trás. Ainda que proposital – certamente, a falta de uma definição visava delegar aos Estados-Membros a responsabilidade de delimitação de quem seria considerado como ‘deixado para trás’ durante a implementação nacional –, a imprecisão sobre os grupos prioritários tem fortalecido disputas sobre quem deveria ser incluído pelo princípio¹².

Assim, o primeiro passo para a implementação de políticas públicas vinculadas é compreender quem está sendo deixado para trás e o porquê desse fenômeno para, posteriormente, definir métricas de avaliação e monitoramento. Para isso, existem cinco fatores que necessitam ser analisados para a compreensão desses grupos: discriminação, geografia, governança, *status* socioeconômico e choques e fragilidades¹³.

Uma possível taxonomia para identificar aqueles mais atrás se baseia na contagem do número e/ou extensão das privações, como medidas de pobreza multidimensional. Outra taxonomia examina as principais dimensões das desvantagens, distinguindo entre rejeição total (estigmatização, desemprego) e inclusão prejudicial (empregos precários, múltiplas restrições). Uma terceira taxonomia envolve os mecanismos pelos quais as pessoas se encontram em uma posição desfavorável, como herança social, má sorte, violência ou vítimas

de reformas políticas. Dessa forma, essas taxonomias podem ajudar a identificar grupos específicos e adaptar políticas e instrumentos adequados para atender às necessidades de cada categoria¹⁴.

Também é importante distinguir entre a desigualdade vertical (entre indivíduos) e a desigualdade horizontal (entre grupos), sendo esta última de particular preocupação devido à discriminação perniciososa que afeta grupos desfavorecidos. Ainda assim, há evidências de que a desigualdade horizontal é uma fonte de conflito e tensão social em muitas sociedades¹⁴.

A preocupação da Agenda 2030 em priorizar os grupos que estariam no ‘fim da fila’ da distribuição de renda, bens, direitos e oportunidades acaba não questionando os motivos de esses indivíduos se encontrarem naquela posição. Em outras palavras, a Agenda 2030 não discute a existência da própria pirâmide social nem direciona seus esforços para enfrentar as fontes que perpetuam tais desigualdades. Dessa forma, nota-se que, apesar de se nomear como uma Agenda transformadora, ela não se dispõe a abordar a discriminação institucionalizada^{12,14,15}.

Parte desse comportamento político ocorre devido ao caráter de disputa política da agenda internacional e falta de consenso em relação a uma série de questões compartilhadas pelos países e pelas populações signatárias do acordo. A título de exemplo, apesar da definição de indicadores ser considerada tradicionalmente como uma questão técnica, a sua discussão nos ODS foi permeada por disputas políticas entre as várias partes interessadas, incluindo as organizações internacionais, o setor privado e a sociedade civil¹⁵. Posteriormente, decidiu-se pela criação de um novo mecanismo institucional de autoridade estatística oficial para a Agenda, denominado Grupo Interagencial e de Peritos sobre os Indicadores dos ODS (Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators – IAEG-SDGs), um grupo seletivo de peritos estatísticos representantes de Estados-Membros e de agências regionais e internacionais como observadores¹⁵⁻¹⁷.

A construção dos indicadores dos ODS surgiu em meio à expectativa de que eles fossem um instrumento para garantir que as metas propostas fossem compartilhadas, tornassem-se consequenciais e implementadas, dando-lhes um papel central e político dentro da estrutura de governança da Agenda 2030¹⁸. No entanto, o IAEG-SDGs não conseguiu acomodar a ambição inovadora da Agenda 2030 em sua dimensão quantitativa de definição dos indicadores. Ademais, a dinâmica do grupo acabou sendo orientada tanto pelas considerações tecnocráticas quanto pelas financeiras, relacionadas com os custos de adaptação das capacidades estatísticas nacionais para desenvolver as métricas definidas¹⁵.

No entanto, a principal questão deixada em aberto para as políticas direcionadas aos ‘deixados para trás’ foi que não foram conceituadas, tampouco operacionalizadas, as propriedades de interdependência entre os ODS e o seu princípio norteador. Além disso, o resultado da definição oficial das métricas fez com que muitos indicadores refletissem apenas parcialmente as metas oficiais, sem agregar os componentes mais qualitativos das metas^{15,19,20}. A complexidade do debate metodológico também perpassou pela disputa entre o campo da estatística e o campo da ciência de dados, assim como pelas disputas pragmáticas de operacionalização, que incluíram a discussão entre dados regulados por estatísticas governamentais *versus* ‘dados abertos’, e a tensão existente entre as estatísticas oficiais com as estatísticas produzidas pela sociedade civil¹⁵.

A literatura aponta caminhos para a superação dessas questões. Assim, é destacada a importância de medir, analisar e monitorar as desigualdades em saúde de forma institucionalizada, com base nos determinantes da saúde e no paradigma ecoepidemiológico. A equidade deve ser valorizada como um princípio orientador da ação política em saúde, a fim de garantir o compromisso de não deixar ninguém para trás no desenvolvimento sustentável e na busca pela saúde universal. Esse monitoramento institucionalizado requer a

criação de capacidades nacionais efetivas para agir sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde, garantir responsabilidade no compromisso de ‘não deixar ninguém para trás’ no caminho do desenvolvimento sustentável, saúde universal e justiça social. Para isso, é necessário desenvolver habilidades profissionais e capacidades institucionais para avaliar e analisar as desigualdades em saúde, incorporar o monitoramento dessas desigualdades como uma função essencial da saúde pública e promover políticas pró-equidade, incluindo uma alocação de recursos que promova a justiça social²¹.

Ainda assim, para a operacionalização do princípio LNOB ser um importante direcionador de enfoque da implementação dos ODS para populações mais vulneráveis, existem alguns passos que necessitam ser implementados para que a Agenda 2030 e o seu princípio consigam ser operacionalizados em políticas ou intervenções que abordem as desigualdades em saúde em suas devidas proporções:

1. Reconhecer os efeitos das três dimensões interdependentes do desenvolvimento sustentável (social, econômico e ambiental) inseridas nos contextos multidimensionais dos grupos deixados para trás, assim como compreender as sinergias e *trade-offs* entre as metas dos ODS para esses grupos^{1,14}.
2. Compreender a inserção das desigualdades em saúde nos sistemas sociais, econômicos e ambientais para, posteriormente, planejar e implementar abordagens multissetoriais transformadoras que produzam efeitos para além do setor de saúde^{21,22}.
3. Desenvolver capacidades de monitoramento e avaliação de políticas públicas, assim como identificar e monitorar as diferentes estratificações populacionais^{14,23}.
4. Produzir metas e indicadores locais específicos para cada contexto, com dados estratificados para medir e monitorar

adequadamente as desigualdades em saúde e os grupos mais vulneráveis^{9,21}.

5. Garantir mobilização política, alocação de recursos e sistemas de governança eficazes para assegurar que os vulneráveis sejam alcançados^{22,23}.

6. Desenvolver políticas públicas direcionadas para a promoção da equidade em saúde, que reconheça as diferenças e as vulnerabilidades populacionais e territoriais, assim como os determinantes de saúde^{9,24}.

Operacionalização da Agenda: delimitando o espaço da saúde nos ODS

Abordar as iniquidades em saúde, que implica as diferenças em saúde consideradas injustas ou eticamente problemáticas, perpassa a identificação das desigualdades em saúde, que significam as diferenças na saúde entre subgrupos populacionais. Essa identificação ocorre por meio do monitoramento das desigualdades em saúde para fornecer *insights* para políticas, programas e práticas consistentes com a natureza transversal dos ODS²⁵.

Os mecanismos institucionais da agenda definiram a importância dos indicadores nesse processo não só como o principal sistema de mensuração da implementação, mas também como um elemento-chave para o sucesso da governança da própria agenda globalmente¹⁸. Contudo, a mensuração dos indicadores da Agenda 2030 se situa na interface entre a ciência e a política, representando uma alta alavancagem política dos fenômenos medidos e se inserindo como elementos influentes dos sistemas complexos de políticas públicas. Isso influencia diretamente no desafio da criação de avaliações e medidas integrativas orientadas para um mesmo sistema de monitoramento e avaliação da implementação, de forma que se considere como a formulação de indicadores

e a utilização de dados interagem com as políticas de transformação dos ODS¹⁸.

A simultaneidade da caracterização holística e da indefinição oficial traz o desafio operacional de trabalhar com um tema específico dentro da Agenda 2030 ao considerarmos que é preciso também trabalhar conjuntamente com uma gama de tópicos interdependentes a ele. Para abordar a saúde dentro desta agenda, é necessário olhar para além dos indicadores contidos no ODS 3, que é exclusivo da saúde, e definir quais indicadores de outros ODS podem ser correlatos à saúde e ao bem-estar da população. A escolha metodológica dessa seleção de indicadores relacionados com a saúde, para além do ODS 3, é um ponto-chave no desenvolvimento de pesquisas, intervenções e políticas públicas, pois interfere diretamente no monitoramento e na sua avaliação. É preciso zelar pela abordagem holística da saúde pregada pela Agenda 2030 ao mesmo tempo que reconhecemos o desafio operacional de trabalhar conjuntamente com uma gama de tópicos correlacionados à saúde.

Também não há um consenso na literatura sobre como essa definição de interdependência entre os indicadores ODS deve ser feita. Todavia, grande parte da literatura voltada para a operacionalização dessa agenda aponta que, independentemente dos métodos utilizados para a sua definição, essa interdependência é dada como existente entre indicadores de diferentes ODS nos casos em que a performance de um indicador de um ODS afetará

diretamente a performance de um indicador de outro ODS. Nesses casos, a terminologia mais utilizada é que eles são diretamente ‘relacionados’²⁶⁻²⁹. Em outras palavras, quando denominamos ‘indicadores relacionados à saúde’, estamos discriminando os indicadores que afetam diretamente a performance de indicadores de saúde.

Há um grande debate tanto na literatura acadêmica quanto entre instituições internacionais vinculadas à saúde sobre quais outros temas são diretamente ‘relacionados à saúde’^{26,30-32} e, conseqüentemente, também não há um consenso sobre quais seriam os indicadores relativos à saúde na Agenda 2030^{26,33-35}.

A fim de permitir a operacionalização setorial da Agenda 2030 pela saúde, Silveira et al.³⁵ propuseram um recorte que abrange 60 indicadores entre os 232 indicadores oficiais dos ODS. Tal recorte metodológico define uma variedade de tópicos relativos à saúde que se traduzem em 60 indicadores ODS relacionados com a saúde, a partir dos parâmetros definidos por instituições internacionais que já produzem esses indicadores no monitoramento da saúde global³⁵.

O quadro 1 ilustra os indicadores relacionados com a saúde de acordo com seus grupos temáticos – sendo tais indicadores identificados pela sua numeração global oficial –, a situação atual do País e a meta oficial nacional para 2030, definida pela Comissão Nacional para os ODS (CNODS) em 2018.

Quadro 1. Situação atual e metas nacionais para os indicadores relacionados com a saúde: Brasil, por tema de saúde

Grupo temático	Indicadores	Situação atual ¹	Meta nacional ²
Saúde reprodutiva e materna	3.1.1	Taxa de mortalidade materna	60.00 < 30
	3.1.2	Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (%)	99.10 - 4
	3.7.1	Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos (% de mulheres de 15-49 anos)	89.00 100 ³
	3.7.2	Taxa de natalidade de adolescentes (por 1.000 mulheres de 15 a 19 anos)	49.10 - 4

Quadro 1. Situação atual e metas nacionais para os indicadores relacionados com a saúde: Brasil, por tema de saúde

Grupo temático	Indicadores	Situação atual ¹	Meta nacional ²
	3.7.2	Taxa de natalidade de adolescentes (por 1.000 mulheres de 10 a 14 anos)	2.60 - ⁴
	5.6.1	Proporção de mulheres que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva (% de mulheres de 15 a 49 anos)	55.40 100 ³
	5.6.2	Até que ponto os países têm leis e regulamentos que garantem acesso total e igualitário a mulheres e homens com 15 anos ou mais de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação (%)	64.00 100 ³
Saúde infantil e de recém-nascidos	2.2.1	Proporção de crianças com raquitismo moderado ou grave (%)	7.00 Zerar
	2.2.2	Proporção de crianças com excesso de peso moderado ou grave (%)	6.40 Redução
	2.2.2	Proporção de crianças com baixo peso por altura moderado ou grave (%)	1.80 Redução
	3.2.1	Taxa de mortalidade infantil (mortes por 1.000 nascidos vivos)	13.94 < 8
	3.2.2	Taxa de mortalidade neonatal (mortes por 1.000 nascidos vivos)	7.87 < 5
	3.b.1	Proporção da população-alvo com acesso a 3 doses de difteria-tétano-coqueluche (DTP3) (%)	77.00 100 ³
	3.b.1	Proporção da população-alvo com acesso à segunda dose da vacina contendo sarampo (MCV2) (%)	44.00 100 ³
	3.b.1	Proporção da população-alvo com acesso ao conjugado pneumocócico 3ª dose (PCV3) (%)	79.00 100 ³
Doenças infecciosas	3.3.1	Número de novas infecções por HIV por 1.000 habitantes não infectados (por 1.000 habitantes não infectados)	0.23 Acabar com epidemias
	3.3.2	Incidência de tuberculose (por 100.000 habitantes)	45.00
	3.3.3	Incidência de malária por 1.000 habitantes em risco (por 1.000 habitantes)	3.87
	3.3.4	Prevalência do antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) (%)	0.07
	3.3.5	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (100.000)	95.61
Doenças não-transmissíveis	3.4.1	Taxa de mortalidade atribuída a doença cardiovascular, câncer, diabetes ou doença respiratória crônica (probabilidade)	12.70 -33%
	3.4.2	Taxa de mortalidade por suicídio (mortes por 100.000 habitantes)	3.00 < 3.74
	3.5.1	Cobertura de intervenções de tratamento (serviços farmacológicos, psicossociais e de reabilitação e cuidados posteriores) para transtornos por uso de substâncias (%)	68.42 352.00
	3.5.2	Consumo de álcool per capita (com 15 anos ou mais) dentro de um ano civil (litros de álcool puro)	3.22 Reforçar Prevenção e Tratamento
	3.a.1	Prevalência padronizada por idade do uso atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais (%)	16.20

Quadro 1. Situação atual e metas nacionais para os indicadores relacionados com a saúde: Brasil, por tema de saúde

Grupo temático	Indicadores	Situação atual ¹	Meta nacional ²		
Lesões e violência	1.5.1	Número de pessoas diretamente afetadas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes (número)	211.99	Redução	
	3.6.1	Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (por 100.000 habitantes)	16.00	-33%	
	5.2.1	Proporção de mulheres e meninas com algum parceiro que sofreram violência física e/ou sexual por parceiro íntimo atual ou anterior nos últimos 12 meses (%)	5.30	Zerar	
	5.3.1	Proporção de mulheres de 20 a 24 anos casadas ou em união estável antes dos 18 anos (%)	26.20	Zerar	
	8.8.1	Lesões ocupacionais não fatais entre funcionários (por 100.000 funcionários)	1374	Redução	
	8.8.1	Acidentes de trabalho fatais entre funcionários (por 100.000 funcionários)	7.40	Redução	
	13.1.1	Número de mortes e pessoas desaparecidas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes (número)	162.00	- 4	
	16.1.1	Número vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes (sexo masculino)	51.22	-33%	
	16.1.1	Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes (sexo feminino)	4.33	Redução	
	16.1.3	Proporção da população submetida a violência física nos últimos 12 meses, (%)	2.40	Redução	
	16.1.4	Proporção da população que se sente segura andando sozinha na área em que vive (%)	0.17	- 4	
	16.2.3	Proporção da população de 18 a 29 anos que sofreu violência sexual aos 18 anos (% da população de 18 a 29 anos)	4.50	- 4	
	Riscos ambientais	1.1.1	Proporção da população abaixo da linha de pobreza internacional (%)	1.70	Zerar
		1.3.1	Proporção da população abrangida por pelo menos um benefício de proteção social (%)	69.90	100 ³
3.9.1		Taxa de mortalidade padronizada por idade atribuída à poluição do ar doméstico e ambiente (mortes por 100.000 habitantes)	24.00	Redução	
3.9.2		Taxa de mortalidade atribuída a água insegura, saneamento inseguro e falta de higiene (mortes por 100.000 habitantes)	1.00	Redução	
3.9.3		Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações não intencionais (óbitos por 100.000 habitantes)	0.10	Redução	
4.a.1		Proporção de escolas com acesso a água potável e instalações básicas de lavagem das mãos, média (%)	83.70	100 ³	
6.2.1		Proporção da população que usa serviços de saneamento gerenciados com segurança (%)	49.00	100 ³	
6.2.1		Proporção da população com instalações básicas de lavagem das mãos nas instalações (%)	97.00	100 ³	
6.3.1		Proporção de fluxos de águas residuais domésticas tratadas com segurança (%)	33.03	100 ³	
7.1.1		Proporção da população com acesso à eletricidade (%)	100	100 ³	
7.1.2		Proporção da população com dependência primária de combustíveis limpos e tecnologia (%)	95.00	- 4	
11.6.2		Níveis médios anuais de partículas finas (ponderadas pela população), por localização (microgramas por metro ³)	11.62	Redução	

Quadro 1. Situação atual e metas nacionais para os indicadores relacionados com a saúde: Brasil, por tema de saúde

Grupo temático	Indicadores	Situação atual ¹	Meta nacional ²	
Sistemas de saúde e cobertura	3.8.1	Índice de cobertura do serviço de cobertura universal de saúde (UHC)	75.00	100 ³
	3.8.2	Proporção da população com grandes despesas domésticas com saúde (superior a 10%) como proporção da despesa ou renda familiar total (%)	11.81	Zerar
	3.b.1	Proporção da população-alvo com acesso a medicamentos e vacinas acessíveis de forma sustentável, vírus do papiloma humano (HPV) (%)	72.00	100 ³
	3.c.1	Densidade de trabalhadores de saúde: enfermeiros (por 10.000 habitantes)	74.01	Ampliar em territórios vulneráveis
	3.c.1	Densidade de trabalhadores de saúde, dentistas (por 10.000 habitantes)	6.40	
	3.c.1	Densidade de trabalhadores de saúde, médicos (por 10.000 habitantes)	23.11	
	3.c.1	Densidade de trabalhadores de saúde, farmacêuticos (por 10.000 habitantes)	6.83	
	3.d.1	Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), média do RSI (SPARI-SPAR13) %	92.31	Ampliar
	3.d.2	Percentual de infecção da corrente sanguínea por <i>Escherichia coli</i> resistente à cefalosporina de 3ª geração (por exemplo, ESBL- <i>E. coli</i>) entre os pacientes que procuram atendimento e cuja amostra de sangue é coletada e testada (%)	27.74	N/A ⁵
	3.d.2	Percentual de infecção da corrente sanguínea por <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à metilina (MRSA) entre pacientes que procuram atendimento e cuja amostra de sangue é coletada e testada (%)	20.56	N/A ⁵
	16.9.1	Proporção de crianças menores de 5 anos cujos nascimentos foram registrados em uma autoridade civil (% de crianças menores de 5 anos)	79.00	100 ³

Fonte: elaboração própria.

¹ Dado mais atual disponível na plataforma oficial da ONU para os ODS. Acesso em 10/01/23.

² Ver Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Brasília, DF: IPEA; 2019. 412 p.7.

³ Meta nacional de cobertura integral.

⁴ Traço (-) representam indicadores sem metas nacionais estabelecidas.

⁵ N/A se refere a indicadores estabelecidos após a publicação das metas nacionais oficiais.

A implementação da Agenda 2030 na perspectiva territorial local

Para implementar efetivamente a Agenda 2030, é essencial localizar os ODS e desenvolver indicadores locais que se alinhem às características e aos desafios únicos de territórios

específicos. Localizar os ODS envolve adaptar as metas globais ao contexto local, envolver as partes interessadas e integrar conhecimentos e práticas locais³. Essa abordagem permite ações mais direcionadas e promove a apropriação e a responsabilização em nível local.

Os três anos de debate internacional até a criação da agenda trouxeram a compreensão interna de que a implementação da Agenda 2030 só seria bem-sucedida a

partir da integração consistente de ações nos níveis local, subnacional, regional, nacional e global. Apesar de os níveis de governança subnacional e local serem mencionados apenas uma vez na Resolução 70/1 da Assembleia Geral das Nações Unidas, que estabelece a Agenda 2030 como um acordo internacional, sua importância é posteriormente destacada com o lançamento do guia 'Roadmap for localizing the SDGs: Implementation and monitoring at subnational level', produzido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento³.

Esse guia oficial de localização dos ODS no nível subnacional e local ressalta a necessidade do engajamento municipal e local para o sucesso da implementação dos 17 ODS. Essa perspectiva evidencia a preocupação em incorporar a Agenda 2030 nos níveis subnacionais, uma vez que ela foi inicialmente ratificada em âmbito internacional e nacional. O guia propõe uma abordagem descentralizada do poder governamental, em que os municípios e as instituições locais devem ser proativos ao expressar suas necessidades específicas para a implementação da agenda nos governos hierarquicamente superiores. Além disso, o guia afirma que cabe às instâncias locais resistirem à abordagem *top-down*, comumente adotada quando os governos centrais unilateralmente estabelecem prioridades e obrigações para os níveis inferiores. Isso significa que os governos locais e regionais devem garantir um processo *bottom-up*, que leve em consideração as especificidades locais dentro das estratégias nacionais e estruturas institucionais³.

Ao considerar uma abordagem territorial, a apropriação do princípio de 'Não deixar ninguém para trás' dentro da Agenda 2030 perpassaria a capacidade governamental de atender às necessidades e às circunstâncias estruturais específicas das populações mais vulneráveis e marginalizadas em seus territórios. Isso inclui a promoção de territórios sustentáveis que atendam às diversas dimensões culturais, sociais e econômicas das comunidades^{13,36}.

Os ODS reconhecem a diversidade de culturas e povos como fonte de força e riqueza para a humanidade e pedem respeito, proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas e outros grupos vulneráveis. Além disso, eles também enfatizam a necessidade de processos decisórios inclusivos e participativos que garantam a voz e a agência de todas as partes interessadas, especialmente aquelas que são marginalizadas ou discriminadas^{13,36}.

A implementação de políticas específicas para grupos populacionais vulneráveis é essencial para alcançar os ODS. Políticas direcionadas são aquelas que abordam as necessidades, os desafios e as oportunidades específicas de diferentes grupos com base em suas características, como etnia, gênero, idade, deficiência e localização. Outrossim, elas podem ajudar a reduzir as desigualdades e a discriminação, melhorar o acesso a serviços e oportunidades básicas, capacitar as pessoas a reivindicarem seus direitos e participar de processos de desenvolvimento e promover a coesão social e a paz³⁷.

Um exemplo de inovação de políticas direcionadas ao nível local é o etnodesenvolvimento, que reconhece e apoia as distintas identidades e os conhecimentos tradicionais das comunidades em seu território. Políticas direcionadas também podem apoiar o etnodesenvolvimento, respeitando e valorizando a diversidade cultural e a identidade de diferentes grupos, promovendo sua autodeterminação e autonomia e fortalecendo suas capacidades e recursos para o desenvolvimento sustentável³⁷.

No campo da saúde coletiva, o conceito de territórios saudáveis e sustentáveis tem se inserido predominantemente por meio de duas formas, sendo uma ligada às determinações teóricas e outra, à determinação de relações sociais em territórios específicos. Apesar de suas diferenças, ambas as abordagens consideram a história e a geografia dos territórios, assim como reconhecem em sua composição as relações sociais e

ambientais vivenciadas pela população ou grupo. Ademais, há o reconhecimento da importância do processo de reprodução social territorializado, que é condicionado por determinantes ou pressupostos de sustentabilidade²⁴.

Observa-se uma recente tendência da utilização de abordagens territorializadas na área da saúde. Entretanto, é preciso tomar o cuidado em ter um acordo entre todas as partes interessadas, levando em consideração as características e as necessidades específicas de cada território e sociedade, para que as ferramentas disponíveis aos Estados na proposição e implementação de políticas públicas sejam eficientes e eficazes. Além disso, as próprias políticas de desenvolvimento devem ser capazes de gerar impacto e promover a reprodução sustentável da vida e do trabalho nos territórios. Para a implementação de agendas globais, sociais e territorializadas, é necessário estabelecer redes de governança articuladas ao processo de desenvolvimento regional. Essas redes devem ser estruturadas de forma participativa e integrada, envolvendo setores da sociedade e da administração pública²⁴.

A governança é uma das principais áreas que precisam de investimento. Estudos mostram que legislações e diretrizes claras de saúde pública são fundamentais para uma melhor governança de saúde pública, para apoiar a realização dos ODS relacionados com a saúde e fortalecer os sistemas de saúde. Por outro lado, os sistemas de saúde são apontados como um dos principais catalisadores para o sucesso na implementação das metas relacionadas com a saúde na Agenda 2030³⁸.

No Brasil, um importante pilar do Sistema Único de Saúde para a promoção da equidade em saúde e desenvolvimento local sustentável e saudável é a Atenção Primária à Saúde (APS). Ao compartilhar abordagens com a Agenda 2030, podemos afirmar de maneira mais abrangente que a APS se propõe, a partir de seus princípios,

a ‘não deixar ninguém para trás’, o que será explorado em seguida.

Potencialidades da Atenção Primária à Saúde para consolidação de territórios sustentáveis e saudáveis

Há muitas décadas, discussões sobre conceito e operacionalização da APS fazem parte da agenda global, originalmente inspiradas pela constituição, em 1948, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e, posteriormente, acaloradas pela posição central do tema na Conferência Internacional de Alma-Ata, em setembro de 1978³⁹.

A APS, em seu conceito, inclui a sua potencialidade em defender a mudança social, abordar os DSS e aumentar a equidade na saúde⁴⁰. É uma abordagem de saúde desenhada para o atendimento de toda a sociedade visando alcançar o mais alto nível de qualidade e distribuição de saúde e bem-estar. Para isso, dispõe de uma ampla gama de serviços, incluindo: promoção da saúde; prevenção, tratamento e reabilitação de doenças; além dos cuidados paliativos⁴¹.

Considerada o primeiro contato preferencial entre a população e o sistema de saúde, a APS é essencial para o atendimento integrado à saúde, incluindo na sua esfera de atuação os encaminhamentos contínuos aos serviços especializados quando necessário. Vale destacar, no entanto, que a prestação de serviços é apenas uma parte do conceito mais amplo de APS; e para abordar os DSS, a implementação de um conceito de APS deve ser acompanhada de ações multissetoriais e do empoderamento da população⁴².

As unidades de APS podem atingir populações isoladas mediante pobreza, gênero, ruralidade e/ou outras dimensões da desigualdade, como pessoas com deficiência, com doenças crônicas e/ou negligenciadas, com algum tipo de fragilidade, além de idosos,

crianças e gestantes, pessoas em situação de rua, desde que seus serviços tenham financiamento e distribuição adequada no território, a fim de alcançar a plena cobertura, rompendo com barreiras geográficas⁴⁴⁻⁴⁶. Os cuidados continuados, incluindo a gestão de casos e a vigilância dos grupos vulneráveis, podem reduzir as hospitalizações devido a condições sensíveis aos cuidados primários. Melhorar a qualidade da APS pode, inclusive, minimizar o impacto da pobreza sobre os grupos vulneráveis da população^{47,48}.

Decerto, uma APS forte está associada a sistemas de saúde de melhor desempenho em termos de resultados de saúde, equidade, consumo de recursos hospitalares e custo^{49,50}. Por esse motivo, os modelos de saúde centrados na APS estão ganhando cada vez mais força como uma estratégia-chave que os países usam para cumprir plenamente sua promessa de fornecer cobertura universal e cumprir os ODS^{41,52-54}.

Países que priorizam investimentos na APS estão mais bem posicionados para alcançar os ODS quando comparados com aqueles de sistemas enfocados em hospitais ou investimentos limitados em saúde^{52,53}. Destaca-se que a APS referida aqui não deve ser a APS com enfoque em ações específicas e para grupos limitados, mas sim aquela de abordagem ampla, que conversa com os conceitos, princípios, diretrizes e funções da APS enquanto coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nessa lógica, uma APS ampla, como estratégia de organização do sistema, permite abordar DSS mais complexos.

Apesar das semelhanças de princípios, uma das ausências importantes na perspectiva de políticas de saúde na Agenda 2030 é a ausência de referência à APS. Em 2018, a OMS retomou as discussões e os compromissos dos Países-Membros com a APS e, na conferência de Astana, fez um movimento de suprir a ausência, referindo-se à APS como uma das forças impulsionadoras para o alcance dos ODS durante a conferência e no relatório final desta^{41,55}. A Declaração de Astana

recoloca a APS no centro dos compromissos internacionais, reiterando que o apoio à APS está enraizado nos valores essenciais e no conhecimento acumulado nos últimos 40 anos. Nesse Panorama, um ímpeto renovado para a APS pode significar também o caminho para alcançar os ODS e a cobertura universal de saúde^{52,57}.

Considerações finais

Este texto buscou trazer reflexões sobre as complementariedades da Agenda 2030 para o desenvolvimento de estratégias, políticas e estudos para equidade em saúde e territórios sustentáveis e saudáveis. Também observamos que a promoção de territórios sustentáveis e saudáveis está intrinsecamente ligada ao princípio de 'não deixar ninguém para trás'. Essa relação é sustentada pela própria ambição da agenda, que reafirma a importância da abordagem territorializada e holística na implementação dos ODS de forma inclusiva e equitativa.

Desde sua criação em 2015, há o reconhecimento de que o sucesso da agenda dependerá de sua capacidade de ser implementada localmente. Entretanto, lembramos que, para implementar os ODS em nível local, inicialmente, é preciso realizar o exercício teórico-metodológico de localizá-los. Isso significa traduzir as metas globais em objetivos e indicadores locais. Também significa envolver as partes interessadas locais no planejamento e na implementação das atividades relacionadas com os ODS.

Estudos apontam que adotar abordagens territorializadas requer considerar as especificidades locais e envolver as comunidades locais no processo de tomada de decisão e implementação de políticas e programas. A criação de territórios sustentáveis e saudáveis é fundamental para alcançar os grupos populacionais locais, identificar as desigualdades em saúde e aqueles deixados para trás no dado território. As desigualdades provindas do desenvolvimento, como a concentração

de recursos e serviços em áreas urbanas ou privilegiadas, em detrimento de áreas rurais ou marginalizadas, também são frequentemente agravadas pela falta de abordagens territorializadas.

Além disso, a relação entre territórios sustentáveis e saudáveis e o princípio de ‘não deixar ninguém para trás’ destaca a importância da participação e empoderamento das comunidades locais. A inclusão dos diversos atores locais, como governos locais, organizações da sociedade civil e populações marginalizadas, é fundamental para garantir que as políticas e as ações sejam adaptadas às necessidades específicas de cada território.

Uma inovação da agenda que pode potencializar as iniciativas voltadas para o LNOB está na inclusão da parceria como o décimo sétimo objetivo (ODS 17: Parcerias e Meios de Implementação) a ser alcançado, sendo este um dos símbolos da mudança de paradigma que rege a Agenda. O ODS 17 é instrumentalizado como o único objetivo criado não como um fim, mas sim como um meio de implementação a partir da coordenação de esforços internacionais. É preciso notar que esse objetivo possui um chamado para a cooperação completamente subordinado à boa-fé dos Estados-Membros e dependente da mobilização da ciência, tecnologia e inovação para criar outras modalidades de governança e para buscar meios de sustentar as ambições da Agenda⁵⁸.

Não obstante, a abertura para inovações metodológicas se apresenta enquanto um caminho perfeitamente viável para a discussão de diferentes módulos de desenvolvimento sustentável, incluindo aqueles adaptáveis para outros modos de vida, como de grupos vulneráveis e marginalizados. A APS baseia suas atividades em um modelo de ação inter-setorial, colocando-se no centro da discussão e da solução de muitos dos desafios colocados para os ODS 3, sendo estratégica no alcance

do princípio de ‘não deixar ninguém para trás’ e podendo contribuir para a abordagem do LNOB ao garantir o acesso à assistência médica de qualidade para todos, independentemente de localização, renda, gênero, etnia ou outros fatores. Também promove o desenvolvimento sustentável ao abordar os determinantes da saúde, como a pobreza, a desigualdade, as condições sanitárias e ambientais.

No entanto, considerando que estamos na metade do período acertado para o prazo final da agenda, é necessária urgência em sua implementação. Para o Brasil, especialistas mostram-se céticos quanto às possibilidades de o País alcançar as metas até 2030⁵⁹. Em maio de 2023, a edição especial do relatório do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) destacou o progresso insatisfatório na implementação dos ODS até o momento. Dentre as recomendações para resgatar e acelerar a implementação até 2030, destacamos a necessidade de: fortalecer o planejamento nacional, investir na capacidade do setor público e infraestrutura digital, capacitar governos locais, alinhar o setor privado aos ODS, melhorar o monitoramento e a revisão dos ODS e fortalecer o sistema de desenvolvimento da ONU. Isso inclui a importância de enfrentar os desafios emergentes e preencher as lacunas existentes na arquitetura internacional relacionada com os ODS desde 2015.

Colaboradores

Martins ALJ (0000-0001-5634-9023)*, Miranda WD (0000-0002-0838-9861)* e Silveira F (0000-0003-1240-3942)* contribuíram para o desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. Paes-Sousa R (0000-0002-3384-6657)* contribuiu para a concepção e revisão final do texto do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. United Nations, General Assembly. A/RES/70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: United Nations; 2015 set 25 [acesso em 2022 jun 13]. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf
2. Chasek PS, Wagner LM, Leone F, et al. Getting to 2030: Negotiating the Post-2015 Sustainable Development Agenda. *Rev Eur Comp Int Environ Law*. 2016;25(1):5-14. DOI: <https://doi.org/10.1111/reel.12149>
3. United Nations Development Programme. Roadmap for localizing the SDGs: implementation and monitoring at subnational level [Internet]. [New York]: UNDP, Global Taskforce of Local and Regional Governments. 2016 [acesso em 2022 jun 13]. Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/commitments/818_11195_commitment_ROADMAP%20LOCALIZING%20SDGS.pdf
4. Marmot M. Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *BMJ*. 2020;m693. DOI: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m693>
5. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world (The Lancet). *The Lancet*. 2015 Dec;386(10011):2442-4. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00150-6)
6. Organização Mundial da Saúde. Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro, Brasil, 21 de Outubro de 2011. Conferência mundial sobre os determinantes sociais da saúde [Internet]. Rio de Janeiro: OMS; 2011 [acesso em 2023 jun 24]. Disponível em: https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/upload/documento/Rio_political_declaration_PTBR_oficial.pdf
7. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Brasília, DF: IPEA; 2019. 412 p.
8. Scalón C, Salata A. Desigualdades, estratificação e justiça social. *Civitas, Rev Ciênc Soc*. 2016;16(2):179. DOI: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2016.2.24479>
9. Boerma T, Victora CG, Sabin ML, et al. Reaching all women, children, and adolescents with essential health interventions by 2030. *BMJ*. 2020;368:l6986. DOI: <https://doi.org/10.1136%2Fbmj.l6986>
10. Jannuzzi PM, De Carlo S. Da agenda de desenvolvimento do milênio ao desenvolvimento sustentável: oportunidades e desafios para planejamento e políticas públicas no século XXI. *Bahia Anál Dados [Internet]*. 2019 [acesso em 2021 jun 21];28(2):6-27. Disponível em: <https://publicacoes.sei.ba.gov.br/index.php/bahiaanaliseedados/article/view/143>
11. Kanie N, Biermann F, editors. Governing through goals: sustainable development goals as governance innovation. v. 1. Cambridge, MA: MIT Press; 2017.
12. Fukuda-Parr S, Hegstad TS. “Leaving no one behind” as a site of contestation and reinterpretation. New York: United Nations; 2018.
13. United Nations Development Programme. What does it mean to Leave no one behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation [Internet]. [New York]: UNDP; 2018 [acesso em 2023 jun 24]. Disponível em: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Discussion_Paper_LNOB_EN_lres.pdf
14. Klasen S, Fleurbaey M. Leaving no one behind: Some conceptual and empirical issues. New York: United Nations; 2018.
15. Kapto S. Layers of Politics and Power Struggles in the SDG Indicators Process. *Glob Policy*. 2019;10(S1):134-136. DOI: <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12630>
16. Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators. Annex I: Terms of reference for the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators. [local desconhecido]: IAEG-SDGs; 2017.

17. United Nations, General Assembly. A/RES/71/313. Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: United Nations; 2017 [acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: <https://undocs.org/A/RES/71/313>
18. Pintér L, Kok M, Almassy D. Measuring progress in achieving the Sustainable Development Goals. In: Kanie N, Biermann F, editores. *Governing through Goals: Sustainable Development Goals as Governance Innovation*. Cambridge, MA: MIT Press; 2017. p. 99-132.
19. Fukuda-Parr S. From the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals: shifts in purpose, concept, and politics of global goal setting for development. *Gend Dev* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 jun 1];24(1):43-52. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13552074.2016.1145895>
20. Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators. Tier Classification for Global SDG Indicators [Internet]. [local desconhecido]: IAEG-SDGs; 2021 [acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/tier-classification/>
21. Mújica ÓJ, Moreno CM. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e12. DOI: <https://doi.org/10.26633/2FRPSP.2019.12>
22. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO; 2010.
23. United Nations, General Assembly, Economic and Social Council. *Progress towards the Sustainable Development Goals: Towards a Rescue Plan for People and Planet* [Internet]. New York: United Nations; 2023 [acesso em 2023 jul 24]. Disponível em: https://hlpf.un.org/sites/default/files/2023-04/SDG%20Progress%20Report%20Special%20Edition_1.pdf?_gl=1*zivvmm*_ga*MTUzMzA3Mjg2Ni4xNjg1ODI4ODA5*_ga_TK9BQL5X7Z*MTY4NTgyODgwOC4xLjAuMTY4NTgyODgwOC42MC4wLjA
24. Machado JMH, Martins WJ, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com Ciências Saúde*. 2017;28(2):243-249.
25. Hosseinpoor AR, Bergen N, Schlottheuber A, et al. Measuring health inequalities in the context of sustainable development goals. *Bull World Health Organ*. 2018;96(9):654-659. DOI: <https://doi.org/10.2471%2FBLLT.18.210401>
26. Buse K, Hawkes S. Health in the sustainable development goals: Ready for a paradigm shift? *Global Health*. 2015;11(1):13. DOI: <https://doi.org/10.1186%2Fs12992-015-0098-8>
27. Mahajan M. The IHME in the Shifting Landscape of Global Health Metrics. *Glob Policy*. 2019;10:110-120. DOI: <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12605>
28. Moyer JD, Bohl DK. Alternative pathways to human development: Assessing trade-offs and synergies in achieving the Sustainable Development Goals. *Futures*. 2019;105:199-210. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.futures.2018.10.007>
29. Nilsson M, Chisholm E, Griggs D, et al. Mapping interactions between the sustainable development goals: lessons learned and ways forward. *Sustain Sci*. 2018;13(6):1489-1503. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11625-018-0604-z>
30. Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*. 2014;129(supl2):19-31. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F00333549141291S206>
31. Queenan K, Garnier J, Nielsen LR, et al. Roadmap to a One Health agenda 2030. *CABI Reviews*. 2017;2017:1-17. DOI: <https://doi.org/10.1079/PAVSNR201712014>
32. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *The Lancet*. 2015;386(10007):1973-2028. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)60901-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)60901-1)

33. Asma S, Lozano R, Chatterji S, et al. Monitoring the health-related Sustainable Development Goals: lessons learned and recommendations for improved measurement. *Lancet*. 2020;395(10219):240-246. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)32523-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)32523-1)
34. Bhutta ZA, Siddiqi S, Aftab W, et al. What will it take to implement health and health-related sustainable development goals? *BMJ Glob Health*. 2020;5(9):e002963. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002963>
35. Silveira F, Martins AL, Gadelha P, et al. Quantifying convergence on health-related indicators of the 2030 agenda for sustainable development. *Bull World Health Organ*. 2021;99(3):228-235. DOI: <https://doi.org/10.2471/blt.19.245811>
36. United Nations Development Programme. UNDP Sustainable Development Goals [Internet]. [New York]: UNDP; 2021 [acesso em 2023 jul 24]. Disponível em: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html>
37. Van Nieuwkoop M, Uquillas JE. Defining ethno-development in operational terms: lessons from the Ecuador indigenous and Afro-Ecuadoran peoples development project [Internet]. Washington, DC; 2000 [acesso em 2023 jul 24]. (World Bank Working Paper 6. Numbered Series). Report No.: 23231. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/990421468771860403/defining-ethnodevelopment-in-operational-terms-lessons-from-the-ecuador-indigenous-and-afro-ecuadoran-peoples-development-project>
38. Lee Y, Kim SY. Public health law coverage in support of the health-related sustainable development goals (SDGs) among 33 Western Pacific countries. *Global Health*. 2019;15(1):29. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0472-z>
39. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. 12 de setembro de 1978 [Internet]. Alma-Ata, URSS; 1978 [acesso em 2023 jun 24]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
40. Frieden TR, Lee CT, Lamorde M, et al. The road to achieving epidemic-ready primary health care. *Lancet Public Health*. 2023;8(5):e383-390. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00060-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00060-9)
41. World Health Organization. Declaration of Astana Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso em 2023 jul 20]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
42. Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(8):653-655. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.2009.102780>
43. Hernández-Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26:6-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.036>
44. Goodyear-Smith F, Bazemore A, Coffman M, et al. Primary care financing: a systematic assessment of research priorities in low- and middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2019;4(supl8):e001483. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001483>
45. Graham B. Population characteristics and geographic coverage of primary care facilities. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):398. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3221-8>
46. Macinko J, Andrade FB, Souza Junior PRB, et al. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). *Rev Saude Publica*. 2019;52(supl2):6s. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000595>
47. Maia LG, Silva LA, Guimarães RA, et al. Hospitalizations due to primary care sensitive conditions. *Rev Saude Publica*. 2019;53:2. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000403>

48. Rosendo TMSS, Roncalli AG. *Near miss* materno e iniquidades em saúde: análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(1):191-201. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20802014>
49. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
50. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, et al., editores. *Building primary care in a changing Europe* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015 [aceso em 2023 jul 24]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29035488/>
51. Rao M, Pilot E. The missing link – the role of primary care in global health. *Glob Health Action*. 2014;7(1):23693. DOI: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23693>
52. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet*. 2018;392(10156):1461-1472. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31829-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31829-4)
53. Pettigrew LM, De Maeseneer J, Anderson MIP, et al. Primary health care and the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2015;386(10009):2119-2121. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00949-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00949-6)
54. Pinto D, Máñez MÁ, Minué S, et al. Health Networks in Action: The experiences of Argentina, Brazil, Colombia and Mexico. [local desconhecido]: Inter-American Development Bank; 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18235/0002632>
55. World Health Organization; United Nations Children's Fund. *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO; 2018.
56. Kluge H, Kelley E, Barkley S, et al. How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all. *Lancet*. 2018;392(10156):1372-1374. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32482-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32482-6)
57. Chotchoungchatchai S, Marshall AI, Witthayapipopsakul W, et al. Primary health care and sustainable development goals. *Bull World Health Organ*. 2020;98(11):792-800. DOI: <https://doi.org/10.2471%2FBLT.19.245613>
58. Walsh PP, Murphy E, Horan D. The role of science, technology and innovation in the UN 2030 agenda. *Technol Forecast Soc Change*. 2020;154:119957. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2020.119957>
59. Moreira MR, Kastrup É, Ribeiro JM, et al. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas em saúde brasileiros(as) sobre o potencial do País cumprir os ODS. *Saúde debate*. 2019;43(esp7):22-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S702>

Recebido em 07/08/2023

Aprovado em 06/02/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Guilherme Franco Netto e Francco Antonio Neri de Souza e Lima

A necessidade de construção de assistência e Vigilância em Saúde no contexto das mudanças climáticas – ‘um passo à frente e você não estará mais no mesmo lugar’

The need to build health care and surveillance in the context of climate change – ‘one step forward and you will no longer be in the same place’

Priscila Tamar Alves Nogueira¹, Adriana Falangola Benjamin Bezerra², Suzanne Santos de Lima¹, Reinaldo Souza dos Santos³, Elaine Christine de Souza Gomes¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18696P

RESUMO Artigo crítico-reflexivo, à luz da Determinação Social do processo saúde/doença, que objetivou articular as concepções e as abordagens da vigilância em saúde à problematização das questões complexas de saúde que exigem a produção de cuidado articulado à territorialidade, à intersectorialidade e à interseccionalidade, além de concatenado à prática assistencial na Atenção Primária à Saúde, em contexto global de intensas e incertas mudanças climáticas. Para alcançar o objetivo, realizou-se um ensaio teórico no qual se desenvolveram argumentos teórico-analíticos caracterizados por articular pesquisas empíricas em relação ao tema da necessidade de construção de assistência e vigilância em saúde territorialmente articuladas e coletivamente construídas no contexto das mudanças climáticas. Para tanto, este manuscrito se organiza em três itens: 1) problematizar a ‘Determinação Social da Saúde e o enfrentamento dos agravos de relevância epidemiológica’; 2) debater as ‘mudanças climáticas e os desafios persistentes e o enfrentamento dos agravos infectocontagiosos no Brasil’; 3) apresentar ‘Estratégias participativas e construção de abordagens democráticas na assistência e na vigilância em saúde’. A Vigilância Popular em Saúde tem sido caracterizada como prática democrática que articula ações de vigilância concatenadas às realidades territoriais, definindo-se como experiência que tem apontado novos horizontes para uma prática territorialmente articulada e coletivamente construída.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância em saúde. Atenção Primária à Saúde. Mudanças climáticas. Determinação Social da Saúde.

ABSTRACT *This critical-reflexive article, in light of the Social Determination of the health/disease process, aims to articulate the conceptions and approaches of health surveillance to problematize complex health issues that require the production of care articulated to territoriality, intersectorality and intersectionality, in addition to being linked to care practice in Primary Health Care, in a global context of intense and uncertain climate change. The methodological path outlined to achieve the objective was to carry out a theoretical essay, in which theoretical-analytical arguments were developed, characterized by articulating empirical research in relation to the theme of the need to build territorially articulated and collectively constructed health care and surveillance in the context of climate change. To this end, this manuscript is organized into three items: 1) problematize the ‘Social Determination of Health and coping with diseases of epidemiological relevance’; 2) discuss ‘climate change and persistent challenges and combating infectious diseases in Brazil’; 3) present ‘Participatory strategies and construction of democratic approaches in health care and surveillance’. Popular Health Surveillance has been characterized as a democratic practice that articulates surveillance actions linked to territorial realities, characterizing itself as an experience that has pointed out new horizons for a territorially articulated and collectively constructed practice.*

KEYWORDS *Health surveillance. Primary Health Care. Climate change. Social Determination of Health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz em Pernambuco (Fiocruz Pernambuco), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil. pri.tamar22@gmail.com

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Historicamente, a construção do debate a respeito do termo e do significado de vigilância no Brasil e na América Latina girou em torno de três diferentes vertentes, expressas nas variações terminológicas: vigilância da saúde, vigilância à saúde e Vigilância em Saúde (VS). Tais variações aproximam-se de um eixo comum, na perspectiva de abertura para a epidemiologia, para a incorporação do planejamento e para a organização de sistemas e serviços. Na atualidade, utiliza-se o conceito de VS pública fazendo referência à definição ampliada de coleta contínua e sistemática, análise, interpretação e disseminação de dados relativos a eventos da saúde, cujo objetivo consiste em reduzir a mortalidade e a morbidade e melhorar as condições de saúde da população¹.

A partir dos anos 1990, após a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), deu-se início à construção do Sistema de Vigilância em Saúde, forjado a partir dos pilares do território, problemas de saúde e intersetorialidade. Em 2013, por meio da Portaria GM/MS nº 1.378, criou-se o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Vigilância em Saúde (GT/PNVS)².

Em estudo realizado por Recktenwaldt e Junges³, com equipes da vigilância de municípios de pequeno porte no interior da Bahia, objetivando entender a realidade da vigilância, foi identificado que o processo de descentralização de responsabilidades e recursos da vigilância para os municípios não parecer oportunizado o preparo necessário para a operacionalização das demandas de sua competência, nesse momento, o que categorizou, para os autores, o processo de desvalorização da vigilância.

Entre fevereiro e março de 2018, a I Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS) ocorreu em Brasília, representando um espaço privilegiado e plural para a discussão sobre os rumos da VS, na perspectiva da formulação de uma política de Estado. Esse

encontro possibilitou a articulação de debates sobre eixos temáticos que auxiliaram na construção da PNVS⁴.

Em 2018, a Resolução nº 288 instituiu a PNVS, caracterizada como política pública de Estado e função essencial do SUS, com caráter universal, transversal e como orientadora do modelo de atenção à saúde nos territórios. Sua efetivação vincula-se ao seu fortalecimento e à articulação com outras instâncias do sistema de saúde, sendo a gestão à exclusiva responsabilidade do poder público⁵.

O conceito da PNVS compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados com vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária, com o conjunto de políticas do SUS, levando em consideração a transversalidade das ações de VS sobre a determinação do processo saúde/doença⁶.

Entre suas diretrizes, a PNVS articula a necessidade de construir práticas de gestão e de trabalho que assegurem a integralidade do cuidado, incluindo a necessidade de inserção das ações de VS em toda a Rede de Atenção à Saúde e, em especial, na atenção primária, como coordenadora do cuidado⁶, lançando mão de estratégias coletivas e participativas, forjadas a partir de diálogos e construções intersetoriais.

A garantia da integralidade do cuidado pressupõe a incorporação de modelos de sistemas de saúde centrados na Atenção Primária à Saúde (APS) orientados à comunidade e à vigilância em saúde, com capacidade de catalisar o desempenho de todo o sistema de saúde, que visa minimizar os efeitos de contextos sanitários adversos⁷. No entanto, persistem dificuldades e lacunas profundas na construção da prática articulada entre VS e APS, das quais resultam ações territoriais desarticuladas entre si e reduzidas às respostas sanitárias insuficientes.

Ao problematizar o enfrentamento da covid-19, Gondim⁸ conclama uma organização de VS que retome o território e a natureza como

dimensões indissociáveis do ser humano; que dê visibilidade e voz à periferia por seu potencial inovador-transformador-revolucionário; que tenha capacidade de incorporar novos paradigmas às estruturas técnico-assistenciais e gerenciais da saúde pública; que aprenda a agir para e com o diferente, articulando o uno e o múltiplo em sistemas complexos, adaptativos, para cuidar de pessoas, grupos e comunidades; e que estabeleça sinergias e outras formas de comunicação, multidirecional e polifônica, entre os povos, como processo dialógico constitutivo da liberdade, democracia e justiça social.

Diante do exposto, o presente ensaio crítico-reflexivo, à luz da epidemiologia crítica e de sua categoria central Determinação Social do processo saúde/doença, articula as concepções e as abordagens da VS à problematização das questões complexas de saúde que exigem a produção de cuidado articulado à territorialidade, à intersectorialidade e à interseccionalidade, além de concatenado à prática assistencial na APS, em contexto global de intensas e incertas mudanças climáticas. Para tanto, este manuscrito se organiza em três itens, propondo-se, no primeiro, a problematizar a ‘Determinação Social da Saúde e o enfrentamento dos agravos de relevância epidemiológica’, no segundo, a debater as ‘Mudanças climáticas e os desafios persistentes e o enfrentamento dos agravos infectocontagiosas no Brasil’, e, no terceiro, a apresentar as ‘Estratégias participativas e construção de abordagens democráticas na assistência e na vigilância em saúde’.

Com vistas a alcançar o objetivo proposto, o manuscrito foi redigido em formato de ensaio, utilizando fontes bibliográficas para articular conhecimento no campo da epidemiologia crítica sobre o cenário epidemiológico diante das mudanças climáticas e seus desafios na saúde, assim como experiências de Vigilância Popular em Saúde e APS. A escolha por esse método se deu por este ser caracterizado por sua natureza reflexiva e interpretativa⁹.

Determinação Social da Saúde e o enfrentamento dos agravos de relevância epidemiológica: reconstruindo a análise

A concepção da Determinação Social da Saúde foi cunhada por autores latino-americanos do campo epistêmico da medicina social/saúde coletiva, propondo superar a concepção de saúde do paradigma biomédico e assumir a perspectiva da saúde como parte do processo social, deslocando o enfoque da causa do adoecimento para a compreensão da determinação do processo saúde-doença¹⁰⁻¹², incorporando o caráter social.

Laurell¹² aponta a importância do caráter social do processo saúde-doença que, enquanto fenômeno material objetivo, é passível de verificação empírica, a partir da comprovação de que o processo patológico dos grupos sociais de uma mesma sociedade apresenta diversidade quanto ao tipo de doença e sua frequência.

A autora postula, também, que a ênfase dada às análises sobre a saúde e o adoecimento se limita a entender a relação entre um fator (A) sobre a doença (B), desprezando a importância do social na etiologia da doença e interditando seu caráter social¹². Para superar tal abordagem, é necessário explicitar a relação entre o biológico e o social do processo saúde-doença e analisar o alcance dessa conceitualização em relação à Determinação Social da Saúde. Em outras palavras, é preciso compreender que “o processo saúde-doença tenha caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado”¹²⁽²⁾.

Silva e Bicudo¹³ sintetizam que a Determinação Social do processo saúde-doença aponta para o caráter histórico da doença e sua relação com os processos que ocorrem na coletividade humana. Ou seja, considera a complexidade da relação entre o processo social e o processo saúde-doença, alertando que a sua determinação é atravessada pelo

desenvolvimento das forças produtivas, pela sociabilidade burguesa e pelas particularidades das formações sócio-históricas dos países.

Outrossim, compreendem que a causa última do comportamento do processo saúde-doença deve ser buscada na forma como a sociedade se organiza para construir a vida social. Nessa perspectiva, a teoria da Determinação Social da Saúde interpreta os fenômenos saúde e doença como expressões de um mesmo processo, evidenciando o seu duplo caráter: o biológico e o social, uma vez que encara que a natureza humana, apesar de ter um lastro biológico, é condicionada a partir da vida do homem em sociedade¹⁴.

Ao longo dos anos, a Determinação Social da Saúde foi incorporada para fomentar novas formulações dentro do campo epistêmico da saúde coletiva com a adoção desse conceito por Breilh¹¹ como uma das categorias da epidemiologia crítica, mas também foi descaracterizada, reduzida e constantemente confundida com o conceito dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Souza¹⁵ aponta que, ao longo dos anos, o debate sobre a Determinação Social da Saúde foi invadido pela substituição, não apenas semântica, dos DSS, advindos de abordagens que deixam lacunas, estabelecendo-se enquanto se abrem espaços fecundos para a reprodução do modelo biomédico. Para o autor, os DSS comparecem no debate como uma espécie de sobreposição à formulação original (da determinação), forçando um retorno ao caminho gnosiológico.

Desde a incorporação do tema na agenda da Organização Mundial da Saúde (OMS), a discussão sobre os temas Determinação Social da Saúde e DSS, com repetição incansável dessas expressões, aponta para o esvaziamento de sentido, sobretudo pela falta de clareza do conteúdo e pelas implicações do uso desses termos¹⁶.

O resultado disso pode ser observado em centenas de trabalhos acadêmicos que se propõem a analisar seus objetos à luz da Determinação Social da Saúde e que acabam se

limitando às análises causalistas, fragmentárias e biologicistas. Borde, Hernández-Álvarez e Porto¹⁷ apontam que, apesar da crescente referência à importância da dimensão social na compreensão das iniquidades sociais sobre a saúde, o entendimento do processo saúde-doença permanece limitado, e as intervenções para combater essas iniquidades são insuficientes. Da mesma forma, continuam predominando narrativas biologicistas e culturalistas nas abordagens dominantes no campo da saúde pública.

Nesse contexto, observa-se que as abordagens na saúde seguem fragmentadas, sem considerar a totalidade do processo saúde-doença, enfatizando a 'fatorização' da doença e desconsiderando a perspectiva social¹¹.

Ao pensar no processo saúde/doença no território brasileiro, é pungente que as desigualdades socioeconômicas, as condições precárias de vida e moradia e o perfil socioambiental brasileiro possuem íntima relação com a distribuição das doenças¹⁸, explicitando a necessidade de análise sob a ótica do caráter social no cenário epidemiológico das doenças, que evidencia a necessidade de abordagens em saúde que busquem mudança do quadro epidemiológico concatenado com uma análise histórica e social.

No entanto, o que se observa na construção das ações de VS é que o enfrentamento dos agravos se desenhou historicamente em programas verticais, cujas ações estão previamente estabelecidas, sem necessariamente estar conectado à realidade social dos territórios, na medida em que homogeneiza as ações sem distinguir os grupos sociais em foco. Segundo Barata¹⁹, para basear-se nas necessidades da população, os sistemas de saúde devem ser locais, organizados a partir do território, com participação dos grupos sociais conscientes das definições das diretrizes da política de saúde.

No Brasil, apesar dos avanços alcançados por políticas voltadas a públicos específicos, é possível encontrar um número significativo de propostas de ação que se fundam na

atenção simultânea a discriminações diversas. No mundo concreto das políticas públicas, os sujeitos continuam a ser pensados universalmente. Mesmo que no âmbito das políticas governamentais universais haja uma tendência para o reconhecimento de singularidades, estas, em geral, não são apreendidas de maneira interseccionada. As ações e os projetos raramente se destinam a combater, simultaneamente, múltiplas diferenças e desigualdades, concomitantes a formas diversas de discriminação e exclusão sociais²⁰.

Jesus²¹ apontou a necessidade de análise racializada dos processos saúde-doença quando identificou que morre uma pessoa negra a cada uma hora e meia por falta de saneamento no País. O autor propõe, ainda, a politização na análise dos processos saúde-doença, tendo em vista ser essencial para compreensão das múltiplas faces do racismo nas condições de vulnerabilização, às quais o povo negro tem sido historicamente submetido.

Estrela et al.²² revelaram que os marcadores de gênero, classe e raça se apresentam como condição vulnerabilizadora à exposição da covid-19 nos mais diversos cenários mundiais, descortinando a insuficiência de abordagens para o enfrentamento dessa doença, que não considera os processos de desigualdades a que diferentes grupos sociais estão expostos. Esse dado também é evidenciado quando analisado o acesso à vacina, cuja cobertura explicitou acentuação de desigualdades de classe, étnico-raciais, territoriais e educacionais²³.

Observa-se que as políticas neoliberais trouxeram graves consequências para a maioria dos trabalhadores e trabalhadoras, chegando a levá-los à condição de pobreza e extrema pobreza. Estas, chamadas de contrarreformas, desde então, vêm aprofundando as desigualdades socioeconômicas, com o aumento da pobreza e da pauperização em massa, estendendo-se aos setores médios e descaracterizando a construção da assistência em saúde ancorada no referencial teórico da Determinação Social da Saúde²⁴. Esse cenário se agrava sobre a vida das mulheres que são

mais submetidas aos riscos de entrarem ou permanecerem na pobreza porque, além de passarem mais tempos desempregadas, em empregos flexíveis e precarizados, interrompem mais seus trabalhos, o que as impede de acessar o sistema de previdência social, revelando o teor fortemente patriarcal, machista e misógino que, recorrentemente, oprime as trabalhadoras²⁵.

Nessa perspectiva, percebe-se que o pensar/fazer políticas de saúde no Brasil, sobretudo aquelas relacionadas com o enfrentamento das doenças e com os agravos de importância epidemiológica, demanda reformulação das abordagens à luz da Determinação Social da Saúde, dada a necessidade eminente de desenho de modelos que superem a homogeneização de estratégias que, geralmente, desconsideram desigualdades locais, expressões das diferenças de gênero, raça e classe, geradoras de iniquidades em saúde. A partir do entendimento de que essas iniquidades são resultantes de opressão social, do efeito de estruturas sociais perversas e do exercício de políticas iníquas, geradores de desigualdades sociais eticamente inaceitáveis¹⁰, é mandatório que o conceito de Determinação Social da Saúde seja compreendido em sua magnitude para que se possa analisar e intervir de forma assertiva no processo saúde-doença nos agravos de importância epidemiológica no Brasil, sobretudo quando considerados os cenários postos frente as mudanças climáticas.

Mudanças climáticas, transição epidemiológica e os desafios novos e persistentes no setor saúde

A conjuntura delineada no cenário das intensas mudanças climáticas reativa antigos e traz novos desafios para a saúde coletiva, tendo em vista que, além dos cenários de risco já conhecidos e intensificados por causa de vulnerabilidades socioambientais, faz-se necessário

realizar um minucioso planejamento para tomada de decisão em cenários prospectivos (e incertos), envolvendo sobreposição de riscos para a saúde da coletividade²⁶.

Segundo Barcellos et al.²⁷, as preocupações em torno dos processos climáticos induzidos pela ação humana, principalmente aquelas relacionadas com o aquecimento global, alertaram a população mundial na década de 1950, pela primeira vez, mas somente ganharam notoriedade por volta do ano 2008 com o debate sobre os impactos socioambientais das mudanças climáticas. Para os autores, os eventos do furacão Katrina e a onda de calor na Europa colocaram em evidência que os impactos dessas emergências não seriam exclusivos dos países mais pobres, mas um problema global e, ao mesmo tempo, localizado.

Na atualidade, observa-se que esses efeitos têm sido alvo de preocupação para toda a humanidade. Silva, Xavier e Rocha²⁶ sistematizaram efeitos sanitários previstos como consequências das variabilidades climáticas, classificando-os como efeitos diretos, efeitos modulados pelos sistemas ambientais, efeitos mediados pelos sistemas humanos e sobreposição de riscos, entendendo que os riscos climáticos vêm se intensificando para além dos desastres, produzindo impactos sobre a saúde humana por diferentes vias e intensidades.

Zeppo et al.²⁸, em estudo sobre doenças infecciosas no contexto das mudanças climáticas e vulnerabilidades socioambientais, destacaram que se observa um padrão nessas doenças e no seu surgimento, que está atrelado à pressão das mudanças climáticas e ambientais sobre o meio ambiente, de maneira interrelacionada, além de imbricadas e aprofundadas por questões sociais, ainda que não seja possível dimensionar até que ponto essas relações podem promover, por si sós, o aparecimento das doenças ou se estão associadas a outros aspectos.

A compreensão do cenário epidemiológico atual no Brasil está atrelada ao entendimento do processo histórico-social-político que o País vivenciou nas últimas décadas, dado que

tal cenário culminou em uma transição epidemiológica incompleta²⁹. No entanto, é preciso ponderar que a mortalidade por doenças infectocontagiosas reduziu 35% entre 1967 e 2016, resultado das melhorias no saneamento básico e moradia, da introdução de novas tecnologias, principalmente no que tange à socialização das vacinas e dos antibióticos e à atuação do SUS^{30,31}.

O cenário nacional ainda se caracteriza pela desigualdade do País, em que 10,8% da população vive abaixo da linha da pobreza. Antes da pandemia da covid-19, o percentual de pobreza mensal já apresentava aumento em dezembro de 2019, atingindo 9,4%. De maneira geral, no período pandêmico (entre 2020 e 2021), a proporção de pobres no Brasil aumentou 42,1%³². Esse contexto implica antigas e emergentes preocupações na promoção do cuidado no âmbito do processo saúde-doença.

A melhoria do saneamento básico, do acesso à água de qualidade e a redução das discrepâncias regionais e intermunicipais persistem como importantes entraves para a saúde pública no Brasil. Apesar do avanço do saneamento básico nos últimos 25 anos, as capitais brasileiras apresentam desigualdades na cobertura³³. Em 2019, 84% da população total brasileira e 93% da população urbana eram atendidas por sistemas de abastecimento. No entanto, ao analisar as coberturas regionais, é possível observar importantes discrepâncias nessa distribuição, pois, enquanto no Sudeste, no Sul e no Centro-Oeste a cobertura fica em torno de 85-90%, no Nordeste ela é de 73,9% e no Norte, de 58%³⁴.

Em relação ao contexto sociopolítico, destaca-se a necessidade de repensar na relação entre capitalismo, agronegócio e saúde pública. A forma pouco ou nada sustentável da maioria das práticas agrícolas e pecuárias implicam mudanças nos ciclos de transmissão das doenças e nas características dos patógenos. Tais processos, associados à globalização, podem disseminar doenças emergentes e reemergentes para todo o mundo em curto espaço de tempo³⁵.

Apesar de a problemática das doenças infecciosas e suas relações com condições de vida serem antigas e de os caminhos apontados para avanços também serem velhos conhecidos, o cenário de vulnerabilidade que impera na sociedade permanece vitimando centenas de brasileiros e brasileiras ao longo dos anos, com persistência e aprofundamento de desigualdades regionais, sobretudo nos últimos anos.

No contexto da saúde, a redução dos agravos infectocontagiosos está atrelada ao fortalecimento do SUS, que desenvolve ações importantes com impacto direto na redução da morbimortalidade por esse grupo de doenças³⁶, tais como a promoção da vacinação, a VS e o enfrentamento adequados desses agravos. Entretanto, desde a sua criação, o SUS vem sofrendo um processo de subfinanciamento e, mais recentemente, também um desfinanciamento^{37,38}. Tais processos têm desencadeado implicações em várias áreas, inclusive na atuação da atenção primária como ordenadora de cuidados na rede de saúde³⁷.

A despeito de o fortalecimento da atenção primária ter contribuído para a transição epidemiológica, com desenvolvimento de ações, ampla capilaridade e cobertura populacional que permitem que esse nível de atenção colabore para a redução da carga de morbimortalidade, além de possibilitar o cuidado a partir do território^{39,40}, nos últimos anos, houve falta de priorização desse nível de atenção no contexto nacional⁴¹.

A manutenção e a ampliação das coberturas vacinais e do Programa Nacional de Imunizações (PNI) são primordiais para o controle das doenças imunopreveníveis⁴². A pandemia da covid-19 impactou a cobertura vacinal da população brasileira, principalmente a infantil⁴³. O comparecimento presencial para realização da vacinação ficou restrito devido às medidas de isolamento social e à postergação dos responsáveis na ida a serviços de saúde com receio de contaminação pela doença. No ano de início da pandemia da covid-19, houve uma queda da cobertura vacinal média de todas as vacinas, que passou

de 84,8% em 2019 para 75,0% em 2020. O estudo que avaliou a cobertura de dez vacinas identificou que, em nove delas, houve redução da cobertura e que nenhuma vacina atingiu a meta estabelecida pelo Ministério de Saúde no ano de 2020⁴⁴.

A crise na saúde, aprofundada pela pandemia da covid-19, ressalta que muitos dos desafios ainda são incertos, tendo em vista que os impactos dessa doença sobre a saúde ainda são difíceis de mensurar. Diante do contexto de intensas e incertas mudanças climáticas, que anuncia repercussões de outra ordem sobre a vida humana, por representar múltiplos riscos às coletividades, mudanças na transmissão de doenças infectocontagiosas, diminuição da qualidade de vida e saúde da população que vive no mundo globalizado e desigual, é imperativo que o setor saúde fortaleça a assistência à saúde e construa políticas públicas intersetoriais que deem resposta aos complexos problemas anunciados para os próximos anos na saúde coletiva²⁷.

Estratégias participativas e construção de abordagens democráticas na assistência e na vigilância em saúde

A APS é compreendida como o primeiro nível de atenção à saúde, atrelada ao entendimento de oferta de atenção não especializada, que lança mão de abordagens clínicas com uso de baixa densidade tecnológica e com capacidade de resolução de grande parte dos problemas de saúde⁴⁵. No Brasil, a atenção primária se expressa na Atenção Básica (AB), organizada a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), reconhecida globalmente como estratégia bem-sucedida no cuidado primário em saúde⁴⁶.

É caracterizada como o nível de atenção responsável pela coordenação do cuidado, promovendo melhorias na qualidade da prestação da assistência à saúde, com atuação na redução das barreiras de acesso nos diferentes

níveis de atenção, integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde em articulação às necessidades do território. A coordenação do cuidado está no centro do processo do cuidado na medida em que interliga recursos comunitários, assistenciais, farmacêuticos, entre outros⁴⁷.

A coordenação não pode ser vislumbrada como algo estático ou supostamente dado. Para que seja efetiva, é necessário que seja concebida a partir de uma perspectiva dinâmica, que se ajusta às especificidades, à complexidade e ao nível de fragmentação do sistema de saúde e às características particulares e singulares dos grupos e indivíduos para os quais e em função dos quais o sistema existe. Nesse sentido, pressupõe a construção de redes dinâmicas, exigindo cooperação e integração dos atores e serviços envolvidos⁴⁷. Tal característica evidencia o papel central da APS na garantia de cuidado integral em saúde, cuja potencialidade da assistência se configura na capacidade de dar resposta às necessidades de saúde de maneira territorialmente articulada.

Apesar da centralidade e da potência do papel da APS, é evidente que permanece o desafio em relação à construção de um sistema de saúde que, de fato, consiga ser integrado, com estruturação de redes de atenção à saúde favorecendo o acesso com continuidade assistencial, integralidade da atenção e utilização racional dos recursos existentes⁴⁵, com vistas à consolidação de sistemas de saúde. Nessa lógica, tem-se em conta que persistem lacunas na integração efetiva entre prevenção, atenção e promoção, uma vez que constata-se gargalos no acesso a procedimentos e a profissionais especializados, dificuldades na qualificação dos trabalhadores da APS e fragilidades na organização de processos de trabalho que se proponham mais democráticos e participativos⁴⁸.

À revelia do que historicamente é apontado, no que concerne ao papel estratégico da APS na organização do SUS, o que se observam são cenários de disputas no campo político e ideológico. Estas se expressam em constantes movimentos de avanços e retrocessos na

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nos modelos de financiamento e na narrativa política sobre o papel/atuação da APS^{49,50}.

Ao fazer o paralelo entre APS e VS, em contexto que historicamente se apresentou como difícil para construção de uma prática em saúde interligada, cujo desconhecimento sobre as ações de VS é presente e a articulação entre os setores é escassa⁵¹, observa-se uma prática desarticulada, que se inicia na abordagem territorial distinta entre assistência e vigilância e se perpetua em dificuldade de análise e ações de forma integrada.

Embora a PNAB 2017 possibilite a incorporação do Agente de Combate às Endemias (ACE) à ESF, sugerindo a integração entre vigilância e atenção primária com recomendação de unificação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e ACE, essa abertura tem deixado brecha para incorporação do trabalho de forma substitutiva, e não a inclusão desse ator no processo de trabalho na equipe⁴⁹.

Souza et al.⁵², ao analisarem a VS na perspectiva dos trabalhadores, identificaram que a fragmentação no *modus operandi* se expressa, inclusive, dentro do processo de planejamento e execução do trabalho entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador, o que evidencia um cenário de profunda fragmentação das ações entre as vigilâncias.

Apesar da histórica dicotomia entre vigilância e assistência em saúde, ancorada na prática biomédica, é possível e necessário promover a integração dessas áreas, tendo em vista que o horizonte é a promoção de um cuidado que se propõe integral⁵² na medida em que é na práxis do cuidado integral à saúde, produzida a partir da APS, que é possível abrir possibilidades de respeito, acolhimento e escuta à diversidade e aos diferentes modos de viver. Essas características permitem que, nos territórios em que as equipes de ESF se inserem, sejam possíveis políticas públicas efetivas para todos, com capacidade de responder às necessidades de saúde, produzindo cidadania⁴⁸.

Historicamente, observou-se um aprofundamento dessas disputas, em contexto de grave crise política, econômica e social, que minaram direitos da classe trabalhadora⁵⁰. Tal cenário anuncia grandes desafios no contexto atual, de retomada política de projeto de sociedade mais inclusivo e socialmente justo, anunciada como ‘União e Reconstrução’ pelo atual governo de Luiz Inácio Lula da Silva.

Como alternativa ao modelo hegemônico de atenção à saúde, cunhado em práticas biologicistas e médico-centradas, surge o conceito de Vigilância Popular em Saúde, emergindo de experiências relacionadas com movimentos sociais afetados por grandes empreendimentos⁵³.

Para Alves⁵⁴, a Vigilância Popular em Saúde caracteriza-se por olhar e intervir no Estado ‘vulnerabilizador’, a partir da promoção de ações relacionais dialógicas que provoquem o potencial libertador da opressão ideológica de uma sociedade pautada no capital. Esse potencial emerge de movimentos sociais em conflitos com grandes empreendimentos, resultantes da reprodução do capital em países periféricos, e da busca de uma metodologia que construa horizontalmente a relação entre saberes técnico-científicos e saberes populares para formar uma nova racionalidade de saúde das coletividades, como alternativa aos modelos de saúde pública atuais⁵³.

Para Cunha et al.⁵⁵, as redes populares de vigilância e cuidado em saúde têm, como potencialidade, a criação de processos de transformação de caráter instituinte. Essa estratégia não é simples, particularmente por provocar permanentes tensões e induzir mudanças nos sistemas institucionalizados que, em geral, são lentos, burocráticos, frequentemente autoritários e hierarquizados. No entanto, reforça-se que esse desafio é necessário, sobretudo, em serviços que atuam em territórios mais vulnerabilizados e marcados por violações sistemáticas de direitos humanos. É nesse sentido que os autores salientam que a dinamicidade da produção de informação pelas redes

sociais locais deve ser incorporada à APS por meio de processos que as legitimem como produtoras de informação relevante para a tomada de decisão no cotidiano dos serviços locais de saúde.

A análise da situação de saúde local e suas permanentes transformações fornecem à Vigilância Popular em Saúde a concepção de que é necessária uma multiplicidade de ações para enfrentar as demandas complexas de saúde no País⁵³. Para tanto, é preciso que os serviços sofram mudanças em seus processos de trabalho, incorporando práticas democráticas e participativas na construção das ações em saúde⁵⁵.

Considerações finais

A partir do constructo teórico da epidemiologia crítica, entende-se como fundamental, para subsidiar esse pensar e fazer saúde de maneira socialmente implicada, a compreensão do processo saúde-doença a partir do seu caráter social, com capacidade de superar a fatorização do adoecimento, que, de forma genérica, resume o fenômeno social do adoecimento à influência determinada de um fator (A) sobre a doença (B). Historicamente, a teoria da Determinação Social da Saúde tem sido confundida ou resumida aos DSS. Tal equívoco teórico e praxiológico tem contribuído para reprodução de uma análise restrita e uma prática insuficiente para superar os processos históricos e sociais que produzem e sustentam o adoecimento nas sociedades.

O cenário de intensas e incertas mudanças climáticas têm evidenciado o imenso desafio de repensar em um cuidado em saúde que não permaneça reproduzindo vulnerabilidades e vitimando as populações historicamente excluídas. A transição epidemiológica incompleta, que se observa no Brasil, por meio da qual há persistência de doenças infectocontagiosas com aumento das doenças crônicas, evidencia o caráter histórico-político-social desse contexto epidemiológico.

A APS possui papel central na ordenação do cuidado e caracteriza-se como *locus* privilegiado para construção de uma assistência territorialmente articulada, que supere abordagens biologicistas e reducionistas. Nesse sentido, considera-se imprescindível que as práticas de assistência e VS estejam imbricadas e articuladas, cujo objetivo é alcançar práticas em saúde que se proponham democráticas e emancipatórias, dando respostas efetivas aos complexos problemas de saúde.

A Vigilância Popular em Saúde tem sido caracterizada como prática democrática que articula ações de vigilância concatenadas às realidades territoriais, definindo-se como experiência que tem apontado novos horizontes para uma prática territorialmente articulada e coletivamente construída.

As experiências democráticas, participativas e territorialmente articuladas têm sido construídas e fortalecidas no Brasil, em experiências diversas de práticas científicas, assistenciais e de vigilância que se propõem emancipatórias. É nessa perspectiva que os autores deste artigo, em uso da citação de

Chico Science, eternizada em sua canção ‘Um passeio pelo mundo livre’, somam-se em coro afirmando ‘Um passo à frente e você não estará mais no mesmo lugar’⁵⁶ – a partir da perspectiva de que a adoção de novas abordagens em vigilância e assistência em saúde emerge como força instituinte de construção de uma nova ordem na prática/pesquisa, na qual não cabem ações verticais e desarticuladas dos territórios onde se pretende promover ciência, cuidado e saúde.

Colaboradores

Nogueira PTA (0000-0003-3133-476X)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Bezerra AFB (0000-0002-5278-3727)*, Lima SS (0000-0003-0975-5306)*, Santos RS (0000-0003-2387-6999)* e Gomes ECS (0000-0001-7836-6457)* contribuíram para revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Guimarães RM, Meira KC, Paz EPA, et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciênc saúde de coletiva*. 2017;22(5):1407-1416. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>
2. Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde de debate*. 2015;39(104):255-267. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040385>
3. Recktenwaldt M, Junges JR. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. *Saude Soc*. 2017;26(2):367-381. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171916>
4. Garcia LP, Duarte E. 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: marco para a construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e20180002. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200020>
5. Okumoto O, Brito SMF, Garcia LP. A Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(3):e2018318. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300018>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da União [Internet]. 13 Ago 2018 [acesso em 2022 mar 7]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>
7. Prado NMBL, Biscarde DGS, Pinto Junior EP, et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(7):2843-2857 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>
8. Gondim GMM. Decifra-me ou te devoro: enigmas da Vigilância em Saúde na pandemia Covid-19. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00296128. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00296>
9. Meneghetti FK. O que é um ensaio-teórico? *Rev Adm Contemp*. 2011;15(2):320-332. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>
10. Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* [Internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2010 [acesso 2022 mar 20]. p. 13-36. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2011/01/Determinacao.pdf>
11. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* [Internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2010 [acesso 2022 mar 20]. p. 87-125. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2011/01/Determinacao.pdf>
12. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Rev Latinoamericana Salud* [Internet]. 1982 [acesso em 2022 mar 20];2:7-25. Disponível em: https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf
13. Silva LB, Bicudo V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: Santos TVC, Silva LB, Machado TO, organizadores. *Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises* [Internet]. Rio de Janeiro: Mórula; 2022 [acesso em 2022 mar 25]. p. 115-131. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/51905/3/Determinates%20Sociais%20-%20Let%C3%ADcia%20Silva%20-%202022.pdf>
14. Fonseca RMGS. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1997;5(1):5-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11691997000100002>
15. Souza DO. O caráter ontológico da determinação social da saúde. *Serv Soc Soc*. 2020;(137):174-191. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.207>
16. Borghi CMSO, Oliveira RM, Sevalho G. Determinação ou Determinantes Sociais da Saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab Educ Saúde*. 2018;16(3):869-897. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>
17. Borde E, Hernández-Álvarez M, Porto MFS. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde debate*. 2015;39(106):841-854. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>
18. Bertolozzi MR, Takahashi RF, França FOS, et al. The incidence of tuberculosis and its relation to social inequalities: Integrative Review Study on PubMed Base. *Esc Anna Nery*. 2020;24(1):e20180367. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0367>
19. Barata RB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Rev USP*. 2011;51:138-145. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i51p138-145>
20. Mello L, Gonçalves E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Cronos* [Internet]. 2010 [acesso em 2022 abr 12];11(2):163-173. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/16425/5/Artigo%20-%20Eliane%20Gon%CA7alves%20-%20202010.pdf>

21. Jesus V. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um *continuum* colonial chamado racismo ambiental. *Saúde Soc.* 2020;29(2):e180519. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180519>
22. Estrela FM, Soares CFS, Cruz MA, et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades à luz do gênero, raça e classe. *Ciênc saúde coletiva.* 2020;2(9):3431-3436. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.14052020>
23. Patrocino LB, Pena ED. Vacinação contra covid-19 no Brasil: neoliberalismo, individualização e desigualdades. *RDTPS [Internet]*. 2021 [acesso em 2022 abr 13];7(13):241-259. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/article/view/12789>
24. Oliveira TF. As inflexões da contrarreforma na política de Atenção Primária à Saúde no Governo Bolsonaro: implicações sobre a Estratégia Saúde da Família [dissertação na Internet]. Paraíba: Universidade Estadual da Paraíba; 2021 [acesso em 2023 abr 12]. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/3809/2/PDF-%20Tatiany%20Fernandes%20Oliveira.pdf>
25. Gonçalves AM, Furtado IRM, Nóbrega KMS, et al. A contrarreforma da previdência e o retrocesso dos direitos previdenciários das mulheres. *SER_Social.* 2023;25(52):220-240. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v25i52.37951
26. Silva MA, Xavier DR, Rocha V. Do global ao local: desafios para redução de riscos à saúde relacionados com mudanças climáticas, desastre e Emergências em Saúde Pública. *Saúde debate.* 2020;44(esp2):48-68. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E204>
27. Barcellos C, Monteiro AMV, Corvalán C, et al. Mudanças climáticas e ambientais e as doenças infecciosas: cenários e incertezas para o Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2009;18(3):285-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000300011>
28. Zezzo LV, Coltri PP, Miranda MJ, et al. Doenças Infecciosas no Contexto das Mudanças Climáticas e da Vulnerabilidade Socioambiental. *RBClima [Internet]*. 2021 [acesso em 2023 abr 20];17(28):671-697. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/revistaabclima/article/view/75500/43819>
29. Martins TCF, Silva JHCM, Máximo GC, et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(10):4483-4496. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>
30. Waldman EA, Sato APS. Path of infectious diseases in Brazil in the last 50 years: an ongoing challenge. *Rev Saúde Pública.* 2016;50:68. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050000232>
31. Teixeira MG, Costa MCN, Paixão ES, et al. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(6):1819-1828. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.08402018>
32. Fundação Getúlio Vargas. Centro de Políticas Públicas. FGV social lança a pesquisa “a montanha-russa da pobreza”. *FGV Social [Internet]*. 2022 jun 15 [acesso em 2022 abr 16]. Disponível em: <https://cps.fgv.br/destaques/fgv-social-lanca-pesquisa-montanha-russa-da-pobreza>
33. Massa KHC, Chiavegatto ADP. Saneamento básico e saúde autoavaliada nas capitais brasileiras: uma análise multinível. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200050. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200050>
34. Araújo LF, Camargo FP, Torres Netto A, et al. Análise da cobertura de abastecimento e da qualidade da água distribuída em diferentes regiões do Brasil no ano de 2019. *Ciênc saúde coletiva.* 2022;27(7):2935-2947. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.16472021>
35. Wallace R. Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência [Internet]. Traduzido por Rodrigo de Campos Silva. São Paulo: Editora Elefante; 2020 [acesso em 2022 jun 20]. 480 p. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=EF_0DwAAQBAJ&lpg=PT7&dq=doen%C3%A7as%20infecciosas%20e%20pandemia%20de%20covid%20artigo&lr&hl=pt-

-BR&pg=PT27#v=onepage&q=doen%C3%A7as%20infecciosas%20e%20pandemia%20de%20covid%20artigo&f=false

36. Campos JM, Oliveira DM, Freitas EJA, et al. Arboviroses de importância epidemiológica no Brasil. RCSBA [Internet]. 2018 [acesso em 2022 jun 20];1(1):36-48. Disponível em: <http://186.248.187.182/ojs/index.php/rcsba/article/view/23>
37. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. Ciênc saúde coletiva. 2019;24(12):4405-4415. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>
38. Piola SF, França JRM, Nunes A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2016;21(2):411-422. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10402015>
39. Paiva RFPS, Souza MFP. Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a morbidade hospitalar por doenças de veiculação hídrica no Brasil. Cad Saúde Pública. 2018;34(1):e00017316 DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00017316>
40. Farias LABG, Colares MPB, Barretoti FKA, et al. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2455. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2455)
41. Fleury S, Fava VMD. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. Saúde debate. 2022;46(esp1):248-264. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E117>
42. Waldman EA, Sato APS. Path of infectious diseases in Brazil in the last 50 years: an ongoing challenge. Rev Saúde Pública. 2016;(50):68. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050000232>
43. Sato APS. Pandemic and vaccine coverage: challenges of returning to schools. Rev Saúde Pública. 2020;54:115. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054003142>
44. Procianny GS, Rossini Junior F, Lied AF, et al. Impacto da pandemia do COVID-19 na vacinação de crianças de até um ano de idade: um estudo ecológico. Ciênc saúde coletiva. 2022;27(3):969-978. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.20082021>
45. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde Soc. 2011;20(4):867-874. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
46. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cad Saúde Pública. 2019;35(3):e00012219. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>
47. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018;42(esp1):244-260. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
48. Agostini R, Castro AM. Utopia interdita: APS como antídoto contra a desdemocratização e a necropolítica neoliberal. Saúde debate. 2023;47(136):227-241. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313615>
49. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde debate. 2018;42(esp1):38-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
50. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018;42(116):11-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
51. Ivancko GM, Querino RA, Silva GCS, et al. Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2733. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf16\(43\)2733](https://doi.org/10.5712/rbmf16(43)2733)

52. Sousa LCM, Feitosa EELC, Melo RHV, et al. A vigilância em saúde sob a perspectiva de seus trabalhadores. *Av Enferm.* 2022;40(1):11-23. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n1.86904>
53. Arjona FBS. O espaço da/na vigilância popular em saúde: construção teórica inicial. *Rev Eletr Grupo Pesq NIESBF.* 2018;6(2). DOI: <https://doi.org/10.12957/hne.2017.35702>
54. Alves PA. Vigilância popular da saúde: cartografia dos riscos e vulnerabilidades socioambientais no contexto de implantação da mineração de urânio e fosfato no Ceará [dissertação na Internet]. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2013 [acesso em 2023 abr 23]. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/8671/1/2013_dis_paalves.pdf
55. Cunha MB, Pivetta F, Porto MF, et al. Vigilância popular em saúde: contribuições para repensar a participação no SUS. In: Botelho BO, Vasconcelos EM, Carneiro DGB, et al., organizadores. *Educação popular no Sistema Único de Saúde [Internet]*. São Paulo: Hucitec; 2018 [acesso em 2023 abr 23]. p. 79-101. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/48219>
56. Science C. Um passeio pelo mundo livre [gravado por Chico Science e Nação Zumbi]. In: *Afrociberdélia [CD]*. Recife: Sony/Caos; 1996.

Recebido em 14/06/2023

Aprovado em 14/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Guilherme Franco Netto e Bruna Drumond Silveira

A abordagem territorial nos Territórios Sustentáveis e Saudáveis: um alargamento conceitual a partir da antropologia

The territorial approach in Sustainable and Healthy Territories: a conceptual enlargement from anthropology

Thais Rodrigues Penaforte¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18726P

RESUMO A incorporação da noção de território, no contexto da produção de saúde, apoia-se em uma perspectiva regulada que o informa enquanto um agente passivo, submetido à ação humana. Contudo, quando se aproxima de conceitos orgânicos como a biointeração, observa-se que os fluxos dos agenciamentos operam em direção oposta ao antropocentrismo. Em vista disso, como objetivo, este ensaio pretende expandir a dimensão conferida ao território, na abordagem dos Territórios Sustentáveis e Saudáveis, tomando como fundamento a dimensão territorial na vida quilombola. Adotando o Território de Identidade do Recôncavo como ponto de partida, percebeu-se que ele se porta como um espaço vivo, compartilhado e conectável, que se funde à vida das interlocutoras deste estudo. Seja agenciando identidades ou efeitos terapêuticos, é por meio da sua capacidade de conduzir a relação indivíduo-território que tanto a vida quanto o processo saúde-doença são deslocados. Concluiu-se que é apenas a partir da recomposição desse arcabouço relacional que será possível orientar a uma produção sustentável da saúde.

PALAVRAS-CHAVE Territórios Sustentáveis e Saudáveis. Saúde ambiental. Biointeração. Quilombolas. Conceitos ecológicos e ambientais.

ABSTRACT *The incorporation of the notion of territory, in the context of health production, is based on a regulated perspective, which informs it as a passive agent, subject to human action. However, when approaching organic concepts such as biointeraction, it is observed that the flows of agencies operate in the opposite direction to anthropocentrism. In view of this, as an objective, this essay intends to expand the territory dimension in the Sustainable and Healthy Territories approach, taking as a basis the territorial dimension in quilombola life. Adopting the Recôncavo Identity Territory as a starting point, it was perceived that it behaves as a living, shared and connectable space, which merges with the lives of the interlocutors of this study. Whether managing identities or therapeutic effects, it is through their ability to manage the individual-territory relationship that both life and the health-disease process are displaced. It was concluded that it is only by recomposing this relational framework that it will be able to guide a sustainable health production.*

KEYWORDS *Sustainable and Healthy Territories. Environmental health. Biointeraction. Quilombola communities. Ecological and environmental concepts.*

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
thaisrpenaforte@gmail.com



Introdução

A proposta de promoção de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (TSS) pretende incidir sobre condições sanitárias e socioambientais, a partir de ações territorializadas, como forma de enfrentamento das determinações sociais da saúde. Nesse sentido, uma marca constante dessa abordagem é a centralidade do território, como princípio orientador e integrador do planejamento e ação na saúde^{1,2}. Assim, a incorporação do território, no bojo das ações para efetivação da promoção da saúde, assenta-se em uma perspectiva de ação sobre este, a fim de modificar as “condições histórico sociais que determinam a saúde nos territórios”¹⁽⁹⁾. Trata-se de um movimento que retrata o território, em um certo estado de espera, sendo receptáculo das experimentações socio-sanitárias dirigidas à sua reformulação.

No entanto, a contribuição pretendida por este ensaio é de confrontar essa regulação do território pelo homem, para, a partir de uma perspectiva antropológica, o impulsionarmos como um ator-político³. Tal proposição não é desconhecida pelo campo da saúde coletiva que, eventualmente, destaca a existência dessas aproximações^{1,4}. Entretanto, é precípuo da antropologia o compromisso “de aprender com a maior variedade de abordagens possível”⁵⁽⁷⁾. Ademais, se o interesse pelos TSS remete à investigação de seus contextos e fluxos, para ampliarmos essa abordagem, é preciso avançar teoricamente. É por essa razão que nos apoiaremos em um conceito que nasce da experiência íntima do homem com a terra: a biointeração⁶.

Esse conceito resgata a comunhão do homem com a natureza, rebatendo qualquer distinção ou hierarquização entre eles. Ao contrário, ele resgata a consciência de que existimos com e no território, em uma relação do tipo orgânica⁶. Desse modo, quando Bruno Latour³ defende que o território participa da história como um agente da vida pública, o conceito de biointeração informa que é o território que nos dirá qual a melhor forma de viver.

Logo, o caminho metodológico mais seguro é investigar as agências e as confluências⁶ do território. Ao delimitarmos seus participantes, suas possibilidades de existência e quem e o que está em jogo, conseguiremos entender como e por que as mudanças ocorrem⁷. É um direcionamento que visa produzir conexões, e não cisões, uma vez que o próprio mundo deve ser tomado como um “nó em movimento”⁷⁽¹¹⁾.

Em vista disso, nosso objetivo pretende expandir a dimensão conferida ao território na abordagem dos TSS, tomando como ponto de partida a dimensão territorial na vida quilombola. Para essa empreitada, teremos como interlocutoras duas mulheres quilombolas, destacadas como as mais velhas de suas comunidades. Juvani Viana, de 72 anos, é a líder espiritual da comunidade Kaonge, no município de Cachoeira-BA, e D. Nini é uma rezadeira de 85 anos, moradora da comunidade Buri em Maragogipe-BA. Ambas desfrutam de grande prestígio e reconhecimento dentro e fora de suas comunidades, sendo consideradas mestras dos saberes ancestrais (ou tradicionais).

Nosso contato remonta ao ano de 2014, quando iniciamos uma parceria com o Conselho Quilombola da Bacia e Vale do Iguape. Desde então, temos desenvolvido uma série de pesquisas voltadas ao levantamento do patrimônio terapêutico das comunidades quilombolas da Baía de Todos os Santos. Nossas conversas mesclam relatos orais e entrevistas, conduzidas embaixo de árvores sagradas e quintais coalhados de plantas medicinais. Tais momentos buscaram privilegiar a investigação de seus vínculos com o território, procurando identificar suas confluências e seus modos de interlocução. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia, em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, tendo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) sob o nº 38573820.4.0000.8035 e parecer nº 4.616.600.

Nessa direção, tomaremos o território não como um espaço delimitado, mas como um emaranhado relacional que dá vida àqueles que o habitam. Como afirma Tim Ingold⁸, a experiência humana não é fundamentalmente situada, mas situante. Ela se expressa de maneira corporificada não dentro de lugares, mas através deles. Para tanto, foi preciso nos engajarmos em dimensões perceptivas, relacionais e existenciais, aderindo à extensão proposta por Christine Zonzon⁹ à observação participante. Desse modo, o nosso observar buscou se afastar do pensamento sintético (que se ocupa em desenvolver o ter) para privilegiar o pensamento orgânico (engajado na produção de ser). Além disso, reconhecendo a nossa condição de aprendiz das nossas interlocutoras, subvertemos as lógicas de pesquisador e objeto de pesquisa, para produzirmos um caminho metodológico que seguiu os passos e as orientações delas.

Ademais, procurando nos afastar de conceitos estáveis ou universalizantes, perseguimos os contornos definidos em ação. Atuando a partir de uma dinâmica de auto(re)organização, o território emerge em meio a trajetórias singulares, projetando processos históricos únicos. Assim, nosso propósito é produzir reflexões, à guisa de um conceito indisciplinado, capaz de demonstrar como o território impulsiona cenários de vida e situações de saúde. Outrossim, é partindo do conhecimento tradicional que ofereceremos uma nova contribuição ao debate acadêmico.

Este ensaio se divide em duas seções e em uma pequena síntese final, que percorrem trajetórias distintas e complementares. Na primeira seção, buscaremos oferecer um panorama teórico-reflexivo que situa as transformações operadas nos termos ambiente, meio ambiente e território, a partir de políticas nacionais e programas internacionais de saúde. Na segunda, partiremos de uma crítica aos limites dirigidos ao território, pela abordagem dos TSS, para pensar no território como um fluxo biointerativo. Para esta discussão, iniciamos com o marco teórico dos TSS até sermos

colapsados pelas experiências quilombolas. Essas últimas nos apresentarão os elementos fundamentais para a compreensão dos limites da questão identitária e dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), como modo de assimilação da noção territorial.

A inclusão do território na saúde: perspectivas e transformações

A fim de compreender a ascensão do território, do campo geográfico para a saúde, é preciso remontar às transformações operadas no próprio conceito de saúde e seu reatamento na organização de sua rede assistencial. Nesse processo, observaremos como o território foi tomado como uma derivação do meio ambiente e sua mobilização para fins de organização das ações e serviços de saúde.

O Relatório Lalonde¹⁰ foi um marco na contestação de uma visão reducionista da saúde, notadamente voltada à abordagem da saúde e da doença. Seus apontamentos despertaram para uma produção de saúde que exige mais que desenhos assistenciais bem elaborados. Considerando o impacto das ameaças ambientais e comportamentais e os limites dos sistemas de saúde, o relatório indica a necessidade de maior articulação com o meio ambiente. Sua proposta é de destinar atenção a esse setor, tanto quanto é dirigida à organização dos cuidados em saúde. Desse modo, o meio ambiente foi incluído como um dos elementos constituintes do campo da saúde conjuntamente com biologia humana, estilo de vida e organização da assistência à saúde. Além disso, o desenho conceitual a ele dirigido (cujo conteúdo guiará as ações de gestão e avaliação em saúde) o define como “all those matters related to health which are external to the human body and over which the individual has little or no control”¹⁰⁽³²⁾.

Em seguida a esse primeiro movimento, na Declaração de Alma-Ata¹¹, ratificou-se a

perspectiva de que o alcance de níveis mais altos de saúde só seria possível com a associação a outros setores. Ainda, postularam-se os cuidados primários de saúde como a chave para o alcance desse ideal. Assim, foram lançadas as bases para concepção de um novo segmento, o da promoção da saúde.

Referendado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa no Canadá¹², o conceito de promoção da saúde se apresentou como uma nova forma de fazer saúde pública e incluiu a necessidade de modificações no meio ambiente como um pré-requisito. Assim, aderindo a uma abordagem socioecológica, a promoção da saúde tomou as ligações entre a população e o meio ambiente, como a base para a criação de ambientes positivos, tendo como fundamento norteador a atuação recíproca entre: “cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural”¹²⁽²⁾.

No entanto, antes de continuarmos, é preciso pontuar alguns aspectos limitantes das perspectivas ora apresentadas. A atuação recíproca reivindicada submete-se a um ordenamento unilateral. É o homem que cuida do meio ambiente, em uma nítida divisão entre a dimensão social e a natural. Então, a que se refere a abordagem socioecológica da saúde? Seria apenas uma justaposição dos termos – sociedade e ecologia? Isso porque, se considerarmos que, até o momento, a posição do meio ambiente se entrelaça a aspectos exteriores ao indivíduo, a sua função na produção de saúde torna-se ambígua. Se, por um lado, a sua participação e influência parecem estar bem estabelecidas, por outro, não é revelado como essas interações são processadas. Tomado como um conceito genérico, não há exploração da própria capacidade de ação/reação do meio ambiente. Outrossim, estando confinado à categoria de fator de influência, em detrimento da posição de ator, sua função se reduz a um tipo de paisagem que o campo da saúde se viu convencido a incorporar. Nessa perspectiva, escapa ao debate seus modos de mobilização e associação. Todavia, antes de

nos debruçarmos nessa discussão, outros elementos adensaram essa perspectiva estática e domesticada do meio ambiente.

No contexto das iniciativas, que visaram à ampliação do conceito de saúde, a superação da explicação biológica, como eixo central ao estudo das doenças, foi estimulada pela inclusão outras dimensões (como as sociopolíticas e ambientais) à complexa relação saúde-doença – e ainda que em alguns momentos houvesse a preponderância de determinados enfoques, a saúde pública sempre se manteve hegemônica, uma orientação voltada ao controle de doenças, fundamentada pelo conhecimento científico e epidemiológico¹³.

Após 25 anos da Declaração de Alma-Ata, o desafio proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi de enfrentamento dos contrastes entre os padrões de saúde ao redor do mundo¹⁴. Para isso, essa organização liderou um conjunto de investigações acerca das circunstâncias capazes de influenciar negativamente a saúde das populações. Identificados como DSS, tais condições afetariam a maneira como as pessoas vivem e, conseqüentemente, a chance de serem acometidas por doenças. Além do mais, na perspectiva da equidade em saúde, os DSS se relacionam com as desvantagens que se dirigem a determinados grupos populacionais¹⁵. No Brasil, a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) procurou entrelaçar os DSS às análises de situação de saúde. Nesse panorama, por adotar como modelo analítico a proposta de Dahlgren e Whitehead¹⁶, o ambiente se posiciona como um determinante mais geral, comprometido, especialmente, com as definições de estratificações econômico-sociais, as quais se atrelam a diferenciações em saúde¹³.

Com uma clara influência epidemiológica e de sua comunidade de pesquisadores^{17,18}, os desenhos das DSS refletem preocupações particulares a depender da posição do ator que esteja indicando e/ou considerando determinado fator de risco. Para Martins¹⁸, quando quem está definindo os DSS são os planejadores da saúde,

há uma tendência a se enfatizar indicadores abstratos, aqueles condicionantes institucionais gerais, como educação, meio ambiente, trabalho, habitação, renda entre outros¹⁸⁽¹³²⁾.

Por outro lado, quando são os usuários que indicam os DSS,

há uma tendência a se ressaltar indicadores concretos ligados a experiências religiosas, memórias de automedicação ou de visitas hospitalares, conselhos de pessoas de confiança¹⁸⁽¹³²⁾.

Desse modo, o autor defende que é preciso confrontar o *status* explicativo e autoritativo dos DSS.

Nessa mesma direção, Bonet e Tavares¹⁹ reconhecem que a premissa dos DSS ignora o reconhecimento de que “a eficiência de um sistema de saúde passa por uma enormidade de procedimentos que não podem ser limitados em subsistemas com competências específicas”¹⁹⁽¹⁹³⁾. Outrossim, a dinâmica e a heterogeneidade dos mediadores envolvidos no processo saúde-doença escapam ao controle dos planejadores. Além disso, o foco excessivo nessas determinações deixa de fora outros agenciamentos sobre os corpos e a própria dimensão incorporada (*embodiment*) da experiência do adoecer¹⁹.

Não obstante esses limites ora apresentados, o privilégio conferido aos DSS reforça uma visão das condições ambientais, como espaço de atuação e intervenção sanitária, sem localizar a relação sujeito-ambiente. Neste ponto, percebemos como os termos ambiente, meio ambiente e território se fundem e se confundem. Eles se fundem na retratação de uma dimensão situacional e organizativa das ações e serviços de saúde, mas se confundem na compreensão da sua relação com o homem e a vida.

Para Bruno Latour³, o melhor termo a ser utilizado é território, porque esse, além de mobilizar emoções e posições mais contundentes que aquelas dirigidas ao meio ambiente, torna mais compreensível o espaço do problema

ao se aproximar do mundo cotidiano dos indivíduos. “É uma questão de solo”³⁽¹⁸⁾ que diz respeito aos nossos vínculos e aos nossos modos de vida³. Nessa dimensão, o território não materializa relações humanas, elas o habitam; e esse habitar, que aqui é tomado a partir de perspectiva de Tim Ingold⁸ (e que remete às relações que operam os processos de formação), potencializa-se quando associado ao conceito de biointeração. Todavia, essa é uma explicação antropológica – e, por ora, voltemos às escolhas sanitárias para utilização do termo território.

Ao tomar como base o arcabouço legal do SUS, é possível notar que os primeiros documentos (Constituição Federal de 1988 e Lei nº 8.080/1990) adotam o termo meio ambiente para segmentar um dos espaços da saúde. Entretanto, com a organização do sistema de saúde municipal pela Norma Operacional Básica – NOB SUS 1/1996²⁰, o perímetro do município passa a conformar um território. Assim, o território assume contornos normativos, para definir um espaço de ação e abrangência, e o meio ambiente incorpora uma dimensão exterior. A partir de então, esses princípios ordenaram o uso desses termos nas políticas públicas subsequentes, como o Programa de Saúde da Família, a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde. Contudo, esse território, como referência à produção de saúde, em nenhum momento, ocupa um lócus de interesse por si mesmo. É por abrigar o local de residência das pessoas e ser a base da assistência e das investigações epidemiológicas que ele se imbrica à saúde e à qualidade de vida.

Nessa direção, movimentos como o das Cidades Saudáveis e, mais recentemente, os TSS vêm tentando agir sobre esses espaços, de modo a oportunizar novas produções de sentido e melhoria nas condições de vida e saúde. O primeiro, ao focalizar mecanismos alternativos para gestão das cidades, vincula-se à promoção da saúde para enfrentar as condições que são vivenciadas nas cidades e suas múltiplas e complexas conexões, que operam

em constante transformação e movimento²¹⁻²³. Buscando articular qualidade de vida, acesso ao conhecimento, comportamentos positivos, políticas públicas e participação popular, a construção das Cidade Saudáveis visa à organização comunitária que, por meio da luta cotidiana, agiria sobre os ambientes físicos e sociais²⁴.

A construção dos TSS também se apoia nas perspectivas da promoção da saúde, todavia, adota o território como elemento contextualizador de sua operacionalização²⁵. O território é tomado como base tanto para a atuação dos DSS quanto para o efeito das transformações políticas, econômicas e sociais². Assim, dialogando estritamente com o desenvolvimento sustentável, os TSS buscam dirigir a produção sociossanitária a partir de uma racionalidade contra-hegemônica^{2,25,26}.

O fundamento para essa perspectiva de sustentabilidade se reporta às primeiras discussões acerca do termo 'desenvolvimento sustentável' inaugurado pelo Brundtland Report²⁷. Estruturado pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1987, esse relatório desenvolveu princípios orientadores para o combate dos problemas ambientais nos países em desenvolvimento que sofriam com os padrões não sustentáveis de consumo e produção dos países desenvolvidos. Como forma de unificar desenvolvimento e ambiente, o termo desenvolvimento sustentável foi tomado como eixo norteador para salvaguardar o futuro global²⁷. Já no contexto das diretrizes para o campo sanitário, o meio ambiente foi apontado como um lócus da saúde, e não apenas em uma perspectiva geográfica, mas enquanto uma entidade que também provoca movimentos e intervenções nesse campo. Nesse sentido, o relatório reafirmou a necessidade de readequação das políticas de saúde, de modo a superar seu viés médico-biológico, para incluir abordagens integradas que incidam sobre outras dimensões capazes de afetar positivamente a saúde das populações²⁷.

Assim, é possível demarcar que foi a partir da proposta de desenvolvimento sustentável que o envolvimento entre a saúde e o meio

ambiente sofreu uma primeira crise paradigmática. De uma paisagem voltada à intervenção, exterior ou fracamente integrada à ação humana, ele se associa à vida social, abrigando a complexa trama das relações humano-ambientais. Um deslocamento que coaduna com o pensamento de Milton Santos²⁸, que defende que é a própria sociedade corporificada, dentro das unidades geográficas, que delimita o território, como resultado de transformações e produções, em seus aspectos materiais e imateriais, sendo a expressão da práxis humana.

A produção de saúde vislumbrada pela construção dos TSS, contudo, ainda recupera o sentido normativo de território, como "a base sobre a qual as determinações sociais da saúde produzem efeitos transformadores"²⁽²⁴⁴⁾, em um franco resgate da noção típica das políticas de saúde. Para se contrapor a essa posição, apoiamos-nos no conceito de biointeração⁶. É apenas reavivando o território e resgatando a sua agência que encontraremos uma realidade que é fruto de sua própria determinação²⁸. Nesse sentido, de acordo com Milton Santos,

de fato, as determinações não se podem fazer independentemente dos objetos sociais pré-existentes, aos quais se devem adaptar cada vez que elas – as determinações sociais – não podem criar novas formas nem renovar formas antigas²⁸⁽¹⁷⁾.

No bojo das reorientações dirigidas ao conceito de saúde, portanto, é preciso propiciar um novo arcabouço sistêmico ao território. Abarcando a sua posição já delimitada, como objeto propício à análise social², procuraremos desaterrá-lo do domínio da determinação social para alcançar novas propriedades ontológicas e organizativas. Desse modo, será a partir das relações entre o território e a população quilombola que, no contexto dos TSS, produziremos uma reflexão crítica acerca do conceito de território e sua ação na vida e na saúde. Procurando deslocá-lo de um certo pragmatismo sanitário, buscaremos perceber o território em suas naturezas e articulações.

Territórios: espaços de vida e cuidado

A atuação estratégica da abordagem dos TSS opera a partir de uma agenda territorializada que fornece subsídios para a tomada de decisão e formulação de políticas públicas, de modo a interferir nos fatores ambientais que influenciam, negativamente, a saúde humana^{25,29}. Considera também que “o processo saúde-doença reflete as alterações territoriais, geográficas, demográficas, produtivas e culturais que impactam o lugar de vida”³⁰⁽¹⁴⁶²⁾. Portanto, intervir sobre as DSS é fundamental para promoção da justiça ambiental, equidade e sustentabilidade³⁰.

À primeira vista, é notável a referência ao território como um organismo biológico ou como um corpo-território³¹. As transformações anômalas convertem o território em um espaço disfuncional, o que exige análises e técnicas de ação de ordem sanitária. Já os DSS desvelam a face mais explícita dessa regularidade causal. Ademais, a força do determinismo epidemiológico ratifica a relação positivista entre o território e o indivíduo.

É essa insistência em exteriorizar a natureza do homem, moldando o campo da saúde de maneira altamente antropocêntrica, que torna a proposta adotada para saúde ambiental problemática. Como afirma Latour³², não existe a dicotomia entre política e natureza ou entre homem e natureza, nem mesmo entre sistemas de produção e ambiente. Saúde ambiental não deve ser um espaço de interseção ou de conjugação de campos, mas um cenário singular no qual a vida se desenrola. A falta desse entendimento conduz a um tipo de abstração que suprime a diversidade e a pluralidade de formas de vida e existência³³. Desse modo, os movimentos que se dirigem à saúde procuram impor uma noção específica de seu significado, e não a busca por contornos explicativos e compreensivos do processo saúde-doença. Assim, esse cenário se complexifica pelos próprios vieses que a compreensão de território assume.

Para subsidiar essa reflexão, tomemos como ponto de partida a proposta do marco teórico acerca dos TSS²⁹, produzido pela cooperação interinstitucional entre a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Os produtos dessa cooperação compõem um conjunto de três publicações, que buscam subsidiar proposições futuras para a construção de TSS. Dado o seu pioneirismo, no fortalecimento institucional da saúde ambiental no SUS, e o elevado grau de organização de seus resultados, essa experiência foi tomada como plataforma para a problematização do uso do termo território.

Esse projeto teve como objetivo “promover práticas que conferem sustentabilidade aos territórios com base no protagonismo das populações e comunidades rurais e tradicionais”²⁹⁽¹³⁾. Além disso, a base conceitual, que guia a concepção de território²⁹, cita a perspectiva de Milton Santos que interrelaciona localidade e a identidade das pessoas.

O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da resistência, das trocas materiais e espirituais e do exercício identitário das comunidades que nele vivem²⁹⁽¹³⁾.

O território nos TSS é tomado a partir da questão identitária, posicionando-se como locus das intervenções, nas condições sanitárias e socioambientais, de comunidades expostas e vulneráveis aos DSS²⁹. Ademais,

permite entender as situações provocadas pelo desequilíbrio de forças entre os atores e aplicar propostas de desenvolvimento mais justas para cada localidade³⁴⁽⁴¹⁾.

Nesse sentido, a dimensão territorial se submete às epistemes sanitárias. É apenas a partir do conhecimento científico que se revelarão os movimentos das forças que convergem negativamente sobre os indivíduos e as mudanças necessárias à transformação

sociossanitária. As ações territorializadas se aproximam, desse modo, à uma missão civilizatória – e é por considerar a necessidade de intervenções contextualizadas que a planificação dos TSS adota os DSS para a implantação de sua agenda³⁵.

Essa primazia conferida às DSS na coordenação das ações retrata um território cuja base de ação já está, previamente, povoada por agentes externamente impostos. Não obstante, a realidade cotidiana da saúde opera a partir de contornos mais amplos, de caráter criativo e sensível, o que confere dinamismo e historicidade à experiência do processo saúde-doença³⁶. É, preciso, portanto, operar a partir de perspectivas que sejam capazes de entrelaçar vida e território, restaurando elementos que foram segmentados pelos campos disciplinares. Nessa lógica, esse é o fundamento do conceito de biointeração⁶ que conflui com a antropologia ecológica de Tim Ingold³⁷.

Para ambos os autores, é preciso converter a atual ancoragem do conhecimento, que se sustenta a partir de sistemas de informação, para se abrir a um diálogo histórico. Assim, pensar no território como “espaço de representações das relações em sociedade”³⁴⁽⁴³⁾ reduz aquilo que deve ser tomado como relacional, como uma entidade em si. Logo, nossa proposta remete a um território que “não é meramente uma fonte de problemas e de desafios adaptativos a serem resolvidos; ele se torna parte dos meios de lidar com isso”³⁷⁽¹⁹⁾. Nessa direção, nem o indivíduo nem o território podem ser tratados como elementos residuais ou isolados em si. O ponto de partida deve ser o agente situado, em um contexto de relações e interpenetrações com os demais (humanos e não humanos)^{37,38}.

Trata-se de um tipo de confluência⁶ entre homem e território que contribui para a produção de outras compreensões acerca da vida e da saúde. Nestas, é o território que dirige o esclarecimento da dimensão identitária, da agenda territorial e das necessidades operacionais. Um franco reconhecimento de que o território tem ação por si e que pode se fundir

à realidade – e que produz como corolário que a “biointeração é a contra-colonização do desenvolvimento sustentável”³⁹⁽⁷⁸⁾. Destarte, se tais postulados nos parecem inovadores, não o são para os povos tradicionais, que desde sempre assumiram tais pressupostos como orientação epistemológica.

O Território de Identidade do Recôncavo é entendido por seus interlocutores como um espaço de conhecimento vivo, compartilhado e conectável⁴⁰. Tal reconhecimento indica a sua inexistência enquanto um objeto puramente atual ao mesmo tempo que ratifica a sua interconexão a outros elementos, a partir de circuitos coexistentes. Um movimento que se opõe ao conceito e à representação, e que busca na experimentação traçados dinâmicos, que se conformam diretamente com a natureza e com a história⁴¹. Um desenho muito presente nas comunidades quilombolas e que moldaram a vida de Juvani e D. Nini.

Por parte de mãe, os avós de Juvani são originários da África, e por parte de pai, sua bisavó e sua avó eram ‘índias’ (optamos por manter a categoria nativa da interlocutora). Seu pai nasceu na cidade baiana de Cachoeira, na comunidade da Campina, e depois sua família foi morar na comunidade do Acupe. Esse movimento de Campina para o Acupe deu-se em razão da maior facilidade, nessa última, de acessar os barcos que se dirigiam à capital, servindo tanto para transporte de pessoas como para escoamento da produção. Ele ainda residiu na cidade de Salvador, e ao retornar para Cachoeira, morou novamente no Acupe e depois na comunidade da Sicupema. A sua mudança, em definitivo, para a comunidade do Kaonge se entrelaça ao afloramento de sua mediunidade. Após sonhar com números, ele fez uma aposta e ganhou uma quantidade de dinheiro suficiente para comprar um barco, que ele denominou de Nova Aldeia. Após uma celebração em agradecimento a essa conquista, um de seus primos indicou-lhe uma localidade em que ele pudesse se instalar – o Kaonge. Nesse novo território, ele estabeleceu o seu terreiro, a ‘Casa de Oração 21 Aldeias de Mar e

Terra', e fixou sua família, cujos descendentes permanecem até os dias atuais.

Juvani nasceu quando os pais viviam na comunidade da Sicupema e, com 7 anos de idade, passou a morar com a madrinha, na comunidade cachoeirana de Santiago do Iguape, para estudar. Aos 11 anos, seguiu com a madrinha para Salvador, onde ficou até a finalização de seus estudos. Juvani ainda estudava em Salvador quando seus pais faleceram. Isso fez com que, aos 14 anos, ela se instalasse em definitivo no Kaonge e no terreiro de seu pai. Hoje, ela é a líder espiritual da 'Casa de Oração 21 Aldeias de Mar e Terra' e mantém uma descendência de filhos de sangue e de fé nesse território.

Se analisarmos o entrelaçamento da vida de Juvani ao território do Kaonge, sem nos comprometermos com uma perspectiva etno-histórica, podemos incorrer em equívocos e estabelecer dicotomias artificiais sobre a relação entre identidade e dimensão territorial. Ao destinarmos atenção à historicidade das configurações sociais e seu caráter relativo com a terra, observamos como o território também age e se edifica a partir desse movimento histórico. Um pressuposto que se contrapõe às práticas que procuram impedir a visão desse movimento a partir da criação de pontos de fixação.

Nesse desenho, a identidade não se entrelaça nominalmente a um território, mas, a cada território, novas configurações identitárias são produzidas e acumuladas. Desse modo, tratar o território como uma aleatoriedade de traços, trajetórias e experiências é perder de vista a maneira como as relações são conduzidas, por e mediante ele. Ignora-se, portanto, a sua capacidade fundamental de modificar e ser modificado a partir de sua interrelação e integração com os indivíduos. Nesse sentido, o conceito de território deve privilegiar o processo historicamente dinâmico que, ao incidir sobre humanos e não humanos, em condições e relações particulares, produz novas identidades.

A inexistência de uma correspondência imediata, mas que é mediada pelo território,

também implica uma noção de territorialidade que demarca diferentes vínculos de expressão. Nessa direção, igualmente, o efeito terapêutico das plantas medicinais tem sua funcionalidade imersa na interioridade do território, como veremos no relato de D. Nini. Quando perguntada acerca dos procedimentos adotados para a coleta das plantas medicinais, ela nos ensina que:

D. Nini: *Todo mato a gente tem obrigação, por obrigação, de fazer pedido antes. Você tem o que é seu, não quer é que ninguém tire... Assim é isso, tudo tem domínio!*

Pesquisadora: *Então, até se a senhora for pegar, por exemplo, uma água de levante a senhora pede licença?*

D. Nini: *Com certeza... Com certeza. De manhã cedo, uma hora ou... Por favor, você me empresta uma galha de você para fazer tal remédio assim? Conversando que se entende, por que você não tem o que é seu para eu chegar aí meter a mão e fazer o que quero, você vai achar ruim... [...].*

Pesquisadora: *E para o efeito da planta a senhora também conversa com ela ou ela já sabe?*

D. Nini: *Não, tem também que conversar com ela. É como a gente, já tá morta não vai fazer o que? Ela viva é que a gente tem uma obrigação de conversar com ela, eu converso com isso, eu abraço, eu beijo, faço tudo.*

Pesquisadora: *Mas mesmo morta ela carrega o efeito ainda?*

D. Nini: *Sim. Ela morta vai fazer o efeito... Dela vai vir fazer o efeito.*

A relação entre D. Nini, as plantas medicinais e o território destaca o dinamismo inerente a cada um desses elementos que não atuam sobre agentes passivos, mas sobre sujeitos ativos, capazes de uma vontade de associação e de modificação, a partir de seus

interesses recíprocos e contextuais. Uma construção biointerativa de cuidado, que indica os saberes e fazeres de uma ação terapêutica. Aqui, novamente, argumentamos que o território não representa o mundo ou um conjunto de relações, ao contrário, ele conjuga fluxos desterritorializados⁴² (tanto por meio de D. Nini quanto da própria planta) para, a partir de sua extensão territorial, propiciar agenciamentos de cura. Desse modo, a efetividade da ação terapêutica não poder ser individualizada, uma vez que é forjada na e em relação, o que implica a impossibilidade de repartir a ação de engajamentos, fatores terapêuticos e ambientais.

Nessa direção, as questões sanitárias só podem ser compreendidas em complementaridade à determinada visão de mundo e seus aspectos socioculturais⁴². Elas não devem estar inscritas em um modelo pragmático de conhecimento, que busca tornar os fenômenos cada vez mais tecnicamente controláveis e interpretáveis⁴³. É por essa razão que Tim Ingold³⁷ nega que fluxos ecológicos ou epidemiológicos sejam capazes de inscrever ações contexto-independente. O processo saúde-doença não é deslocado pelos DSS, mas pela relação indivíduo-território. Portanto, não há efeitos de causas, mas de relações. O 'indivíduo situado' se interliga à rede de sociabilidade em que se encontra inserido. Nessa trama, as relações estabelecidas não se estendem de modo uniforme, ao contrário, organizam-se em distintos graus de qualidade e diversidade³⁶. Desse modo, recompor esse arcabouço relacional, implicado em uma base territorial, é que deve orientar o conjunto de ideias, interpretações e percepções que esclarecem o processo saúde-doença.

Considerações finais

Ao longo deste ensaio, buscamos mostrar como a evolução das políticas e programas de saúde implicou modificações à situação do território, tanto no contexto da produção de saúde quanto no esclarecimento do processo saúde-doença. Mesmo com todas essas transformações, a resistência de uma orientação territorial aterrada nos fluxos dos DSS contribuiu para a corrupção de sua habilidade de atuar como o fluxo que se entrelaça às experiências humanas. Isso fez que com as políticas públicas de saúde não alcançassem os múltiplos níveis aos quais o território pode se abrir e se revelar.

Nesse panorama, impedidos de reconhecer a miríade de caminhos que ele torna possível, equivocou-se em pensar que seria o domínio antropocêntrico que governaria a relação território-saúde. No entanto, auxiliados pela antropologia, conseguimos perceber que é a dimensão biointerativa, entre homem e território que é capaz de fornecer um paradigma mais adequado, tanto ao desenvolvimento sustentável quanto à produção de saúde. Desse modo, a saúde pública não deve agir 'sobre' o território, mas se assumir como parte guiada 'por' ele. Apenas substituindo os antigos conceitos, elos e (pré)determinações, para pensar no território a partir de sua biointeração e confluências, conseguiremos reconhecer seus movimentos e compreender a sua vocação ética, que sempre escolhe os melhores caminhos e condições de desenvolvimento a todos os envolvidos.

Colaboradora

Penaforte TR (0000-0003-3606-7453)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Institucional Territórios Sustentáveis e Saudáveis (PITSS). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
2. Machado JMH, Martins WJ, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Comum Ciênc Saúde*. 2017;28(2):243-249.
3. Latour B. Onde Aterrorizar? Como se orientar politicamente no Antropoceno. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2020.
4. Monken M, Barcellos C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: Fonseca AD, Corbo AD. O território e processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 177-224.
5. Ingold T. Antropologia: para que serve? Petrópolis: Editora Vozes; 2019.
6. Santos AB. Colonização, quilombos, modos e significações. Brasília, DF: INCTI/UnB; 2015.
7. Haraway D. O manifesto das espécies companheiras. Cachorros, pessoas e alteridade significativa. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2021.
8. Ingold T. Estar Vivo. Ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição. Petrópolis: Editora Vozes; 2015.
9. Zonzon CN. A observação participante “do ponto de vista dos nativos”. In: Alves PC, Nascimento LF. Novas fronteiras metodológicas nas ciências sociais. Salvador: Edufba; 2018. p. 105-134.
10. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada; 1981.
11. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários. Alma-Ata, URSS: OMS; 1978.
12. Organização Mundial da Saúde. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Carta de Ottawa. Ottawa: OMS; 1986.
13. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
14. World Health Organization. The World Health Report 2003: Shaping the Future. Genebra: WHO; 2003.
15. World Health Organization. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Genebra: WHO; 2008.
16. Organização Mundial da Saúde, Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório final. Genebra: OMS; 2010.
17. Almeida-Filho N, Kawachi I, Pellegrini Filho A, et al. Research on health inequalities in Latin America and Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health*. 2003;93(12):2023-2043. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.93.12.2037>
18. Martins PH. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas na saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc; 2007. p. 115-142.
19. Bonet O, Tavares FRG. O cuidado como metáfora nas redes de prática terapêutica. In: Pinheiro R, Mattos RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc; 2007. p. 263-278.
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito federal, na área de epidemio-

- logia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 Nov 1996.
21. Hirao H. Da cidade dos afetos para a cidade saudável. *Saude soc.* 2020;29(2):e200054. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200054>
 22. Sperandio AMG, Correa CR, Serrano MM, et al. Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis: São Paulo, Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2004;9(3):643-654. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300016>
 23. Westphal MF. Cidades saudáveis, estratégias e desafios em novos tempos. *Labor e Eng.* 2018;12(4):472-481. DOI: <https://doi.org/10.20396/labore.v12i4.8654315>
 24. Adriano JR, Werneck GAF, Santos MA, et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Ciênc saúde coletiva.* 2000;5(1):53-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100006>
 25. Gallo E, Setti AFF. Território, intersectorialidade e escalas: requisitos para a efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. *Ciênc saúde coletiva.* 2014;19(11):4383-4396. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.08752014>
 26. Gallo E, Setti AFF. Desenvolvimento Sustentável e Promoção da Saúde: implantação de agendas territorializadas e produção de autonomia. *Saúde debate.* 2012;36(esp1):55-67. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042012E08>
 27. United Nations. Report of the World Commission on Environment and Development. Our Common Future. Oxford: Oxford University Press; 1987.
 28. Santos M. O Espaço geográfico como categoria filosófica. *Terra Livre* [Internet]. 2015 [acesso em 2023 jun 6];(5):9-20. Disponível em: <https://publicacoes.agb.org.br/terralivre/article/view/67>
 29. Fundação Nacional de Saúde (BR). Territórios sustentáveis e saudáveis: experiências de saúde ambiental territorializadas marco teórico. Brasília, DF: Funasa; 2021.
 30. Gallo E, Setti AFF, Magalhães DP, et al. Saúde e economia verde: desafios para o desenvolvimento sustentável e erradicação da pobreza. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(6):1457-1468. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600010>
 31. Torres LV, Dias LO. Corpo-território e urbanidade: performance como proposta dialógica e de cura. *PERI.* 2022;1(18):25-40. DOI: <https://doi.org/10.9771/peri.v1i18.49924>
 32. Latour B. Políticas da natureza. Como fazer ciência na democracia. Bauru: EDUSC; 2004.
 33. Krenak A. O amanhã não está à venda. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.
 34. Villardi JWR, Monken M, Netto GF, et al. Saúde, Ambiente, Sustentabilidade e Territórios. In: Fundação Nacional de Saúde (BR). Territórios sustentáveis e saudáveis: experiências de saúde ambiental territorializadas marco teórico. Brasília, DF: Funasa; 2021. p. 39-58.
 35. Gallo E. Territórios Sustentáveis e Saudáveis: desafios teórico-práticos para o bem viver. In: Fundação Nacional de Saúde (BR). Territórios sustentáveis e saudáveis: experiências de saúde ambiental territorializadas marco teórico. Brasília, DF: Funasa; 2021. p. 99-124.
 36. Bonet O, Tavares FRG. Redes em redes: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Gestão em redes. Práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc; 2006. p. 385-400.
 37. Ingold T. Da transmissão de representações à educação da atenção. *Educação* [Internet]. 2010 [acesso em 2023 jun 9];33(1). Disponível em: <https://revista-seletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/6777>
 38. Benites LFR. Editorial de Tim Ingold (tradução). R

- Contemp Ant. 2022;1(40):307-314. DOI: <https://doi.org/10.22409/antropolitica2016.li40.a41787>
39. Martins G, Felipe HJ, Leal NS. Das confluências, cosmologias e contra-colonizações. Uma conversa com Nego Bispo. *Rev EntreRios*. 2019;2(1):73-84. DOI: <https://doi.org/10.26694/rev.v2i1.10481>
40. Colegiado Territorial do Recôncavo. Plano territorial de desenvolvimento rural sustentável e solidário – PTDRSS do Recôncavo. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2017.
41. Deleuze G. *Diferença e Repetição*. São Paulo: Paz e Terra; 1968.
42. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34; 1995. V. 3.
43. Stengers I. *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Editora 34; 2002.

Recebido em 07/08/2023

Aprovado em 06/02/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia. Programa Pesquisa para o SUS - PPSUS

Editores responsáveis: Guilherme Franco Netto e Francco Antonio Neri de Souza e Lima

Contribuições do conceito de corpo-território e dos feminismos comunitários para pensarmos na construção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis

Contributions of the concept of body-territory and community feminisms to think about building Healthy and Sustainable Territories

Cristiane Coradin¹, Simone Santos Oliveira²

DOI: 10.1590/2358-28982024E18731P

RESUMO O presente texto constitui-se como uma revisão de literatura, na qual se apresenta o percurso de construção do conceito de corpo-território, suas conexões com o feminismo comunitário, o ecofeminismo e o feminismo decolonial, para discutir a construção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis (TSS). Esse conceito proveio de mobilizações comunitárias de mulheres de povos originários de Abya Yala. Aos poucos, foi incorporado por mulheres indígenas, negras e camponesas brasileiras. O corpo-território consiste em dimensão biológica, mental, social e cosmogônica. A partir de seus corpos e territórios, elas questionam impactos de grandes empreendimentos, problematizam violências contra a mulheres e contra a Terra; problematizam desigualdades de sexo-gênero, classe e raça; e denunciam situações que constroem a saúde e seus corpos e territórios. Por meio de práticas de cuidado, essas mulheres recuperam a saúde de si mesmas, de seus coletivos comunitários e territórios, ampliam a sua saúde e a saúde coletiva. Isso favorece a resiliência e a reparação da teia da vida. Esse protagonismo feminino tem sido invisibilizado em estudos sobre TSS. Assim, considera-se fundamental que essas contribuições feministas sejam interseccionais nas ações de promoção de TSS.

PALAVRAS-CHAVE Feminismos comunitários. Ecofeminismo. Feminismo. Saúde coletiva. Decolonialidade.

ABSTRACT *This text constitutes a literature review, which presents the path towards building the concept of body-territory, its connections with community feminism, ecofeminism and decolonial feminism, to discuss the construction of Healthy and Sustainable Territories (TSS). This concept originates from community mobilizations of women of Abya Yala peoples. It has been gradually incorporated by Brazilian Indigenous, Black and peasant women. The body-territory consists of biological, mental, social and cosmogonic dimensions. From their bodies and territories, they question the impacts of large undertakings; problematize violence against women and the Earth; problematize sex-gender, class and race inequalities; and denounce situations that constrain health and their bodies and territories. Through care practices, these women recover their own health and of their community groups and territories, expanding theirs and the collective health. This favors resilience and reparation of the web of life. This female protagonism has been invisible in studies on TSS. Therefore, it is considered essential that these feminist contributions are intersectional in actions to promote TSS.*

KEYWORDS *Community feminisms. Ecofeminism. Feminism. Collective health. Decoloniality.*

¹Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp) - São Paulo (SP), Brasil.
cristianemottimcoradin@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Vivemos em um contexto de sindemia global¹. Esse processo conjuga situações de fome, subnutrição e obesidade com mudanças climáticas. Além disso, ele compõe um cenário de crise civilizatória ampliada, que conjuga dimensões econômicas, sociais, culturais, políticas e ambientais. Na tentativa de buscarmos responder ao desafio que esse contexto nos coloca, buscamos reconhecer, analisar e discutir experiências emergentes com potencial para abordar de forma integrada a saúde das populações humanas e não humanas em variados contextos. Desde olhares feministas, procuramos compreender como múltiplas mulheres constroem e significam seus corpos e territórios, entramados com coletivos comunitários e bens naturais.

Identificamos em estudos feministas comunitários de Abya Yala como múltiplas mulheres constroem seus corpos em relação de ecod dependência com as naturezas não humanas da Terra. Com a Natureza, elas constituem modos e meios de vida, que se relacionam com a construção contextualizada da determinação social da saúde. Essas relações são permeadas pela colonialidade de gênero e da Natureza, que coloniza seus corpos e territórios, como ser, saber e poder. Observamos como a colonialidade opera com base na violência, expropriação e exploração, e como afeta a saúde das mulheres e de seus territórios de vida. Além disso, pudemos reconhecer, em meio a cenários críticos, plenos de violações de direitos, como, por meio da sua agência, as mulheres enfrentam as categorias constitutivas dessa dominação, ampliam sua capacidade de manifestação da vida, bem como em seus territórios de vida, restituem resiliência para si mesmas, seus coletivos comunitários e ambientes naturais, ampliando assim a saúde humana e ambiental.

A agência, para Lugones², é compreendida como a capacidade de ação perante as representações sociais e os comportamentos constitutivos de relações de sexo-gênero

patriarcais, sexistas, que tornam as mulheres passivas mediante situações de desigualdades e violências. Agenciamento é a capacidade de criar e liberar, portanto, subjetividade ativa, capaz de criar práticas e representações sociais que possibilitem a descolonização e a emancipação social das mulheres.

Esse protagonismo feminino tem sido invisibilizado em estudos sobre Territórios Saudáveis e Sustentáveis (TSS). Dessa forma, este texto propõe-se a visibilizar e valorizar esse protagonismo feminino, gerando contribuições para pensarmos de modo interseccional na contribuição das múltiplas mulheres na construção de TSS. Este ensaio é composto desta pequena introdução, seguida de um item de revisão sobre o tema e outro de reflexão propositiva, encerrando-se com as considerações finais.

Material e métodos

Este texto trata-se de um ensaio teórico, realizado a partir de revisão de literatura. Para isso, realizamos revisão de literatura sobre o tema no Portal da Capes e SciELO, buscando, pela chave “corpo-território”, textos que pudessem contribuir para essa discussão. Foram encontrados apenas oito artigos acadêmico científicos sobre esse tema, evidenciando a relevância de aprofundamentos sobre ele, bem como a importância da realização de mais estudos. Além disso, agregamos outros estudos, componentes de livros e capítulos de livros em português e espanhol que identificamos sobre o tema, com o fito de qualificar a revisão e a reflexão sobre o tema.

Resultados e discussão

Corpo-territórios, feminismos comunitários e ecofeminismos

A noção de corpo-território emerge a partir de mobilizações sociais de mulheres indígenas

e camponesas de Abya Yala. Lorena Cabnal^{3,4} nos explica como os corpos das mulheres guatemaltecas estão profundamente ligados aos meios, aos modos de vida e às identidades, bem como às florestas, aos campos, às águas e aos coletivos comunitários existentes nesses territórios. O território constitui o organismo físico, psicoemocional, mental e espiritual das mulheres, assim como as florestas, a fauna e a flora e as águas são mantidas pelos seus corpos. Ambos, corpo e território, vivem em profunda relação de codependência ecológica.

Essa correlação intrínseca entre corpo e território constitui chave da leitura para compreensão das explorações e espoliações colonialistas, capitalistas, racistas e patriarcais. Compreender essa interrelação nos auxilia a entender as motivações que as mulheres das florestas, dos campos e das águas acionam para construir a sua saúde, desde seus coletivos comunitários e territórios de vida.

Essa construção dialoga e, ao mesmo tempo, constrói uma perspectiva ecofeminista popular e comunitária. Warren⁵ argumenta que existem vínculos entre a dominação da mulher e a dominação da natureza. Tratar-se-ia de um conjunto de valores, crenças, práticas, socialmente construídas com base em binários hierarquizantes e que atuam em sobreposição entre si, compondo uma lente através da qual é possível vermos o mundo e legitimamos relações de dominação das mulheres e da natureza. Esse marco conceitual se torna opressivo quando – “[...] explica, justifica e mantém a subordinação das mulheres aos homens”⁵⁽¹⁵⁾. Dentre essas dicotomias hierarquizantes, ela destaca algumas frequentemente citadas: razão / emoção, mente / corpo, cultura / natureza, humano / animal e homem / mulher. Argumenta-se que o que tem sido (historicamente) associado com a emoção, o corpo, a natureza, o animal e a mulher se considera inferior àquilo que (historicamente) tem sido associado à razão, à mente, à cultura, ao humano (em seu sentido masculino) e ao homem⁵.

O pensamento ecofeminista está fundamentado na ideia do dimorfismo sexual, que

justifica e naturaliza a existência de hierarquias de poder, valoração e diferentes papéis sociais para homens e mulheres a partir do sexo⁵⁻⁷. Essa biologização de papéis sociais a partir dos sexos levou à naturalização de papéis sociais ditos – de mulheres e circunscritos no âmbito doméstico, tais como cuidado com a alimentação da família, a organização e a higiene do espaço doméstico, a educação e o cuidado com os filhos, os idosos, os doentes etc. Como atividades e papéis inferiorizados, essas práticas de cuidado foram relegadas às mulheres e circunscritas à reprodução social da família; enquanto para os homens, relegou-se o domínio da razão, da ciência, do público, papéis considerados superiores⁵⁻⁷. Em ambos os casos, a natureza é vista como feminina, cuja representação está estreitamente vinculada às representações femininas das mulheres.

Então, o caminho para as feministas, ecologistas e éticoambientalistas, é transgredir as metáforas e modelos que feminizam a natureza e naturalizam a mulher para mútuo prejuízo⁵⁽¹⁷⁾.

Svampa⁸, a partir de um olhar ecofeminista, debruça-se sobre a formulação de experiências latino-americanas e destaca a relevância da interseccionalidade na construção dos ecofeminismos populares. Para ela, aqui é fundamental darmos ênfase “[...] sobre tierras, territorios, cuerpos y representaciones”⁸⁽¹²⁹⁾. Ela nos chama a atenção para entendermos como as mulheres, por meio da sua agencia, constroem-se como sujeitos, identidades, territorialidades, ao mesmo tempo que constroem noções éticas ecofeministas situadas de cuidado com a vida. A agencia, à luz dos estudos de Lugones⁸, é aqui entendida como capacidade de liberação de subjetividade ativa, entendida enquanto capacidade de ação feminina ante a dominação colonialista de sexo-gênero. Ou seja, implica liberação de capacidade de falar, de se expressar, de agir, de se posicionar, de dar limite, de autovalorizar-se, de respeitar-se e amar-se, capacidade de transgredir desigualdades e iniquidades de sexo-gênero, e de

ocupar espaços e comportamentos negados a elas pela dominação colonialista.

Nessa perspectiva, Cabnal^{3,4} e Cruz et al.⁹, em conjunto com outras autoras indígenas, assumem uma leitura ecofeminista popular latino-americana e sustentam a argumentação de que existe uma correlação retroativa entre dominação dos corpos das mulheres e o corpo da Terra. Dessa forma, explicitam como os feminismos comunitários¹⁰ formulam perspectivas ecofeministas próprias, que evidenciam como essas mulheres se relacionam com as naturezas dos seus corpos e com as naturezas não humanas da Terra, produzem e reproduzem seus meios e modos de vida bem como identidades, conservando assim a biodiversidade e a sociobiodiversidade existente nas águas, campos e florestas.

Para entender essa relação, elas desenvolvem o conceito de corpo-território das mulheres e da Terra. Por meio desse conceito, buscam explicar como os processos de territorialização e desterritorialização de seus *habitats* perpassam pelo estabelecimento das relações de dominação, expropriação e violência dos seus corpos femininos de modo articulado. O corpo-território da Terra é entendido como a diversidade dos elementos biofísicos que constituem os ecossistemas locais, associados às dimensões simbólicas, cosmogônicas, culturais, sociais, econômicas e políticas que se engendram nesses espaços. Os corpos-territórios das mulheres são entendidos como a condição biológica, psicossocial, emocional e cosmogônica. Essa subjetividade e essa materialidade feminina se produzem com o corpo-território da Terra. São ecodependentes dos bens naturais, entendidos como solos, florestas, águas, ar, animais de caça, criação, entre outros bens e serviços oferecidos pela natureza.

Através dos sentidos nos conectamos com os territórios: ouvimos o que o rio nos diz, conversamos com as fazendas, os campos de milho e rimos com os pássaros; isto é, são os sentidos que nos conectam aos territórios⁹⁽⁷⁾.

Como vivem em relação de ecodependência com o corpo-território da Terra, à medida que esses territórios são impactados pela ação de grandes empreendimentos capitalistas moderno-coloniais, essas mulheres argumentam que é nos corpos das mulheres que se somatizam as violências de sexo-gênero e as violências contra a Terra, por meio de longas gerações ancestrais. Elas entendem que violências contra o corpo-território da Terra produzem violências contra os corpos-territórios das mulheres. Compreendem também que violências contra seus corpos-territórios reverberam em violências contra o corpo-território da Terra:

pensamos no corpo como nosso primeiro território e reconhecemos o território em nossos corpos: quando os lugares em que habitamos são afetados, nossos corpos são afetados, quando nossos corpos são afetados, os lugares em que habitamos são violados⁹⁽⁷⁾.

Dessa forma, os processos de territorialização e de desterritorialização de seus ambientes de vida são atravessados e atravessam as relações de sexo-gênero de modo interseccional, cujos impactos são inscritos nos corpos-territórios das mulheres e no corpo-território da Terra.

Na interseccionalidade de gênero, raça, saúde e território, por meio do feminismo comunitário, Cabnal^{3,4} denuncia violências contra a Terra e contra as mulheres na América Central, a partir de processos de territorialização e desterritorialização dos povos originários, mediante investidas colonialistas de dominação dos seus territórios de vida. Ela explica como as mulheres camponesas indígenas guatemaltecas constroem práxis sociais de resistências perante essas investidas colonialistas, baseadas em práticas ecofeministas cosmogônicas, que promovem a sanção dos seus corpos-territórios e do corpo-território da Terra. O conceito de interseccionalidade aqui utilizado diz respeito à sobreposição de opressões que conjugam sexo-gênero¹¹, em especial, opressões de raça. A partir da

perspectiva elaborada por Cabnal^{3,4}, flexionamos esse conceito, adotamos como interseccionalidade nesse texto a sobreposição de interseções de classe, gênero e raça com a opressão da Natureza.

A perspectiva de saúde emergente mediante essas experiências corpóneo-territoriais internaliza uma perspectiva de autocuidado entre as mulheres, cuidado dos seus comuns comunitários e com a Terra, manifesta nas florestas, montanhas, águas e solos. Por intermédio dessas práticas, elas fortalecem a resiliência pessoal e coletiva, fortalecem-se como subjetividades ativas e fortalecem resistências populares coletivas diante da dominação interseccional de gênero, classe, raça e da natureza, ampliando sua capacidade de emancipação social. Resiliência é um termo proveniente da ecologia, amplamente utilizado em estudos do campo agroecológico. Para Holling¹², resiliência trata-se da capacidade que um sistema tem de absorver perturbações e se reorganizar enquanto passa por modificações. Colocamos esse conceito da ecologia em diálogo com a perspectiva de Canguilhem¹³ para pensarmos na saúde como capacidade de andar a vida.

Gago¹⁴, em estudo sobre os feminismos latino-americanos, analisa como as mulheres são impactadas por diferentes empreendimentos colonialistas, relevando como elas assumem o protagonismo de lutas sociais coletivas ante os impactos desses empreendimentos. Em proximidade com perspectivas feministas decoloniais, ela formula a hipótese de que a domesticação e a colonização são indissociáveis, pois formulam uma relação de subordinação que tem características próprias na exploração da mão de obra e na subordinação de territórios. Destaca a relevância da despatriarcalização dentro do processo de descolonização por meio do corpo-território, pois

[...] a imagem do corpo-território revela batalhas que estão ocorrendo aqui e agora, além de assinalar um campo de forças e torná-lo sensível e legível a partir da conflituosidade¹⁴⁽¹⁰⁶⁻¹⁰⁷⁾.

De maneira análoga a Cabnal^{3,4}, também identifica o corpo das mulheres como essa fronteira que ‘acorpa’, ‘encarna’ a experiência de vida, seus territórios, suas identidades, coletivos comunitários, meios e modos de vida.

Corpo território supõe a ideia de que as mulheres e as corporalidades dissidentes organizadas em luta entendem o corpo como um território extenso, ou seja, não é palco exclusivo da individualidade, mas como matéria ampliada¹⁴⁽¹⁰⁹⁾.

A violência do processo colonizador se dá pela produção do não ser, não saber e não poder da expressão do seu corpo-território. Assim, pela violência, expropriação e exploração que subordinam, desumanizam e, ao desumanizar, colonizam. As resistências feministas se dão, portanto, no campo de batalha desse corpo-território – que irá acionar o que lhe produz como ser, saber e poder social em relação aos meios e modos de vida situados.

No Brasil, alguns estudos recentes têm buscado analisar a noção corpo-território, organizações de mulheres e feminismos comunitários. Apresentamos aqui algumas reflexões de estudos realizados, sobretudo com mulheres indígenas amazônicas e negras quilombolas brasileiras. Essas experiências podem nos auxiliar a refletir como podemos nos aproximar dessa noção do corpo-território e, colocando-o em diálogo com construções de mulheres e feministas outras, problematizar a construção de TSS.

Santos e Ferreira¹⁵, em estudo sobre corpo-território, feminismos decoloniais, saúde e estratégias dos movimentos de mulheres indígenas da Amazônia, descrevem a trajetória de organização social das mulheres indígenas amazônicas. Para elas, essa construção gera desafios para as próprias indígenas refletirem sobre os termos conceituais e especificidades de sua atuação. Elas descrevem as transformações que pautas políticas do movimento social dessas mulheres vão assumindo nessa jornada, passando desde restrições alimentares, próprias do resguardo feminino, direitos

reprodutivos, formação de parteiras, valorização de seus saberes em medicina ancestral, passando à reivindicação de maior participação política, demarcação de terras indígenas; expulsão de invasores de suas terras, combate ao racismo e ao machismo, direito à alimentação adequada e saudável, direito à educação diferenciada, combate à violência contra a mulher indígena, maior empoderamento político das mulheres, combate às desigualdades de gênero no movimento indígena e equidade de gênero. Nessa construção, dialogam com a noção de corpo-território, oriunda de feminismos comunitários e de organizações de mulheres de Abya Yala.

Para as indígenas amazônicas brasileiras, o corpo é uma construção socioecológica que se constitui na sua relação com o *habitat* natural e com as sociabilidades comunitárias.

O corpo-território não é [...] apenas um marcador conceitual, mas também um manifesto de uma relação profunda que envolve o corpo da mulher e as outras teias ontológicas que permeiam o Universo¹⁵⁽³⁷⁾.

Falar do corpo-território da mulher indígena amazônica é a reivindicação de “[...] um lugar específico que até então negado ao agente mulher indígena, tanto no âmbito político, epistemológico, quanto no territorial”¹⁵⁽³⁷⁾. Esse conceito se insere nas bandeiras de luta das mulheres indígenas amazônicas a partir da formulação que recebe no Manifesto da Marcha das Mulheres Indígenas de 2019, “[...] como um conceito inegociável e inalienável”¹⁵⁽³⁹⁾.

No livro ‘Corpo-território mulher kalunga’ lançado em 2019, de autoria de Jaqueline Evangelista Dias, publicado pela Articulação Pacari, a autora descreve e visibiliza, em forma de imagens, o cotidiano, o habitar, o nutrir, o roçado, a existência da mulher Kalunga em seu território de vida. “A mulher Kalunga é uma caminhante. [...] O movimento das águas, da terra e dos céus está em seu corpo”¹⁶⁽¹⁾. Dias descreve os hábitos, os diferentes usos dos bens naturais e espaços do território no

metabolismo socioecológico da reprodução social da vida.

A sabedoria e a força da mulher Kalunga são frutos do compromisso de vida que ela faz com o seu território. Ela sente o que o território oferece para a sua vida e como o seu corpo precisa agir para colher esse oferecimento. Ela coloca seu corpo em causa, em prontidão, para a sua existência e de suas filhas e filhos. A vitalidade do corpo da mulher Kalunga é sua expressão de confiança na vida, consciente de viver em um território provedor¹⁶⁽¹⁾.

É um corpo-território que se faz no coabitar, no caminhar e no beneficiar essa rica sociobiodiversidade que lhes constitui como corpo-território. A autora não expressa conflitos sociais, lutas e mobilizações coletivas por reconhecimento de uma identidade étnico-racial comum nem por direitos políticos. Em comum com os demais estudos, explicita a relação de codependência da existência dessas mulheres com os bens naturais que desfrutam por viverem nesses territórios e como componentes de sua identidade.

O estudo de Alves¹⁷ sobre a experiência das mulheres indígenas Kaxarari e Rio Gaporé na Amazônia problematiza o conceito geográfico de território à luz dos estudos decoloniais, problematiza violências colonialistas contra as mulheres indígenas e destaca a importância da organização do movimento das mulheres indígenas da Amazônia. Entre as principais demandas, listam ações relacionadas com o combate à violência, prevenção e combate ao uso de álcool e drogas e ações educativas.

[...] Pois diante da presença dos invasores de terras as mulheres costumam ser as vítimas preferenciais e sofrem todo tipo de violência (sexual, física e moral), havendo relatos de tráfico de mulheres para fins de exploração sexual¹⁷⁽⁸⁾.

O estudo de Oliva¹⁸, intitulado ‘Do corpo-espaço ao corpo-território: o que a geografia

feminista tem a dizer?', problematiza o conceito de território construído pelo campo da geografia crítica, desde uma perspectiva feminista, bem como tece diálogos como os feminismos comunitários para abrir possibilidades de novos entendimentos no campo da geografia sobre como compreender a relação entre o corpo e o território por meio da noção emergente pelo feminismo comunitário e pela organização das mulheres de diferentes povos originários.

Haesbart¹⁹, em ensaio intitulado 'Do corpo-território ao território-corpo (da Terra): contribuições decoloniais', faz uma sistematização do seu pensamento, em diálogo com estudos decoloniais, e sobre corpo-territórios, traz as trajetórias da construção dessa noção e reflete sobre a construção feminista decolonial da noção de corpo-território. É um texto que busca localizar e refletir sobre o tema dentro de uma perspectiva crítica e decolonial.

No âmbito do campo da sociologia rural, Coradin²⁰, em estudo sobre mulheres e agroecologia em territórios de reforma agrária, busca aproximações entre feminismos decoloniais, ecofeminismos e o feminismo camponês popular, para construir possibilidades de aproximações entre o conceito de corpo-território e a reprodução social da vida das mulheres camponesas agroecologistas. Ademais, analisa como as mulheres camponesas fortalecem, retecem e constroem a sua reconexão com seus corpos, coletivos comunitários e com as naturezas não humanas da Terra, por meio da agroecologia e promoção da segurança alimentar e nutricional.

O conjunto dessas experiências gera novas possibilidades para compreendermos diferentes expressões possíveis para a construção de corpos-territórios, sejam eles no campo, nas florestas, nas águas ou nas cidades – o que lhes caracteriza como semelhança, a sua estreita relação de reconexão com as naturezas não humanas da Terra e com coletivos comunitários, e o que lhes distancia, enquanto processos socioculturais heterogêneos.

Corpo-território, saúde e a construção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis

Com o que pudemos refletir até aqui, avançaremos agora na construção de possíveis relações entre construções de corpos-territórios e possíveis contribuições para pensarmos na construção de TSS. Para isso, refletimos sobre como essas experiências constroem a relação entre território, corpo e saúde. Nesse propósito, trazemos para o diálogo Haesbaert²¹, Cabnal^{13,4}, Lugones²², Miñoso, Correal e Munhoz¹⁰, entre outras autoras. Ao longo deste item, vamos tecendo conexões entre essas(es) autoras(es) com autoras(es) do campo da saúde¹³ que podem nos auxiliar a compreender como essa noção do corpo-território pode nos ajudar na construção de TSS.

Haesbaert²¹ compreende que o território tem tanto um sentido material e funcional, de dominação e de apropriação, quanto um sentido simbólico, afetivo, ontológico cultural:

[...] o território, imerso em relações de dominação e/ou de apropriação sociedade-espaco, desdobra-se ao longo de um continuum que vai da dominação político-econômica mais 'concreta' e 'funcional' à apropriação mais subjetiva e/ou 'cultural-simbólica'²¹⁽²¹⁾.

No âmbito da saúde, Machado, Martins, Souza e outros autores²³ entendem que o território "[...] é a base sobre a qual as determinações sociais da saúde produzem efeitos transformadores"²³⁽²⁴⁴⁾:

Verificamos, assim, a existência de um processo de reprodução social territorializado e condicionado por fatores determinantes ou pressupostos de sustentabilidade. Tais pressupostos conformam espaços sociotécnicos e determinam características do tecido social dos territórios que poderão ou não promover saúde, segundo a sua predominância, presença ou ausência²³⁽²⁴⁵⁾.

É no território que a construção dos determinantes sociais da saúde²⁴ acontece, como processo dialógico e contextualizado, por meio dos agenciamentos sociais realizados pelos sujeitos que constroem esses espaços, articulando-se com os processos de territorialização e desterritorialização vivenciados nesses territórios.

Os territórios se fazem por meio de constituição de territorialidades. A territorialidade diz respeito a uma práxis social que os indivíduos e coletivos estabelecem em um dado território. A partir da sua interação social, econômica, política e cultural, a territorialidade está “intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar”²¹⁽²²⁾. A territorialidade se constitui como uma imagem ou um símbolo acerca de um território, uma estratégia de poder e uma forma de dotar de significado a construção social de determinado território:

Ela é também uma dimensão imaterial, no sentido ontológico de que, enquanto ‘imagem’ ou símbolo de um território, existe e pode inserir-se eficazmente como uma estratégia político-cultural, mesmo que o território ao qual se refira não esteja concretamente manifestado²¹⁽²²⁾.

A partir de Deleuze e Guatarri, Haesbaert²¹ desenvolve o conceito de territorialização e desterritorialização no fluxo das entradas e saídas do território. Não há apenas um vetor de saída ou de entrada no território. Um processo de desterritorialização guarda em si um processo de reterritorialização. A territorialização implica um permanente processo de vir a ser e de um ente passado, movido por transformações constantes. O término de uma forma de territorialização inaugura a construção de uma nova territorialização. Nesse processo, é possível encontrar, portanto, continuidades e descontinuidades, sobreposições, hibridações e rupturas materiais e simbólicas. A velocidade e a direção desse vetor de transformação

territorial dependerão das disputas de poder e dos agenciamentos coletivos e individuais dos atores que se inscrevem nesses espaços.

Todas essas relações são interseccionalizadas por desigualdades de gênero, como explicam Lugones²², Miñoso, Correal e Muñhoz¹⁰, Cabnal^{3,4}. Os processos de territorialização e desterritorialização implicam reproduções interseccionais, desigualdades e inequidades de gênero. O olhar feminista interseccional nos conduz à assunção da centralidade, conflitos de sexo-gênero, classe e raça como centralidade dos processos de territorialização e desterritorialização.

Na interseccionalidade de gênero, território e saúde, Cabnal^{3,4} desenvolve o conceito de corpo-território das mulheres e de corpo-território da Terra para explicar como se dão processos de territorialização e desterritorialização de seus *habitats* e suas conexões com a saúde das mulheres e da Terra. Para elas, a violência é a categoria que opera o processo de colonização de seus corpos-territórios e do corpo-território da Terra. É nos corpos das mulheres que se somatizam as violências de sexo-gênero e as violências contra a Terra por meio de longas gerações ancestrais. Elas entendem que violências contra o corpo-território da Terra produzem violências contra os corpos-territórios das mulheres; e que violências contra seus corpos-territórios reverberam em violências contra o corpo-território da Terra:

Pensamos no corpo como nosso primeiro território e reconhecemos o território em nossos corpos: quando os lugares em que habitamos são afetados, nossos corpos são afetados, quando nossos corpos são afetados, os lugares em que habitamos são violados⁹⁽⁷⁾.

Dessa forma, entendem que os processos de territorialização e de desterritorialização, tais como compreendidos por Haesbaert²¹, bem como a construção da determinação da saúde no plano territorial²³, são atravessados por violências de sexo-gênero, inscritas nos corpos-territórios das mulheres e no corpo-território

da Terra. A violência contra o corpo-território das mulheres e contra o corpo-território da Terra é a chave de leitura para entendemos processos de saúde a partir da perspectiva do corpo-território.

Por intermédio da conexão entre seus corpos, violências e a Terra, as mulheres indígenas manifestam adoecimentos de si mesmas e da Terra. Segundo elas, quando empreendimentos neoextrativistas colonialistas se instalam em seus territórios, eles intensificam violências, desigualdades e inequidades de sexo-gênero associadas à intensificação da expropriação e exploração da Terra. Isso impacta de forma violenta a vida das mulheres, assim como afeta o seu estado de saúde e a saúde desses ambientes.

Na busca por dialogar acerca da forma como essas mulheres entendem o processo de sua saúde e de seus ambientes, tecemos alguns diálogos com Canguilhem¹³ para analisarmos como se dá o processo de construção da determinação social da saúde por meio dos corpos-territórios, para que, com isso, possamos tecer o diálogo com a construção dos TSS e com potenciais experiências de outras brasileiras, para além das experiências das mulheres indígenas de Abya Yala.

Canguilhem¹³ discute a operacionalidade dos conceitos de corpo dado e corpo produzido, normalização e normatização, para pensarmos na saúde coletiva. Para refletir sobre essas construções, apoiaremos-nos no estudo desse autor para compreendermos os conceitos de corpo dado e produzido, corpo normalizado e normatizado, para refletirmos, na sequência, sobre a construção e a reconstrução desses corpos entendidos de forma extensa como corpos-territórios.

Em uma perspectiva crítico-social, a saúde é tematizada não como um estado de ausência de enfermidades ou ausência de fatores de vulnerabilização social mediante os condicionantes da determinação social da saúde. Como saúde, consideramos a capacidade de tolerar, recuperar-se, superar enfermidades e transformar condições adversas do meio¹³.

O organismo sadio, antes da conservação, procura realizar sua natureza em expansão, enfrentando os riscos que isso comporta. 'Saúde é, pois, possuir uma capacidade de tolerância ou de seguridade que é mais do que adaptativa'²⁵⁽⁸³⁾.

Mais adiante, Canguilhem¹³ refinará essa concepção de saúde, distinguindo a saúde como estado do corpo dado e a saúde como expressão do corpo produzido. O corpo dado está relacionado com o patrimônio genético, o 'genótipo'; enquanto o corpo produzido diz respeito aos modos de vida de cada um, seja por escolha ou imposição, ou ainda, ao 'fenótipo'²⁵. Como corpo dado, o autor se refere à capacidade de o corpo adoecer e recuperar-se e, assim, tornar-se um corpo mais potente. Já a saúde do corpo produzido

[...] é uma garantia vivenciada duplamente como uma 'garantia contra o risco e audácia para corrê-lo'. É o sentimento de poder, sempre mais, ultrapassar capacidades iniciais²⁵⁽⁸⁴⁾.

O corpo produzido é, portanto, essa capacidade de ação diante das situações da vida. Aqui é importante considerarmos a relação com a sociedade e com os determinantes sociais da saúde. Ou seja, a relação com as "[...] as condições de vida (falta de saneamento, alimentação etc.)", sob as quais "[...] deveriam delinear-se estratégias de intervenção – políticas de transformação"²⁵⁽⁸⁵⁾.

A construção da saúde desse corpo produzido dialoga com a construção de agencia feminina, ou seja, a capacidade de ação das mulheres ante a dominação colonialista de gênero e da Natureza. Essa saúde se refere à capacidade de evocar aquelas representações sociais, espaços e práticas sociais que as tornam mais fortalecidas, autoconfiantes e emancipadas da dominação colonizadora patriarcal, como ser, saber e poder. A saúde do corpo-território produzido está associada à capacidade de resiliência e de resistência das mulheres com a Terra, já que ambos são codependentes e interagem entre si, por meio

dos modos, meios de vida e subjetividades, que constituem a experiência dessas mulheres – modos de ser, conhecer e viver, que constituem e garantem um bem viver para elas, seus coletivos comunitários e a conservação dos bens naturais.

Para além do corpo dado e produzido, Canguilhem também diferencia a normalização e a normatização desses corpos, como relação com a saúde.

Canguilhem toma o conceito de norma enquanto norma biológica, entendendo a normatização enquanto possibilidade de criação de normas que, mais que adaptação, permita a expansão da vida²⁵⁽⁸⁴⁾:

A normalização, define ele, é a expressão de exigências coletivas cujo conjunto define, em determinada sociedade histórica, seu modo de relacionar sua estrutura, ou talvez suas estruturas, com aquilo que ela considera como sendo seu bem particular, mesmo que não haja uma tomada de consciência por parte dos indivíduos²⁵⁽⁸⁵⁾.

Dessa forma, normalizar a saúde das populações significa encaixá-las, fixá-las dentro de um normal pré-fixado por uma decisão normativa; do que é normal e do que é anormal ou patológico. Ao refletirmos sobre estudos decoloniais, podemos considerar a hegemonia do processo colonizador como processo de imposição de uma normalização eurocentrada, branca e patriarcal, que se impôs sobre as normas vividas pelos povos colonizados. Essa normalização colonialista determinou seus valores e práticas sociais ao colonizado, descaracterizando o grupo social dominado como ser, saber e poder social. Ao normalizar, portanto, coloniza e ao colonizar desumaniza.

De acordo com Ramminger²⁵, Canguilhem questiona o processo de normalização, pois, para ele,

[...] a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e,

por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa²⁵⁽⁸⁰⁾.

Essa atividade normativa é compreendida como a capacidade dos sujeitos criarem normas:

Assim como a normalidade diz respeito tanto à racionalização das normas da sociedade como à maneira específica de cada sociedade se posicionar como sujeito de suas normas, a normatividade é entendida como a capacidade não só subjetiva, mas também social, de incorporação de novas normas²⁵⁽⁸⁶⁾.

Normatividade é, portanto, a capacidade não se deixar conduzir ou se encaixar em uma dada normalização que constrange a manifestação da vida. É a capacidade de refutar, adaptar, incorporar e/ou de criar outras normas, mais adaptadas e ajustadas à manifestação da vida. A normatização permite a incorporação, a rejeição, a adaptação e a transformação de normas, para que consigam melhor se ajustar e permitir a manifestação da vida. O corpo produzido, dessa forma, é entendido como aquele que se constrói como normatividade que se descoloniza, como ser, saber e poder. A saúde está ligada a essa capacidade de se construir, de se adaptar, bem como de criar e transformar as normas, tornando-as mais potentes na manifestação da vida.

Com relação ao tema em discussão deste texto, podemos considerar a normatividade como a capacidade de agenciamento individual e coletivo das mulheres perante a normalização colonialista. Esse agenciamento feminino cria e recria normas que remetem a modos de vida e subjetividades individuais e coletivas que transgridem e transformam o que lhes coloniza, como ser, saber e poder feminino múltiplo, e lhes possibilita maior expressão da manifestação da vida. Evocam aquilo que lhes caracteriza enquanto grupo social, grupo étnico-racial distinto, baseados em determinadas práticas sociais, meios e modos de vida, que cultivam um tipo de bem viver comum, ajustado à conservação dos ecossistemas locais.

Com essas representações e práticas sociais, elas questionam desigualdades e iniquidades de sexo-gênero, classe e raça, acionam práticas sanadoras de seus corpos-territórios e do corpo-território da Terra. Tecem assim a organização coletiva da teia da vida. Isso amplia sua capacidade de constituição de uma nova normatividade, com condições mais potentes para impulsionar a construção de resistências coletivas diante da normatização colonialista de seus corpos-territórios e do corpo-território da Terra.

A perda de saúde de seus corpos-territórios e do corpo-território da Terra pode, assim, possibilitar

[...] uma experiência de inovação positiva do ser vivo, e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo', não é 'uma variação da dimensão da saúde', mas uma 'nova dimensão da vida'²⁵⁽⁸²⁾.

A recuperação da saúde, para Canguilhem, acontece quando se consegue restabelecer uma nova normatividade, capaz de criar para si outras normas, por vezes superiores às antigas, no sentido de que tenham maior plasticidade ante a imprevisibilidade da vida. Essa restauração da normatividade não é anacrônica, “[...] um retorno ao que se era antes: ‘a vida não conhece a reversibilidade’, mas ‘admite reparações que são inovações fisiológicas’”²⁵⁽⁸²⁻⁸³⁾. Ademais, para além de reparações fisiológicas de seus corpos-territórios, também reparações culturais, políticas, jurídicas, econômicas, sociais e ambientais.

Refletimos que esse sentido de ‘capacidade de manifestação e de reparação de vida’, que está presente nas formulações feministas comunitárias, dialoga com os determinantes sociais da saúde, bem como com a formulação de saúde elaborada por Canguilhem¹³, que precisa ser levada em consideração na formulação de contribuições do conceito de corpo-território para pensarmos na construção de TSS.

Em revisão de literatura sobre estudos que abordem a temática de TSS, Machado, Martins, Souza e outros autores²³, em estudo intitulado ‘Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição

para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial’, situam TSS como

[...] espaços relacionais e de pertencimento onde a vida saudável é viabilizada, por meio de ações comunitárias e de políticas públicas, que interagem entre si e se materializam, ao longo do tempo, em resultados que visam a atingir o desenvolvimento global, regional e local, em suas dimensões ambientais, culturais, econômicas, políticas e sociais²³⁽²⁴⁶⁾.

Para isso, destacam a importância da construção de redes de governança territorial,

[...] de modo a assegurar mudanças no modo de produção e reprodução social, impulsionando o desenvolvimento sustentável e cooperativo local, regional e global²³⁽²⁴⁷⁾.

Nesse entendimento, os TSS são, portanto, “[...] fruto de uma dialética entre mudanças nas relações de produção e de vida em suas diferentes escalas”²³⁽²⁴⁷⁾.

O estudo sobre a experiência do Observatório dos Territórios Saudáveis e Sustentáveis da Bocaina (OTSS)²⁶, realizado no litoral sul do estado do Rio de Janeiro e no litoral norte do estado de São Paulo, território de conservação da Mata Atlântica, evidencia as proposições acima referidas. O livro relata como os processos de organização social foram articulados com instituições públicas, em especial, com a Fundação Oswaldo Cruz, constituindo uma governança territorial em prol do desenvolvimento sustentável. Essa governança territorial definiu de forma participativa as estratégias e as prioridades de ação na perspectiva da materialização do desenvolvimento sustentável no plano territorial.

É o território e a territorialidade, que permitirão, a partir do diálogo entre saberes e práticas exercidas sobre eles, a reconstituição das categorias sustentável e saudável²⁶⁽³⁵⁾.

Entre as prioridades de ação, listaram-se: o fortalecimento e a qualificação do Fórum das

Comunidades Tradicionais; a defesa do território mediante assessoria jurídica; as mobilizações e articulações estratégicas; a produção de uma base de dados georreferenciada sobre o território, incluindo metodologias participativas e cartografia social; o saneamento ecológico; a educação diferenciada; a incubadora de tecnologias sociais; a agroecologia; o turismo de base comunitária; a avaliação e o monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e da Agenda 2030 das Nações Unidas; e a articulação com redes de solidariedade internacional.

Para cada uma das prioridades listadas de forma participativa, foram construídas ações comuns, resultando em diferentes experiências que potencializam a construção dos TSS da Bocaina.

Construir territórios sustentáveis e saudáveis exige uma apropriação crítica pelos sujeitos, a partir da ecologia de saberes e por meio de uma pedagogia da autonomia, resultando em governança local solidária, produção sustentável e políticas efetivas de cidadania²³⁽¹⁴⁴⁾.

Para Gallo²⁷⁽³⁸⁻³⁹⁾

o conceito de territórios sustentáveis, mais que apontar uma situação objeto, precisa se pautar pelo empoderamento e produção de autonomia, equidade e sustentabilidade, buscando construir cartografias epistemológicas contra-hegemônicas derivadas do cotidiano reiventado criticamente.

Como territórios saudáveis, conceitua os

[...] ‘modos de andar a vida’, que se constroem na relação com o outro, promovendo a capacidade dos indivíduos e coletividades tomar decisões sobre a saúde, as relações sociais e sobre a vida em três dimensões: clínica, sanitária e ético-moral²⁷⁽⁴⁰⁾.

De acordo com esse autor, as respostas aos desafios das convergências entre saúde, ambiente e desenvolvimento

[...] vêm sendo buscadas por experiências que procuram adotar abordagens promotoras de justiça socioambiental, equidade, autonomia e sustentabilidade, a partir da governança local comunicativo-estratégica²⁷⁽⁴⁰⁾.

Para isso, as agendas e os pactos territoriais devem atuar em três dimensões: inserção da economia local em um modo de desenvolvimento sustentável; garantia dos direitos à cidadania, que assegurem um padrão mínimo de equidade e qualidade de vida; e instituição de mecanismos de governança e gestão participativa e estratégica do território.

Neste estudo, questões de equidade de gênero, diversidades sexuais e étnico-raciais foram tematizadas em propostas metodológicas de avaliação da promoção da saúde e desenvolvimento sustentável²⁸. Contudo, ao analisar o conjunto das ações executadas, identificamos ações no âmbito da desconstrução de uma cultura racista, por meio da assessoria jurídica e do fortalecimento do Fórum das Comunidades Tradicionais, bem como por intermédio da educação indígena e quilombola. Entretanto, não foi possível identificar ações que tenham conseguido expressar, debater e analisar desigualdades e diversidades de sexo-gênero e suas intersecções com raça nas demais atividades realizadas. Isso que nos leva a refletir sobre possíveis invisibilizações e reproduções de desigualdades de sexo-gênero nessas experiências.

Mediante tais dados e relatos analíticos de experiências, considerando o que já foi exposto neste texto, ou seja, a importância e o protagonismo das mulheres na construção de experiências que promovem a saúde de seus corpos-territórios e do corpo-território da Terra, destacamos a importância de que estratégias, ações, programas e governanças que visem à promoção de TSS transversalizem sexo-gênero como categoria interseccional, e não específica, no conjunto das estratégias, ações e governança territorial.

As experiências do feminismo comunitário¹⁰, dos ecofeminismos populares latino-americanos⁸, da organização das mulheres indígenas amazônicas¹⁵, das mulheres rurais agroecologistas brasileiras^{20,30}, das mulheres em situações de conflitos e injustiças socioambientais³¹, ou ainda das mulheres que enfrentam desastres ambientais³², evidenciam como elas assumem papel central na mobilização coletiva contra impactos, conflitos e injustiças socioambientais. Nesses processos, elas enfrentam inúmeras violências de sexo-gênero, sobrecarregam-se de trabalhos produtivos, sociopolíticos e domésticos e, ainda assim, constroem resistência coletiva, que fortalece a saúde de seus corpos-territórios, de seus coletivos comunitários, bem como a saúde do corpo-território da Terra. Por meio dessas ações, elas atuam diretamente na produção da resiliência cotidiana e coletiva no plano territorial. Mantêm e ampliam capacidades de andar a vida, de manifestar a vida, desde seus corpos-territórios e com o corpo-território da Terra.

Assim, destacamos a importância de visibilizar as ações realizadas pelas mulheres; fortalecer suas formas de organização social; educar para a descolonialidade, por meio da desconstrução interseccional de desigualdades, iniquidades de sexo-gênero, classe e raça; desconstruir violências contra o corpo-território das mulheres e contra o corpo-território da Terra; promover maior igualdade na divisão sexual do trabalho, problematizando as duplas, triplas jornadas de trabalho feminino; entre outros temas. Isso é fundamental para avançarmos nos ODS, Agenda 2030 e com o bem viver desses coletivos comunitários. Quando conseguimos olhar para essas experiências dessa forma, podemos pensar em ações que fortaleçam a participação, a capacidade de agência e organização sociopolítica das mulheres na governança territorial, potencializando assim a construção dos TSS.

Considerações finais

Experiências do feminismo comunitário demonstram como as mulheres constroem ações que rompem com o colonialismo patriarcalizado e, ao mesmo tempo, recuperam de violências contra seus corpos-territórios e contra o corpo-território da Terra. Pensadoras ecofeministas argumentam que existe um marco opressor comum que domina, por meio da violência, exploração e expropriação patriarcal, tanto os corpos das mulheres quanto o corpo da Terra. Para elas, a violência contra a Terra repercute em violência contra as mulheres e vice-versa.

A saúde, vista por esse olhar, está ligada à construção dos determinantes sociais e é entendida enquanto capacidade de andar a vida; está ligada à capacidade de dar limite ao que constrange a manifestação da vida, bem como implica a capacidade de construir resiliência e resistência individual e coletiva. Ao ser transversalizada com gênero e raça, liga-se à capacidade das mulheres se descolonizarem como ser, saber e poder.

As experiências analisadas neste estudo evidenciam a relevância do protagonismo feminino na construção, manutenção e ampliação de experiências e redes que restituem, mantêm e ampliam a resiliência e a resistência individual e coletiva, que promovem a saúde humana e ambiental tanto dos corpos-territórios das mulheres quanto do corpo-território da Terra. Assim, consideramos importante visibilizar, valorizar e analisar de modo interseccional as contribuições que o protagonismo das mulheres assume na construção dos TSS.

Colaboradoras

Coradin C (0000-0001-5152-2966)* contribuiu para levantamento bibliográfico e discussão do manuscrito. Oliveira SS (0000-0002-1477-749X)* contribuiu para as discussões do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. A Sindemia Global da Obesidade, da Desnutrição e das Mudanças Climáticas: relatório da Comissão The LANCET [Internet]. Organização e tradução do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC. São Paulo: Alimentando Políticas; 2019 [acesso em 2023 jan 31]. Disponível em: <https://alimentandopoliticas.org.br/sindemiaglobal/>
2. Lugones M. Colonialidad y género. *Tabula Rasa*. 2008;(9):73-101.
3. Cabnal L. Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala. In: Asociación para la cooperación con el Sur (ACSUR). *Feminismos diversos: el feminismo comunitario*. España: ACSUR; 2010. p. 11-25.
4. Cabnal L. Corps-territoire et territoire-terre: le féminisme communautaire au Guatemala. Entretien avec Lorena Cabnal. *Cahiers Genre* 2015;2(59):73-89.
5. Warren KJ. *Filosofias ecofeministas*. Espanha: Icaria Editorial; 1996.
6. Puleo A. *Ecofeminismo para otro mundo possible*. Espanha: Kobo Editions; 2013.
7. Mies M, Shiva V. *Ecofeminismo*. São Paulo: Epistemologia e Sociedade; 1993.
8. Svampa M. *Feminismos del Sur y ecofeminismo*. Nueva Sociedad. 2015;(256):127-131.
9. Cruz DT, Vásquez E, Ruales G, et. al. *Mapeando el cuerpo territorio: guía metodológica para mujeres que defienden sus territorios*. Quito: Colectivo Miradas Críticas del Territorio desde el Feminismo; 2017.
10. Miñoso YE, Correal DG, Muñoz KO. *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca; 2014.
11. Vigoya MV. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*. 2016;(52):01-17. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
12. Holling CS. Resilience and stability of ecological systems. *Annu Rev Ecol Syst*. 1973;(4):1-23.
13. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
14. Gago V. *A potência feminista, ou o desejo de transformar tudo*. São Paulo: Editora Elefante; 2020.
15. Santos FVS, Ferreira MA. O corpo-território: feminismos decoloniais, saúde e estratégias dos movimentos de mulheres indígenas na Amazônia brasileira. [SYN] *THESIS*. 2022;15(1):30-44. DOI: <https://doi.org/10.12957/synthesis.2022.69285>
16. Dias JE. *Corpo-território: mulher Kalunga*. Goiás: Articulação Pacari; 2019.
17. Alves HVS. Contribuições decoloniais e feministas ao debate geográfico sobre corpo e território: mulheres da Terra Indígena Kaxarari e Rio Guaporé e a defesa do corpo-território. *Confins*. 2023;53. DOI: <https://doi.org/10.4000/confins.43017>
18. Oliva VF. Do corpo-espaço ao corpo-território: o que a geografia feminista tem a dizer? *Geoensaios*. 2022;8(17):139-157. DOI: <https://doi.org/10.22409/eg.v8i17.52313>
19. Haesbarth R. Do corpo-território ao território-corpo (da Terra): contribuições decoloniais. *GEOgraphia*. 2020;22(48). DOI: <https://doi.org/10.22409/GEOgraphia2020.v22i48.a43100>
20. Coradin C. *Entre buvas e flores vermelhas: autorias das mulheres Sem Terra na ecologização da reforma Agrária no Paraná* [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2020. 239 p.

21. Haesbaert R. El mito de la desterritorialización: del fin del territorio a la multiterritorialidad. Tradução Marcelo Canossa. México: Siglo XXI; 2011.
22. Lugones M. Rumo a um feminismo descolonial. *Rev Estud Fem.* 2014;22(3):935-952. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2014000300013>
23. Machado JMH, Martins VJ, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com Ciências Saúde.* 2017;28(2):243-249.
24. Garbois JA, Sodr e F, Dalbello-araujo M. Da no a de determina o social   de determinantes sociais em saúde. *Saúde debate.* 2017;41(112):63-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>
25. Ramminger T. Entre a normatividade e a normalidade: contribui es de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde. *Mnemosine.* 2008;4(2):68-97.
26. Gallo E, Nascimento V. O território pulsa: territórios sustentáveis e saudáveis da Bocaina: solu es para a promo o da saúde e do desenvolvimento sustentável territorializados. Paraty: Fiocruz; 2019.
27. Gallo E. Territórios sustentáveis e saudáveis da bocaina: desafios para agendas territorializadas de desenvolvimento sustentável. In: Gallo E, Nascimento V. O território pulsa: territórios sustentáveis e saudáveis da Bocaina: solu es para a promo o da saúde e do desenvolvimento sustentável territorializados. Paraty: Fiocruz; 2019. p. 31-43.
28. Setti F, Gallo E. Avalia o em promo o da saúde e desenvolvimento sustentável: proposta de abordagem e tecnologias de análise. In: Gallo E, Nascimento V. O território pulsa: territórios sustentáveis e saudáveis da Bocaina: solu es para a promo o da saúde e do desenvolvimento sustentável territorializados. Paraty: Fiocruz; 2019. p. 44-58.
29. Jalil LM, Esmeraldo GGSL, Oliveira MSL. Rede Feminismo e Agroecologia do Nordeste. Rede Feminismo e Agroecologia do Nordeste. Recife: MXM Gráfica e editora; 2017.
30. Siliprandi E. Mulheres e agroecologia: transformando o campo, as florestas e as pessoas. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ; 2015.
31. Guevara MA, Moreira E. Conflictos socioambientales: la lucha por la tierra y el territorio en el sudeste del Pará. *Ambient Soc.* 2020;(23):2-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20180252r1vu2020L6AO>
32. Oliveira S, Portella S, Katona LL. Interseccionalidade e rupturas dos modos de vida pelos rompimentos de barragem: reflexões a partir de uma média em aderência. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* 2021;(15):319-332. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i2.2326>

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 03/10/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editoras responsáveis: Adriana Miranda de Castro e Bruna Drumond Silveira

Metodologias sensíveis co-labor-ativas: produzir conhecimentos ‘junto com’ movimentos sociais e territórios para a transição paradigmática

Sensible Co-Labor-Active Methodologies: Producing knowledges ‘together with’ social movements and territories for the paradigmatic transition

Marina Tarnowski Fasanello¹, Marcelo Firpo Porto¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18741P

RESUMO Este ensaio discute a dimensão metodológica na pesquisa qualitativa para apoiar movimentos de transição paradigmática da saúde coletiva. Busca refletir sobre limites, necessidades, desafios e avanços que os autores têm construído para trabalhar ‘junto com’ os territórios, as organizações comunitárias e os movimentos sociais que neles atuam a partir de metodologias sensíveis co-labor-ativas. Um dos objetivos principais dessas metodologias envolve o poder de agência em processos instituintes dos sujeitos que vivem, trabalham e se mobilizam nos territórios, em particular, no reconhecer, validar e apoiar a produção de conhecimentos voltados à transformação social, à luta por direitos, à busca por dignidade e do bem viver. A partir da construção de Territórios Sustentáveis e Saudáveis no contexto de uma agenda marcada por crises socioambientais, propõe-se um resgate da epistemologia com sabedoria que alie dimensões ontológicas, metodológicas, pedagógicas, artísticas e afetivas. Nesse sentido, a transformação social também implica a mudança de um modelo hegemônico de ciência que, em nome da objetividade, exclui sistemas de conhecimentos e experiências nascidas em outras esferas da vida em comunidade, inclusive as tradicionais. Encerra-se com uma breve apresentação de experiências recentes de encontros de saberes e projetos de pesquisa que ilustram as metodologias sensíveis propostas.

PALAVRAS-CHAVE Epistemologia. Territórios Sustentáveis e Saudáveis. Território sociocultural. Metodologia participativa. Arte.

ABSTRACT This essay discusses the methodological dimension in qualitative research in supporting movements of paradigmatic transition in public health. It reflects on the limits, needs, challenges and advances that the authors have been building to ‘work together’ with territories, community organizations and social movements that act within them, based on sensible collaborative methodologies. One of the main objectives of these methodologies involves the power of agency in instituting processes of the subjects who live, work and mobilize within the territories, in particular in recognizing, validating and supporting the production of knowledges aimed at social transformation, the struggle for rights, the search for dignity and well living. From the construction of Sustainable and Healthy Territories in the context of an agenda marked by socio-environmental crises, we propose a retrieval of epistemology with wisdom that combines ontological, methodological, pedagogical, artistic and affective dimensions. In this sense, social transformation also implies changing a hegemonic model of science that, in the name of objectivity, excludes knowledge systems and experiences born in other spheres of community life, including traditional ones. We end with a brief presentation of recent experiences of knowledges encounters and research projects that illustrate the proposed sensible methodologies.

KEYWORDS Epistemology. Sustainable and Healthy Territories. Sociocultural territory. Participatory methodology. Art.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo Ecologias, Epistemologias e Promoção Emancipatória da Saúde (Neepe) – Rio de Janeiro, Brasil.
mtfasanello@gmail.com



Introdução: o desafio de conhecer, produzir conhecimentos e transformar ‘junto com’ os sujeitos territoriais

Este artigo, em forma de ensaio, expressa o encontro acadêmico e existencial dos autores na construção do que chamamos recentemente de metodologias sensíveis co-labor-ativas¹. Elas buscam integrar dimensões epistemológicas, éticas, ontológicas e afetivas na produção de conhecimentos emancipatórios ante a atual crise social-ambiental-sanitária. A construção de critérios de qualidade e objetividade científica na produção de conhecimento realizada pelo projeto epistemológico dos últimos séculos acabou gerando, contraditoriamente, fossos que afastam a ciência dos objetivos de transformação social justo em uma época que tanto precisamos dela. Tais fossos costumam se expressar por paradoxos mal compreendidos e enfrentados por modelos intelectuais e lógicas binárias da ciência que priorizam uma perspectiva em detrimento da outra, por exemplo: pensar-sentir, exterior-interior, análise científica-consciência, distanciamento-proximidade, desenvolvimento-envolvimento, transformação do outro-transformação de si próprio, razão especializada-senso comum, linguagem erudita-linguagens da vida, ciência-arte, entre outros.

O ensaio aqui adotado, modalidade importante para as ciências sociais e humanas, permite uma forma mais livre e flexível de construção de textos de base crítica que trazem reflexões que podem nos convocar para uma transição paradigmática. Nossa ideia de ensaio no artigo incorpora a ideia de revisão narrativa para sistematizar, de forma original e criativa, a experiência acadêmica e ativista dos autores, principalmente nos últimos dez anos, no desenvolvimento das metodologias sensíveis e co-labor-ativas.

O termo sensível é assumido para caracterizar metodologias que estabeleçam pontes,

necessariamente flexíveis e sutis, entre os polos que marcam os paradoxos apresentados. O co-labor-ativo, propositalmente com hifens, transcende a ideia de participação ao enfatizar características fundamentais e complementares da colaboração no produzir conhecimentos: a copresença ou estar plenamente presente no fazer em companhia, com trabalho e ação conjuntos integrando a produção de conhecimentos com transformação social¹. Em outras palavras, um exercício de unidade na diversidade e de diversidade na unidade.

O artigo apresenta reflexões epistemológicas e metodológicas que buscam, mais que responder de forma precisa, dar pistas para uma pergunta estratégica para a transição paradigmática da saúde coletiva, em especial, no contexto deste número temático sobre a construção de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (TSS): como podemos compreender o papel da ciência e a dimensão metodológica em termos de limites, necessidades, desafios e avanços que têm sido feitos para se trabalhar ‘junto com’² os territórios, as organizações comunitárias e os movimentos sociais voltados à transformação social?

Segundo Machado et al.³, a construção dos TSS busca contribuir para a análise e operacionalização de um amplo leque de ações locais e globais levadas a cabo por diferentes sujeitos, desde instituições governamentais, de ciência e tecnologia, pesquisa e ensino, até Organizações Não Governamentais e movimentos sociais. Portanto, há uma centralidade dos sujeitos territoriais na construção dos TSS, e isso implicaria produzir conhecimentos ‘junto com’ tais sujeitos.

Nosso enfoque no artigo não está propriamente voltado a pensar no importante papel da metodologia na construção ou na avaliação de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades sociais, como as de saúde e a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito dos territórios para que eles se tornem mais sustentáveis e saudáveis. Nossa principal contribuição, acreditamos, reside em refletir sobre o papel da academia no trabalho

conjunto com sujeitos, organizações e movimentos que vivem, trabalham e se mobilizam em lutas por saúde, justiça, dignidade e bem viver em territórios frequentemente vulnerabilizados. Trata-se de movimentos que atuam pelo reconhecimento de outras formas de ser, viver, produzir e se relacionar com a natureza e com os outros em comunidade, como aqueles vinculados a territórios indígenas, quilombolas, camponeses ou das periferias urbanas.

As limitações da ciência moderna vêm se tornando mais gritantes diante de um mundo em crise pelos extremos que vivemos: riqueza/pobreza, abundância/escassez, oferta de tecnologias de consumo versus degradação dos recursos naturais, autoritarismos e fundamentalismos em nome da liberdade de expressão e da religião. São tantas as contradições que nos parece sem sentido qualquer inovação científica que desconsidere estratégias mais profundas e sensíveis de enfrentá-las com sabedoria. Mais que uma ciência da complexidade distante das pessoas, pensamos em uma ciência sensível⁴ que reconecte complexidade, simplicidade, compreensão para agir na realidade sem se afastar das pessoas (individuais e coletivas), da vida e da natureza, com suas belezas e tragédias, canalizando conhecimento e ação para a transformação.

A ideia de transição paradigmática depende do fortalecimento de processos instituintes anti-hegemônicos, por nós entendidos como saberes e práticas alternativos que não necessariamente buscam, como os contra-hegemônicos, a tomada de poder dentro de um sistema sociopolítico dominante e opressor¹. Seu objetivo é mais ampliar que definir ou controlar processos emancipatórios de liberdade, auto-organização, autonomia e autodeterminação envolvendo distintos sujeitos para a produção de conhecimentos com consciência. Consideramos tal perspectiva estratégica por facilitar mais convergências do que disputas destrutivas entre diferentes movimentos e sujeitos sociais que lutam por dignidade.

O artigo está organizado da seguinte forma: após esta apresentação, discutimos o desafio

do conhecimento a partir do resgate da epistemologia e de alguns autores e escolas que, em nossa trajetória, vêm nos inspirando na construção da proposta de produzir 'junto com'. Na sequência, apresentamos a urgência da questão socioambiental como importante razão para a transição paradigmática em diversos campos do conhecimento, aliando a busca de justiça cognitiva no reconhecimento de outros saberes com transformação social. A proposta das metodologias sensíveis co-labor-ativas é mais bem sistematizada a seguir na tentativa de resgatar a sabedoria perdida pela ciência moderna em critérios de objetividade e qualidade que acabaram por se desconectar da natureza e da vida em comunidade. Finalmente, damos alguns exemplos de ações realizadas nos últimos anos, como os chamados Encontros de Saberes e experiências de pesquisa, que caminham na construção das metodologias que propomos, os quais destacam desafios e avanços para a produção de conhecimentos 'junto com', e não apenas para ou sobre, os territórios, suas populações, movimentos e organizações comunitárias voltados à transformação social. 'Produzir com' representa a aliança da academia com lutas por saúde e dignidade para uma vida mais saudável e harmoniosa com a natureza e os seres humanos entre si, por isso é tão estratégico para a transição paradigmática e civilizatória da qual a humanidade necessita no contexto de crise que vivemos.

Novo desafio do conhecimento, a questão metodológica, o resgate da epistemologia e algumas inspirações

Para fortalecer o trabalho conjunto e o poder de agência dos sujeitos territoriais, suas organizações e movimentos em processos instituintes de transformação social, assumimos que a academia e os pesquisadores também precisam se transformar. Temos chamado essa

transformação de descolonizar e coracionar a academia¹, principalmente no campo interdisciplinar em que atuamos, a saúde coletiva. Isso implica avançar em outras epistemologias que reconheçam, validem e apoiem a produção de conhecimentos nascidos das lutas provenientes dos territórios e seus movimentos.

Como veremos ao longo do artigo, trata-se de um desafio não apenas social e político, mas, sobretudo, fundamentalmente epistemológico, metodológico e pedagógico que supere a ideia do exclusivismo científico como o principal e único espaço de produção e validação de conhecimentos considerados mais objetivos e verdadeiros. O espírito científico moderno e seus cânones consideram estratégica a separação entre sujeitos pesquisadores, alçados ao papel de principal sujeito cognoscente, e sujeitos pesquisados, que, mesmo portadores de direitos e experiências, são considerados como possuidores de um estatuto inferior em sua capacidade 'leiga' de teorizar, sistematizar e analisar a realidade. O sujeito não especializado tenderia a confundir perigosa e subjetivamente, do ponto de vista da qualidade do conhecimento, seus interesses e emoções com a própria realidade; para isso, um dos objetivos do desenho metodológico, mesmo qualitativo, seria impedir essa excessiva aproximação com a realidade, os sujeitos, seus territórios e os sentidos de suas existências e lutas.

Ainda que de forma distanciada do positivismo empírico e lógico típico dos métodos quantitativos das ciências curiosamente chamadas de 'naturais', tal pressuposto permanece nos métodos clássicos das ciências sociais e humanas, como a entrevista semiestruturada, a observação participante e mesmo na pesquisa-ação. Esta radicaliza processos cooperativos, participativos e dialógicos envolvendo escutas e acolhimento de demandas que visam resultar em ações para a resolução de problemas coletivos. Entretanto, a relação entre os pesquisadores e os participantes representativos do problema envolvidos na pesquisa acaba por produzir conhecimentos para, mas não necessariamente com, mantendo o critério

de definição da qualidade do conhecimento, em última instância, sob responsabilidade do pesquisador acadêmico.

Por mais ética e politicamente defensáveis que sejam tais lutas por transformação, para o cânone científico hegemônico, o envolvimento ativista ou francamente apoiador a elas por parte do sujeito pesquisador geraria um fator de confusão que afetaria a qualidade e objetividade do estudo científico. A bifurcação acadêmica proposta é a impossibilidade de estar no mesmo lugar com dois chapéus distintos, o do pesquisador e ativista, e a solução para o dilema seria ou optar por um dos papéis, ou separar estritamente os lugares onde se produz conhecimento e onde se realiza militância. Para lidar com isso, as metodologias qualitativas dominantes elencam um conjunto de medidas que concretizam essa separação, seja na obtenção empírica dos dados levantados (como discursos e narrativas de grupos sociais), seja, principalmente, durante sua análise.

O distanciamento do pesquisador, em diferentes graus, da realidade social, dos valores e interesses em jogo dos sujeitos pesquisados é considerado uma condição para a qualidade e a autonomia do trabalho científico. Não é objetivo deste artigo explorar as inúmeras correntes sociológicas para além do funcionalismo que produziram importantes avanços na interação, mediação e interpretação de estruturas e processos sociais e simbólicos com as práticas empíricas de campo em níveis territoriais, comunitários e pessoais. O que importa assinalar aqui é a permanência da separação entre pesquisador e sujeitos-objetos pesquisados na defesa da qualidade e autonomia do pesquisador, o que está relacionado com o cânone científico dominante e restringe possibilidades de ampliar a diversidade epistêmica do mundo⁵. Isso implica que os referenciais teóricos, os objetivos, as perguntas e os métodos do estudo devem ser escolhidos de forma soberana, em última instância, pelo pesquisador ou equipe de pesquisa, assumindo-se um certo grau de liberdade objetiva e subjetiva dessas opções.

Tal condição, em nossa avaliação, encontra-se por detrás de diversas situações de mal-estar nas relações entre pesquisadores e territórios com seus movimentos em luta por saúde, dignidade e direitos territoriais, e vão além de compromissos éticos relacionados à devolutiva dos resultados da pesquisa. Está relacionado com o que as epistemologias do Sul têm chamado de práticas extrativistas de pesquisa², quando os objetivos, perguntas, referenciais, métodos e aplicações não são dialogados e passam pelo crivo das comunidades e territórios pesquisados.

Para nós, o novo desafio do conhecimento precisa ser atualizado em relação ao proposto por Minayo há mais de 30 anos para pensar na pesquisa em saúde⁶, pois implica como avançar e contrapor o cânone científico da boa ciência com objetividade sem perder suas virtudes ante as urgências de transformação social de nossa era. Ou seja, como transcender as fronteiras rígidas da ciência na busca de superar tanto o exclusivismo do espaço acadêmico como único e legítimo sistema produtor de conhecimentos, como os fossos existentes entre academia, vida e transformação social. Não é uma discussão nova, pois já vem sendo colocada nas últimas décadas por diversos pensadores da filosofia da ciência, e que Nunes⁷ denomina de resgate da epistemologia. Para esse autor, a discussão epistemológica vem passando por um processo de crítica e transformação que relativiza a exclusividade da ciência e transfere a soberania epistêmica para o 'social', reaproximando as políticas do conhecimento com a redescoberta da ontologia para repensar na transformação social. Consideramos que a urgência da crise ou do colapso socioambiental na atualidade torna propício e fortalece a proposta de Nunes do resgate da epistemologia⁷.

Em nosso ponto de vista, uma ciência a serviço da emancipação social significa que as instituições acadêmicas de pesquisa, tanto da saúde coletiva quanto de outros campos interdisciplinares de conhecimento, precisam avançar na construção de referenciais teóricos e desenhos metodológicos que possam

compreender e apoiar relações colaborativas e sinérgicas com os sujeitos territoriais da transformação social. Passados 26 e 15 anos, respectivamente, das mortes do brasileiro Paulo Freire e do colombiano Orlando Fals Borda com seus importantíssimos trabalhos seminais sobre pedagogia crítica e pesquisa-participativa, e diante das diversas crises que vivenciamos na atualidade, acreditamos ser importante atualizar algumas contribuições que vêm sendo realizadas por pensadores e grupos de pesquisa em diversos campos interdisciplinares.

Em nosso caso, temos privilegiado articular a saúde coletiva com outros dois campos, a ecologia política e, de especial importância para este artigo, as escolas pós-coloniais – entre elas, as epistemologias do Sul, cujas contribuições serão mais bem detalhadas à frente. Além desses campos, temos também nos inspirados em escolas e pensadoras/es que navegam entre fronteiras disciplinares a partir de outras disciplinas e campos. Para citar alguns exemplos marcantes: a educação por meio da arte na reflexão, com Paulo Freire, sobre o papel da arte nos processos educativos e de formação do ser humano, como Ana Mae Barbosa (Movimento Escolinhas de Arte do Brasil e a triangulação pelo ler, fazer e contextualizar a obra), e Herbert Read (arte e criatividade como descoberta do mundo e do indivíduo); a antropologia que caminha para a interdisciplinaridade e a interculturalidade com Roy Wagner (pensamento e pessoa fractal, e antropologia reversa), Tim Ingold (criatividade, imaginação e experiência na aprendizagem e projeção), Eduardo Viveiros de Castro (perspectivismo ameríndio como matriz filosófica amazônica para pensar a natureza relacional dos seres); as ciências da vida com reflexões da biologia e ecologia com Humberto Maturana e Francisco Varela (a biologia da cognição, a vida como um processo de conhecimento a partir de como os seres vivos conhecem o mundo); e, mais recentemente, o mais importante pensador indígena da atualidade, Ailton Krenak.

Todas essas escolas e autoras/es trilham caminhos para superar os limites da ciência especializada dos últimos séculos por meio de linguagens sensíveis que, sem abdicar do rigor intelectual, utilizam-se da filosofia, da imaginação, da experiência e da arte para propor novas epistemologias. Para esses pensadores, o estabelecimento de referenciais teóricos e métodos padronizados como tentativa de assegurar objetividade, produzir conhecimentos universais replicáveis e controlar a realidade tem afastado a ciência da vida e da consciência necessárias à transformação de que precisamos. Em uma perspectiva que chamamos descolonial, buscamos diversificar a interlocução com outros referenciais teóricos e intelectuais orgânicos que cresceram em culturas e sistemas de conhecimentos distintos da academia, mas que com ela dialogam. Esse é o caso Ailton Krenak e Nego Bispo, trabalhados recentemente em uma tese de doutorado da saúde coletiva orientada pelos autores⁸, bem como de intelectuais indígenas envolvidos em pesquisas com quem buscamos uma interação que permita um espaço para o exercício de elementos internos perceptivos e intuitivos, como Marcelo Tingui, Iran Xukuru e João Paulo Tukano.

A urgência da questão socioambiental e a transição paradigmática em busca de justiça cognitiva e transformação social

A centralidade da questão ambiental e da sustentabilidade tem sido um dos elementos propulsores da transição paradigmática na atualidade em diversas áreas do conhecimento, inclusive na saúde coletiva. A concepção de TSS é uma das expressões desse movimento para lidar com a urgência da crise (ou colapso) ambiental⁹ que ameaça a continuidade da vida no planeta. A questão ecológica e a crítica ao crescimento/desenvolvimento econômico

aliam-se à ideia de que precisamos criar alternativas às duas grandes utopias construídas pela modernidade ocidental e eurocêntrica, a liberal e a socialista, que orientaram os sonhos e as ações de transformação social nos últimos dois séculos¹⁰.

Há uma crescente percepção global, em diferentes regiões e sociedades, de que vivemos uma crise planetária e civilizatória que conecta distintas crises: a social (não superação ou agravamento da pobreza e da fome convivendo com concentração de riqueza); a democrática (instabilidade do Estado Democrático de Direito e suas instituições, impulsionada pelo crescimento da extrema-direita e do fascismo social); a ambiental (mudanças climáticas, destruição e contaminação de ecossistemas); e a sanitária (cuja importante expressão foi a recente pandemia de covid-19)^{10,11}.

A percepção de que a sobrevivência do planeta está mais ameaçada também se agrava com a disputa entre um império em decadência (Estrados Unidos da América) e outro em ascensão (China). Renascem com força os temores da possível conflagração de um novo conflito bélico mundial e de uma inusitada guerra nuclear, tendo por marco geopolítico recente e perigoso a guerra entre Ucrânia e Rússia. Além da dimensão bélica, o caráter planetário da crise decorre tanto das conexões político-econômicas de um mundo globalizado como das escalas crescentes local-global de problemas como as mudanças climáticas e a irreversibilidade das chamadas fronteiras planetárias.

Esse é um conceito proposto por Rockström et al. desde 2009¹² que busca operacionalizar os indicadores globais de um espaço seguro para a humanidade e a vida no planeta. Para os autores, pelo menos três limiares já teriam sido ultrapassados na nova era geológica denominada de antropoceno, marcada pelos elevados padrões de produção e consumo, pela agricultura industrial e a queima de combustíveis fósseis: i) as mudanças climáticas pelo desequilíbrio entre os ciclos de oxigênio e gás carbônico; ii) a integridade da biosfera

com a degradação de ecossistemas e consequente perda de biodiversidade pela extinção de espécies; iii) os ciclos biogeoquímicos do fósforo e nitrogênio, ambos fundamentais para a qualidade dos solos e oceanos, o crescimento e sobrevivência dos seres vivos. Portanto, já se encontram em curso mudanças abruptas e irreversíveis em diversas partes do planeta e que, nos casos mencionados, chegaram a pontos que não serão mais recuperados, como nas espécies que deixaram ou deixarão de existir.

A crise ou colapso ambiental reforça uma convergência de vários campos do conhecimento, sendo as ciências ambientais (com apoio das ciências da saúde) um importante propulsor da transição paradigmática na atualidade. As ciências sociais e humanas cumprem um papel estratégico para pensar na transformação social, tornando inevitável o diálogo interdisciplinar entre disciplinas e campos como característica marcante da transição paradigmática em curso. Na perspectiva de Kuhn¹³, a ideia de paradigma diz respeito a um conjunto de teorias, métodos e visões de mundo que, durante certo período, apresentam-se com um modelo hegemônico de definição de problemas e soluções que orientam uma comunidade de praticantes de uma disciplina ou campo científico. A transição paradigmática que observamos desde a emergência de teorias como a da complexidade, articuladas à transformação social e à crise ecológica, vem preparando o terreno para a crescente interdisciplinaridade e a diluição de fronteiras entre as ciências sociais e humanas com outros campos e disciplinas do conhecimento científico, como as naturais, tecnológicas e da vida.

Em nossa trajetória, encontramos uma importante referência na obra de Boaventura de Sousa Santos¹⁴ para pensar a transição paradigmática em nossa época de urgências. Um marco inicial é o livro intitulado 'Um discurso sobre as ciências', de 1988¹⁴, e a noção de transição paradigmática marcará toda a sua obra posteriormente nomeada de epistemologias do Sul, cujo livro com mesmo nome foi lançado

em 2008¹⁵. Podemos considerá-la como uma das vertentes das escolas pós-coloniais construídas por intelectuais ativistas que atuam ou provêm de regiões colonizadas da Ásia, da África e da América Latina, as quais passaram a ser chamadas também de Sul Global¹⁶. São intelectuais e vertentes vinculados à crítica aos processos coloniais-racistas e sua continuidade nos dias de hoje; dessa forma, atualizam a crítica ao capitalismo a partir dos legados do colonialismo, também chamado de colonialidade pela escola latino-americana, a qual foi influenciada, entre outras, pela teologia da libertação. No contexto africano e asiático, emergiram diversas propostas que floresceram no século XX a partir dos movimentos independentistas anticoloniais, de negritude (como a singular obra de Frantz Fanon) ou ainda dos chamados estudos subalternos.

Para as epistemologias do Sul, o principal objetivo da transição paradigmática não é alcançar uma nova teoria geral, mas antes o de produzir convergências possíveis entre objetos teóricos isolados e singulares tratados por diferentes disciplinas e campos do conhecimento que enfrentem o reducionismo desumanizante e fragmentador de quaisquer formas de positivismo lógico ou empírico, ou ainda de mecanicismo materialista ou idealista. Uma estratégia para isso é reduzir a separação hierárquica entre conhecimento científico e o conhecimento chamado, pejorativamente, de vulgar ou leigo, como popular, situado, tradicional ou religioso.

Várias propostas conceituais e metodológicas das epistemologias do Sul caminham nessa direção, como a justiça cognitiva, a ecologia de saberes, os diálogos interculturais, as artesanias de práticas e, mais recentemente, as metodologias colaborativas não extrativistas². Todas apoiam a transição paradigmática a partir da aproximação entre saberes que exploram a pluralidade e as possibilidades de novas convivências entre sistemas de conhecimentos internos e externos à ciência⁵. Nesse sentido, como provocativamente sugere o nome 'epistemologias do Sul', o novo desafio

do conhecimento deixa de ser apenas uma tarefa interna à ciência moderna com seus cânones e critérios de qualidade, mas um apelo a novas possibilidades de convivência e renovação a partir de interações respeitadas e pragmáticas com outros sistemas de conhecimento provenientes de lutas sociais, inclusive aqueles vinculados a movimentos sociais como indígenas, quilombolas, camponeses ou das periferias urbanas. É importante ressaltar que a valorização dos conhecimentos do Sul não nega o pensamento produzido a partir da Europa nos últimos séculos de construção da modernidade ocidental. Trata-se, sim, de recordar permanentemente que a perspectiva eurocêntrica e as epistemologias do Norte não podem ser consideradas os únicos alicerces de uma pretensa universalidade que impõe racionalidades e visões de mundo excludentes aos saberes e experiências nascidas nos contextos do Sul Global⁵.

A concepção de justiça cognitiva é um dos elementos estruturantes das epistemologias do Sul, calcada na indissociabilidade de três dimensões imbricadas entre si: ontológicas (significado e possibilidades de ser humano), epistemológicas (critérios de construção, validação e legitimação de conhecimentos), e de poder, seja por via da dominação ou da emancipação. As lutas por justiça cognitiva, um termo originalmente cunhado pelo sociólogo indiano Shiv Visvanathan presente no livro 'Epistemologias do Sul'¹⁴, tratam de visibilizar e reconhecer sujeitos, conhecimentos, experiências, histórias e culturas de povos e populações do Sul Global, como indígenas, negras, quilombolas e de matriz africana, camponesas, de mulheres com seus diferentes feminismos, moradores de periferias urbanas, entre outros. Fazer justiça cognitiva implica necessariamente a busca por justiça histórica, ou seja, o reconhecimento de outras histórias invisibilizadas e excluídas por terem nascido e ainda sobreviverem no Sul Global. Por vezes, tais histórias do território permanecem adormecidas em

forma de ruínas-sementes¹⁷ que esperam momentos de germinação e atualização no presente para um novo florescer a partir de lutas sociais em andamento, o que as epistemologias do Sul denominam de sociologia das emergências que expressam experimentos potencializadores de transição tanto paradigmática como civilizatória.

Para movimentar transições paradigmáticas em curso na atualidade, temos o desafio de construir outros critérios de qualidade e legitimação simultaneamente epistêmicos, metodológicos, éticos e pragmáticos, que viabilizem as conexões almeçadas entre diferentes sistemas de conhecimento. Trata-se de uma missão tanto relevante como complicada em tempos de negacionismos e *fake news* que se espalham como estratégia de manipulação política com o apoio de redes sociais. Para enfrentarmos o desafio proposto, o sentido de ciência aberta ou de popularização da ciência deixa de estar centrado e ser definido apenas pelo mundo científico, mas sim a partir de sua abertura com outros sistemas de conhecimento em busca de transformação tanto epistemológica como social.

Por isso, para as epistemologias do Sul, todo sistema de conhecimento precisa, necessariamente, combinar duas outras modalidades de conhecimento normalmente desconsideradas pela ciência para gerar um alto nível de diálogo e consciência: o interconhecimento e o autoconhecimento. Aqui residem duas das principais tarefas das metodologias sensíveis co-labor-ativas: como a objetividade do conhecimento pode almejar a compreensão de diferentes concepções e visões de mundo – objetivo da justiça cognitiva, do interconhecimento e da alteridade –, e como a ciência com consciência¹⁸ incorpora o corpo e os afetos como constituintes da própria forma de conhecer o mundo de forma viva e transformadora. Por isso a incorporação do sentir-pensar, do coracionar¹⁹ e do autoconhecimento como elementos constituinte das metodologias sensíveis.

Metodologias sensíveis co-labor-ativas: alguns referenciais e aproximações para resgatar sentidos e sabedoria na produção de conhecimentos

Com a intenção de reconhecer o conhecimento sensível como episteme para fundamentar as metodologias sensíveis co-labor-ativas, nos últimos anos, os autores vêm se envolvendo intensamente com diversas ações no âmbito de pesquisas, publicações, encontros e disciplinas no campo das ciências sociais e da saúde coletiva, mais especificamente em torno da promoção emancipatória da saúde. Como parte das metodologias sensíveis, as ações expressam encontros e confluências entre diferentes sujeitos, territórios, saberes e experiências.

O trabalho dos autores, no âmbito de um núcleo interdisciplinar de pesquisa criado em 2018, propõe uma interseção entre uma arte engajada e uma ciência sensível, em um exercício de alteridade em que ambas, tanto a arte como a ciência, estão conectadas à transformação e à emancipação em tempos de crise e transição. A proposta nasce da trajetória da experiência de pesquisa e militância do segundo autor nos campos da saúde coletiva e da ecologia política, que, em certo momento, encontra-se, acadêmica e existencialmente, com as reflexões da primeira autora e suas experiências com educação por meio da arte. Originalmente, essas experiências provêm de um centro de estudo, pesquisa e publicação de histórias da tradição oral, a Escola de Arte Granada (EAG), uma escola de contadores de histórias e de educação pela arte. Ela nasceu articulada e inspirada no Movimento das Escolas de Arte. Assim como, em 1953, um grupo de educadores, entre eles Paulo Freire, criou a Escola de Artes do Recife, em 1997, exatamente no ano da passagem de Paulo Freire, a primeira autora foi cofundadora da EAG. Ambas funcionaram como escolas paralelas

e complementares ao sistema oficial e na formação em arte-educação para professores e artistas²⁰.

Uma das principais referências de arte-educação no Brasil, quiçá a maior, é Ana Mae Barbosa, ex-aluna que depois trabalhou com Freire. Em 2021, o Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso) publicou 'Arte-educación: textos seleccionados'²¹, um trabalho que aposta em apoiar a voz dos excluídos do sistema e seus códigos culturais por intermédio das artes. Com o tempo, Freire começou a difundir essas metodologias entre grupos sociais vulnerabilizados, na tentativa de preencher as lacunas do sistema educacional brasileiro, ao pensar em arte, estética, transformação social e consciência como dimensões humanas estratégicas. Freire assumiu a percepção, a imaginação e a capacidade criativa como elementos fundamentais para sua proposta de educação emancipatória. Mudanças profundas na realidade implicariam simultaneamente mudanças pessoais, existenciais e coletivas possibilitadas pedagogicamente pela dialética opressor-oprimido²². Além da teologia da libertação e do marxismo, Freire também se apoia na perspectiva da arte como experiência do filósofo estadunidense John Dewey²³ como uma das inspirações para a transição paradigmática da educação popular gerada pelo próprio Freire.

Em 2016, os dois autores do artigo fizeram uma imersão no pensamento das epistemologias do Sul em uma temporada de quase dois anos no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Mais que um momento de aprofundamento, esse encontro permitiu integrar os três campos do conhecimento (saúde coletiva, ecologia política e epistemologias do Sul), fornecendo os fundamentos epistemológicos, teóricos, metodológicos e pedagógicos de nosso trabalho acadêmico posterior. Além disso, no caso da primeira autora, essa experiência inspirou uma abordagem teórico-poética de investigação²⁴ que se refletiu na tese de doutorado sobre cinema documentário enquanto uma

metáfora da pesquisa colaborativa na relação com a saúde coletiva.

O trabalho em Coimbra permitiu redescobrir referências dentro das ciências sociais brasileiras que são importantes para metodologias de pesquisa na educação popular, com destaque para Carlos Brandão, autor de um artigo específico sobre as convergências na pesquisa social das obras de Paulo Freire e Boaventura Santos para a construção de uma ciência que não ‘desperdiça experiências’.

Outro enfoque dos autores tem sido o de diversificar a interlocução com outros referenciais teóricos e intelectuais orgânicos nascidos e vinculados a partir de cosmovisões e lutas sociais de povos e comunidades tradicionais, em especial, os originários. Um exemplo que nesse momento estamos estudando é o livro de João Paulo Tukano da etnia Yebamasã²⁵, cujo trabalho original foi selecionado como a melhor tese de antropologia e arqueologia pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) em 2022. Indígena e doutor em antropologia, ele faz parte de um coletivo indígena chamado de Núcleo de Estudos da Amazônia Indígena (Neai), que busca criar seus próprios conceitos, com base nos ensinamentos dos ancestrais do seu povo e suas histórias de vida, em diálogo com os aprendizados da vida acadêmica que vários indígenas estão empreendendo.

Para João Paulo e seus parentes, descolonizar significa primeiro desconstruir as palavras, por isso há todo um esforço sendo construído para refletir sobre o pensamento indígena para além de uma mera tradução, em direção ao que chamaríamos de interculturalidade e ecologia de saberes, construindo pontes de inteligibilidade que possibilitem novas bases para o diálogo intercultural. Por exemplo, ao trazerem os significados dos conceitos indígenas no âmbito da saúde em torno dos conhecimentos e práticas dos Kumuã, a quem chamamos de xamãs e curandeiros, estes passam a ser chamados de especialistas indígenas que atuam na medicina indígena. Buscam fugir de certa visão moderna, antropológica ou não, de serem

os indígenas detentores de um conhecimento tradicional de origem cultural e situada, porém incapazes de compreender ou dialogar com os saberes científicos.

Em seu livro, Tukano defende que os medicamentos produzidos pelos laboratórios referenciados na ciência ocidental e na biomedicina expressam uma manipulação química dos vegetais e minerais. Da mesma maneira que os cientistas e os tecnologistas farmacêuticos, os especialistas indígenas, os Kumuã, também precisam conhecer a taxonomia dos vegetais e minerais, porém, não para manipulá-los e usá-los indistintamente, mas sim para evocar esses elementos enquanto substâncias que curam direcionadas aos contextos e situações que serão utilizados, sejam eles pessoais, grupais ou ambientais, aí incluída toda uma rede de seres entrelaçados pelas cosmovisões indígenas.

Na nova perspectiva intercultural que permite a criação de outras gramáticas como possibilidade de compreensão e comunicação, os indígenas não estariam propriamente rezando, mas sim realizando uma manipulação metaquímica dessas substâncias. Trata-se de uma estratégia em que os Tukanos esperam corrigir a má interpretação dos rituais indígenas e os preconceitos associados por parte dos ocidentais e grupos acadêmicos sobre o que são considerados, negativamente, como mitos indígenas.

Esse caminho trilhado por João Paulo Tukano abre novas possibilidades de compreensão da função das histórias tradicionais e seus contadores na produção de conhecimentos, tema antes colocado por mestres da tradição oral africana como o escritor malinês Hampaté Bâ. Ao mesmo tempo, estabelece um diálogo com pensadores modernos como o filósofo alemão vinculado à Escola de Frankfurt Walter Benjamin. Para Benjamin, o contador de histórias possui sua origem na necessidade humana de compartilhar experiências não só individuais como também coletivas. Com seu dom e sua sabedoria, promove uma escuta que permite a seus ouvintes incorporarem tais

narrativas às suas experiências e, dessa forma, continuem a compartilhá-las diretamente, sem intermediários, com outras pessoas de suas comunidades.

Na perspectiva de Benjamin, a arte de narrar expressa uma importante forma de transmissão da sabedoria, compreendida como o conhecimento tecido na experiência. Na visão que lemos em Benjamin, a modernidade, a mídia burguesa, a linguagem erudita distante das necessidades das pessoas e a própria ciência com seus cânones que produzem conhecimentos objetivos sem alma e sabedoria representariam uma era que, desde seu início, apresentavam os limites que decretariam o seu próprio fim. O colapso ambiental em andamento e os livros como o de Airton Krenak – ‘Ideias para adiar o fim do mundo’ – representam anúncios que caracterizam uma era de transição que busca resgatar o sentido de sabedoria e dignidade na produção dos conhecimentos.

Para as metodologias sensíveis co-labor-ativas, as artes representam bem mais que possibilidades expressivas e performáticas de comunicação e interação. A poesia, a música, a pintura, a dança e, de especial interesse no trabalho de pesquisa que embasou as reflexões deste artigo, o audiovisual, a literatura oral e a contação de histórias a ela associada significam possibilidades de relacionar razão e coração, sentir e pensar na produção e transmissão de conhecimentos. Muitas das práticas culturais e rituais dos povos do Sul Global incluem tais dispositivos em seu cotidiano, e o diálogo intercultural que propomos assume a tarefa de incorporar diferentes linguagens de forma a criar um ambiente comum de unidade na diversidade e de diversidade na unidade.

Essa abertura, contudo, não deveria impor formas dogmáticas ou rígidas de aceitação de referenciais científicos, culturais e espirituais de qualquer natureza que travem interações e diálogos em torno de processos emancipatórios. O objetivo é sempre ampliar a capacidade coletiva de diálogo e escuta, nunca a de reduzir ou produzir impasses. A existência de incomensurabilidades ou impasses radicais

decorrentes de visões de mundo e de práticas por parte de certos grupos consideradas inaceitáveis por outros implica um momento de pausa e renegociação quanto às condições e possibilidades de continuidade dos diálogos em curso. Essa é uma estratégia absolutamente central para o que poderíamos chamar de ‘interlutas’ dentro da interculturalidade, ou seja, a capacidade de avançar na compreensão e nas possibilidades de apoios mútuos entre diferentes grupos, territórios e movimentos que se encontram em processos de intercambiamento no diálogo intercultural. A incapacidade de lidar com tolerância, respeito e amorosidade ante essas situações e os conflitos daí decorrentes representa uma das principais barreiras para a construção de uma cultura de paz importante como base para a transição paradigmática e civilizatória que almejamos.

Metodologias sensíveis e co-labor-ativas: Encontros de Saberes e experiências recentes de pesquisa para apoiar a transição paradigmática no fazer ‘junto com’

Nos últimos cinco anos, os autores do artigo têm se dedicado a avançar na construção das bases de uma promoção emancipatória da saúde por meio da proposição das quatro justiças e da construção de metodologias sensíveis co-labor-ativas que coloquem em prática possibilidades de produzir conhecimentos ‘junto com’ os territórios, seus movimentos e lutas por saúde, dignidade e direitos territoriais.

Um primeiro passo desse caminhar da pesquisa ‘junto com’ é o que temos chamado de ‘Encontros de Saberes’. Seu objetivo tem sido o de promover conhecimentos interdisciplinares e diálogos interculturais para a construção compartilhada de agendas e questões de pesquisa, de compartilhamentos de experiências e

referenciais conceituais que apoiem processos emancipatórios por saúde, dignidade e direitos territoriais. Dessa forma, representam uma proposta de construção de conhecimentos e práticas em uma espiral cíclica a partir dessa metodologia proposta, e que culminam em projetos de pesquisa específicos.

Os espaços, as atividades e as linguagens privilegiados nesses encontros buscam potencializar as interações interculturais e interdisciplinares entre agentes que atuam na academia, em movimentos sociais e nos diferentes territórios com saberes e experiências concretas, sejam eles lideranças, militantes, pesquisadores, assessores técnicos, entre outros. Os movimentos convidados para participar foram aqueles com quem os autores e seu grupo de pesquisa já mantinham algum relacionamento, ou então que estavam envolvidos com as agendas de discussão que estávamos construindo.

Entre 2018 e 2019, os autores estiveram envolvidos, com outros parceiros, na coordenação de dois Encontro de Saberes, cujos temas e questões trabalhadas seguem um fluxo de experiências acumuladas e atualizadas que desembocaram, posteriormente, em questões e propostas de projetos de pesquisa a partir de afinidades, convergências e mesmo sincronidades. Nessa proposta metodológica, as questões gerais e específicas de cada encontro são chamadas, até o momento, de orientadoras, semeadoras e polinizadoras como metáforas para a construção e a organização de árvores vivas de saberes, inspirados, entre outros, na Árvore do Conhecimento de Maturana e Varela²⁶. A questão semeadora traz uma ideia ou conjunto de ações e experiências que envolvem necessidades cujas soluções e alternativas precisam, podem ou estão a brotar naquele contexto. Já a questão polinizadora vai na direção de aperfeiçoar e ampliar a escala dessas ações e experiências, o que implica o interconhecimento envolvendo diferentes movimentos e territórios. Os Encontros e as árvores tecidas acabam por germinar e influenciar a definição de futuras perguntas para os projetos de

pesquisa a serem construídos, bem como a busca dos referenciais e redes colaborativas de pesquisa que buscarão responder às perguntas também oriundas dos territórios envolvidos.

O primeiro Encontro pavimentou as fundações teórico-metodológicas do núcleo de pesquisa a partir de uma questão orientadora: o que une as lutas sociais por saúde, dignidade e direitos territoriais nos campos e nas cidades? O segundo Encontro de Saberes avançou nos debates do ano anterior em torno de duas questões semeadoras. A primeira foi de ordem metodológica: como fortalecer a copresença de sujeitos sociais advindos de lutas sociais frequentemente invisibilizadas, com seus saberes, práticas e linguagens, visando a processos dialógicos mais efetivos? A segunda questão aprofundou um objeto de trabalho mais específico, a relação campo-cidade envolvendo as interações de saberes, experiências, resistências e transformações urbanas, em especial, nas periferias, na relação com povos e comunidades tradicionais como indígenas, de matriz africana, camponesas e agricultoras, as pescadoras, entre outras.

Para tornar possível esse diálogo intercultural, tanto nos encontros como nas pesquisas, o desafio é alcançar uma conexão mais fluida entre pessoas, comunidades e movimentos, o que exige processos criativos e afetivos que propiciem ‘o coracionar’ a partir de formas sensíveis de articulação entre o pensar, o fazer e o sentir na produção de conhecimentos. Esse é o sentido de artesanaria de práticas que assemelha o fazer pesquisa como obra de arte.

Dessa forma, usamos as linguagens da vida, artísticas e populares em diferentes formas de expressão envolvendo o trabalho de artistas militantes, os quais atuam para a produção de relatos significativos²⁷ e se somam aos relatos escritos típicos do ambiente acadêmico, ainda que de natureza interdisciplinar e criativa. Os relatos artísticos se expressam em formatos gráfico-imagéticos, audiovisuais e poético-musicais, incluindo linguagens como o rap, repente, cordel, *poetry slam*, artistas plásticos indígenas e provenientes do grafite,

entre outros. A posterior produção audiovisual em formato de vídeo incorpora, na forma de síntese e comunicação, todos esses relatos com imagens e depoimentos, apresentando uma pequena, porém potente, amostra dos saberes e sabores produzidos nos encontros.

A partir de 2019, cinco projetos de pesquisa foram e continuam sendo desenvolvidos envolvendo territórios, populações e lutas por saúde, dignidade e direitos territoriais que expressam a perspectiva interdisciplinar e intercultural construída nos encontros. Eles incluem indígenas de três etnias e territórios nas regiões Norte e Nordeste, um projeto intercultural sobre o alimento com povos tradicionais de matriz africana e, finalmente, um projeto em periferias urbanas das cidades de Salvador e do Rio de Janeiro, envolvendo o movimento social dos Trabalhadores Sem Teto em ocupações de Salvador e uma organização comunitária que atua em um território de favela do Rio de Janeiro. Neles, discutem-se o racismo, as concepções biomédicas e capitalistas de saúde, os modelos de desenvolvimento, o neoextrativismo e até as tensões entre o rural e o urbano, entre a ciência e os saberes tradicionais. Em todos os projetos, os temas do alimento e do cuidado emergem como transversais.

Tais pesquisas se conformam inspiradas nas reflexões teórico-conceituais da promoção emancipatória da saúde e das metodologias sensíveis co-labor-ativas. A partir dos Encontros de Saberes realizados, as pesquisas implementaram estratégias metodológicas importantes para a construção de diálogos interculturais entre os pesquisadores e os sujeitos dos territórios. Por exemplo, pesquisas que envolveram simultaneamente mais de um território como estratégia de interconhecimentos no reconhecimento e aprendizado das lutas realizadas em cada um deles. Passamos a chamar esse processo de interlutas, ou seja, a capacidade de avançar na compreensão e nas possibilidades de apoios mútuos entre diferentes grupos, territórios e movimentos que, mesmo com suas singularidades e contextos, podem reconhecer e tornar comuns certos

conhecimentos, lutas e estratégias de ação.

Dentre os frutos gerados com a participação dos pesquisadores dos territórios, além de artigos acadêmicos, destacamos os cadernos interculturais e os audiovisuais, os quais são pensados como instrumentos de formação e difusão de resultados e conhecimentos a serem utilizados tanto pelos territórios, seus movimentos e organizações como pelos parceiros acadêmicos e mesmo a sociedade, principalmente nos documentários audiovisuais de alta qualidade realizados em conjunto com uma produtora parceira premiada nacional e internacionalmente.

Outro exemplo importante ocorreu em algumas dessas pesquisas como parte do 'fazer com': os sujeitos dos territórios envolvidos tornaram-se coordenadores da pesquisa com os pesquisadores acadêmicos, o que facilitou a criação de uma comunidade ampliada de pesquisa mais horizontal em que outros pesquisadores dos territórios se engajassem mais plenamente, aproximando a produção de conhecimento com as necessidades e contextos concretos das pessoas, lugares e movimentos. Os sujeitos territoriais, com seus saberes e práticas situados, possuem um papel fundamental na elaboração e execução do projeto, na organização de seminários e oficinas (presenciais ou híbridas), assim como na discussão e elaboração dos seus resultados – e reconhecemos isso como uma forma de potencializar processos emancipatórios em curso.

A partir da criação de espaços com interações criativas e respeitadas, que não somente reproduzam métodos já existentes, mas que também estejam abertos para a inovação, podem ocorrer diálogos construídos pelos movimentos e organizações com os pesquisadores acadêmicos, por exemplo em formato de assembleias que surgem espontaneamente em certos contextos. Por vezes, incentivamos a criação de espaços de sensibilização e interação para o diálogo intercultural com a realização de oficinas de desenho e de contação de histórias, produzindo relatos significativos, frequentemente reunindo adultos e crianças

das comunidades, o que ocorre com mais naturalidade entre os indígenas.

Em função do espaço restrito, selecionamos aqui alguns aprendizados trazidos por um dos projetos de pesquisa com indígenas realizados até o momento. As metodologias sensíveis criam condições para que surjam olhares ampliados sobre o espaço-tempo da pesquisa com experiências prolongadas no cotidiano dos territórios, permitindo a confiança e as trocas de saberes. Um exemplo foi a incorporação da ‘Guyança’ proposta por Iran Xukuru, vivenciada nos trabalhos de campo com caminhadas tanto no território Tingui-Botó como no próprio Xukuru. Em entrevista realizada no trabalho de campo em seu território, Iran Xukuru explica assim a Guyança:

É compreendida ainda como o seguir com leveza e sutileza, no pisar leve e devagar, num caminhar aprender-ensinar sendo luz do próprio pensar, ou seja, na busca por ajustes ecológicos na ecologia dos encantados como forma de (re)conexão. A Guyança Dultrapyáh pode se apresentar enquanto proposta metodológica que conduz a um envolvimento comunitário para regenerar o ambiente degradado devolvendo paisagens saudáveis para Boas Vistas. E nesses processos são compreendidos especialmente a regeneração individual e social, o reflorestar mente, voltar a ser e assim permanecer Humano-natureza.

Para concluir, trazemos a fala em um de nossos encontros de saberes de Raquel Rolnik, arquiteta e urbanista, ex-secretária nacional de Programas Urbanos do Ministério das Cidades no primeiro mandato do governo Lula. Ela trouxe a leitura de que todas essas lutas contemporâneas convergem para um aspecto comum: o reconhecimento que o território, o terreiro ou ainda o corpo-território – como nos falam reflexões de mulheres latino-americanas – possam ser apropriados e vividos por múltiplas e diferentes lógicas comunitárias de respeito e convivencialidade, não subordinadas

à racionalidade capitalista e colonial. Todas essas lutas expressam experimentações de futuro no presente que passam por retomar saberes ancestrais massacrados por epistemocídios diante da hegemonia da modernidade eurocêntrica e colonial. São experimentações que contribuem para reelaborar e atualizar no presente concepções e valores que podem nos guiar na defesa da vida ante as crises que vivemos. A interação dessas culturas, saberes e práticas, incorporando inevitavelmente diversas tecnologias contemporâneas, podem servir de inspiração para novas formas de organização social e reorientação de políticas públicas, em especial, as de promoção da saúde e sustentabilidade, enfoque do presente artigo.

Diante de tantas incertezas e perigos ante crises que agravam situações socioambientais e apontam para novas tragédias, as metodologias propostas representam uma mensagem de otimismo realista e de esperança. O realismo é ancorado pelo compromisso científico de compreender, e não de negar, fenômenos e eventos da realidade. O otimismo esperançoso possui um lastro ético-político: estar ao lado dos territórios e populações que mais necessitam nos traz a convicção de justiça. Ao mesmo tempo, o resgate da sabedoria pela epistemologia passa por estar ao lado de sistemas de conhecimentos com cosmovisões e sábios que reúnam – e que não afastem – mundos em pluriversos. O lado sensível de uma ciência e suas metodologias expressam essa abertura a processos intuitivos e perceptivos que, quem sabe, poderão orientar a transição paradigmática e civilizatória que almejamos.

Colaboradores

Fasanello MT (0000-0003-4759-5075)* e Porto MF (0000-0002-9007-0584)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Fasanello MT, Porto MF. Luz, câmera, cocriação: o cinema documentário como inspiração para descolonizar a produção de conhecimentos. *Saúde debate*. 2023;46:70-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E607>
2. Santos BS. *O Fim do Império Cognitivo*. Coimbra: Almedina; 2018.
3. Machado JMH, Martins WJ, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para a saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com Ciências Saúde [Internet]*. 2017 [acesso em 2023 maio 8];28(2):243-249. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/245>
4. Porto MF. *Uma Ecologia Política dos Riscos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
5. Santos BS, Menezes MP, Nunes JA. Para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In: Santos BS. *Semear outras soluções* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005. p. 21-121.
6. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
7. Nunes JA. O resgate da epistemologia. *Rev Crit Cienc Soc*. 2008 [acesso em 2023 jul 25];80:45-70. Disponível em: <http://journals.openedition.org/rccs/693>
8. Aguiar ACP. *Saúde e cuidado como produção de vida: para descolonizar e corazonar a Saúde Coletiva* [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2023 [acesso em 2023 jun 23]. 212 f. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/iciict/59872/ada_cristina_pontes_aguiar_ensp_dout_2023.pdf?sequence=2&isAllowed=y
9. Marques L. *Capitalismo e Colapso Ambiental*. Campinas: Editora da Unicamp; 2015.
10. Porto MF. Crise das utopias e as quatro justiças: ecologias, epistemologias e emancipação social para reinventar a saúde coletiva. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(12):4449-4458. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25292019>
11. Porto MF, Rocha DF, Fasanello MT. *Saúde, ecologias e emancipação: conhecimentos alternativos em tempos de crise (s)*. São Paulo: Hucitec; 2022.
12. Rockström J, Steffen W, Noone K, et al. A safe operating space for humanity. *Nature*. 2009;461:472-475. DOI: <https://doi.org/10.1038/461472a>
13. Kuhn T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva; 1988.
14. Santos BS. *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Editora Cortez; 2003.
15. Santos BS, Menezes MP. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez Editora; 2014.
16. Martins BS, Santos BS. Socialismo, democracia e epistemologias do Sul. *Entrevista com Boaventura de Sousa Santos*. *Rev Crit Cienc Soc*. 2018;(esp):9-54. DOI: <https://doi.org/10.4000/rccs.7647>
17. Santos BS. *O futuro começa agora: da pandemia à utopia*. São Paulo: Boitempo; 2021.
18. Morin E. *Ciência com consciência*. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005. 350 p.
19. Guerrero-Arias P. Corazonar el sentido de las epistemologías dominantes. Desde las sabidurías insurgentes, para construir sentidos otros de la existencia. *Calle 14: Rev Invest En El Campo Del Arte*. 2010;4(5):80-95.
20. Fasanello MT, Porto MF. A arte de contar histórias, integrada a outras linguagens de arte: uma prática pedagógica na educação básica. *Pro-Posições*. 2016;23(3):123-131. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73072012000300008>

21. Barbosa AM. Arte-educación: textos seleccionados. Buenos Aires: CLACSO, Universidad Nacional de las Artes; 2022.
22. Freire P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
23. Dewey J. A arte como experiência. São Paulo: Martins Fontes; 2012.
24. Machado RSB. Rasas Razões. In: Barbosa AM. Inquietações e mudanças no ensino da arte. 5. ed. São Paulo: Cortez; 2008. p. 175-180.
25. Barreto JPL. O mundo em mim: uma teoria indígena e os cuidados sobre o corpo no Alto Rio Negro. Brasília, DF: Editora Mil Folhas do IEB; 2022.
26. Maturana H, Varela FJ. A Árvore do Conhecimento. 8. ed. São Paulo: Palas Athenas; 2010.
27. Fasanello MT. O documentário nas lutas emancipatórias dos movimentos sociais do campo: produção social de sentidos e epistemologias do Sul contra os agrotóxicos e pela agroecologia [tese na Internet]. Rio de Janeiro: ICICT, Fundação Oswaldo Cruz; 2018 [acesso em 2023 jun 21]. 320 p. Disponível em: https://neepes.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/tese_final_marina_fasanello.pdf#overlay-context=users/acavalcanti

Recebido em 16/06/2023

Aprovado em 06/02/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Hermano Albuquerque de Castro e Bruna Drumond Silveira

Relatos da quarentena: que sociedade(s) emergirá(ão) após o coronavírus? Estratégias solidárias de construção de outros mundos possíveis

Reports from quarantine: what society(ies) will emerge after the coronavirus? Solidarity strategies for building other possible worlds

Edmundo Gallo^{1,2,3}, Anna Maria de Castro Andrade⁴, Indira Alves França¹, Marcela Albino Cananéa^{1,4,5}, Alessandra Bortoni Ninis^{1,4}, Luisa Vilas Boas Cardoso^{1,4,5}

DOI: 10.1590/2358-28982024E18702P

RESUMO A pandemia de covid-19 revelou múltiplas dimensões da crise civilizatória e ecológica, destacando a falência do modelo de desenvolvimento capitalista hegemônico e a injusta concentração de riqueza global, gerando profundas desigualdades sociais. No nível local, a campanha ‘Cuidar é Resistir’ demonstrou que populações tradicionais podem oferecer respostas promissoras para o futuro. Por meio da coordenação de diversas ações, como arrecadação e distribuição de alimentos, compra de produtos locais e comunicação efetiva, essa campanha promoveu segurança sanitária, econômica e alimentar, além de reduzir desigualdades e pressões socioambientais. A participação das organizações da sociedade civil, das instituições públicas e do Sistema Único de Saúde foi fundamental nesse processo. A experiência da campanha sugere que o futuro diante da pandemia e da crise climática pode ser encontrado nos modos de vida das comunidades tradicionais, que podem inspirar novas formas de habitar o planeta, promovendo uma relação sustentável e solidária entre seres humanos e natureza. Ao aprender com o modo de vida tradicional e combinar suas práticas com as dimensões positivas do pensamento científico e tecnopolítico, baseado em abordagens solidárias e conhecimento colaborativo, é possível utilizar estratégias de governança viva para promover o Bem Viver.

PALAVRAS-CHAVE Coesão social. Solidariedade. Integração comunitária. Indicadores de saúde comunitária. Capacidade de liderança e governança.

ABSTRACT The COVID-19 pandemic has revealed multiple dimensions of the civilizational and ecological crisis, highlighting the failure of the dominant capitalist development model and the unjust global concentration of wealth, resulting in profound social inequalities. At the local level, the ‘Cuidar é Resistir’ campaign has demonstrated that traditional populations can offer promising responses for the future. Through the coordination of various actions, such as food collection and distribution, support for local products, and effective communication, this campaign has promoted sanitary, economic, and food security, while reducing social and environmental pressures. The participation of civil society organizations, public institutions, and the Unified Health System has been crucial in this process. The campaign’s experience suggests that the future in the face of the pandemic and the climate crisis can be found in the ways of life of traditional communities, which can inspire new ways of inhabiting the planet, promoting a sustainable and compassionate relationship between humans and nature. By learning from traditional ways of life and combining their practices with the positive dimensions of scientific and technopolitical thinking, based on solidarity and collaborative knowledge, it is possible to employ strategies of living governance to promote the ‘Buen Vivir’ (Good Living) paradigm.

KEYWORDS Social cohesion. Solidarity. Community integration. Community health indicators. Leadership and governance capacity.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
edmundo.gallo@gmail.com

²Universidade de Coimbra (UC), Centro de Ecologia Funcional, Ciência para as Pessoas e o Planeta (CFE) – Coimbra, Portugal.

³Universidade Estadual Paulista (Unesp), Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial da América Latina e Caribe – TerritoriAL – São Paulo (SP), Brasil.

⁴Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina (OTSS) – Paraty (RJ), Brasil.

⁵Fórum de Comunidades Tradicionais de Angra dos Reis, Paraty e Ubatuba (FCT) – Paraty (RJ), Brasil.



Introdução

A emergência da pandemia do novo coronavírus recolocou para a humanidade sua dimensão de fragilidade e até de impotência, derivada do modelo de produção, consumo e organização social instituído pelo capitalismo, baseado no individualismo, na competitividade e na exploração predatória da natureza e do outro para a maximização e apropriação privada do lucro.

Para descrever este momento, nada mais apropriado que a frase de Marx “tudo que é sólido desmancha no ar”⁽⁴³⁾: a ilusão da onipotência humana, do poder resolutivo da tecnologia, do território dos estados-nação como espaço contingente e controlável, da capacidade do Mercado para resolver os problemas sociais, da posição social e financeira como blindagem às ameaças, dos ‘condomínios globais’ como proteção às mazelas sociais do restante do mundo – as ‘favelas globais’, produzidas e ignoradas por seus condôminos.

Se houve consequências boas da pandemia, uma delas foi desvelar a incapacidade do modo de produção hegemônico de sustentar o planeta, a vida e a humanidade. Outras são de desnaturalizar as assimetrias sociais, de recusar que a pobreza seja uma condição aceitável na paisagem social, de desmistificar a riqueza como produto do empreendedorismo e de recolocar a discussão do interesse público, dos bens comuns e da solidariedade social como determinantes para a vida, incluindo as ações comunitárias, sociais, do Estado e dos organismos multilaterais de cooperação.

Não, a insustentabilidade planetária, social e humana não é natural. Ela advém da voragem do capital, do individualismo exacerbado e da pseudo-onipotência dos condôminos globais. Entretanto, se algo de novo e de bom pode emergir desta crise planetária, será a consciência da humanidade, incluindo parte dos condôminos globais, de que nada disso é ‘normal’, de que tudo isso foi elaborado e administrado intencionalmente. Tudo isso tem uma racionalidade própria, que nos levou até

onde estamos agora. O mundo de hoje é assim porque assim foi construído.

Os povos indígenas têm alertado para cataclismos climáticos e epidêmicos há séculos; isso está expresso desde as primeiras narrativas sobre a origem do homem branco e vem sendo atualizado continuamente nas elaborações que fazem sobre o genocídio de seus povos. Doenças, conflitos territoriais, desmatamento, contaminação hídrica e outros desequilíbrios assolam os povos indígenas desde o período colonial, e tem crescido a consciência de que esses males se estendem e ameaçam agora toda a ‘humanidade’. Davi Kopenawa e Ailton Krenak fazem esse alerta em ‘Ideias para adiar o fim do mundo’ e ‘A queda do céu’, sobre a violência perpetrada pelo Estado e pela sociedade da mercadoria aos seus modos de existência e sobre o desastre global causado por esse modelo de produção, consumo e acumulação.

O que aprendi ao longo dessas décadas é que todos precisam despertar, porque, se durante um tempo éramos nós, os povos indígenas, que estávamos ameaçados de ruptura ou da extinção dos sentidos das nossas vidas, hoje estamos todos diante da iminência de a Terra não suportar a nossa demanda. Como disse o pajé yanomami Davi Kopenawa, o mundo acredita que tudo é mercadoria, a ponto de projetar nela tudo o que somos capazes de experimentar⁽⁴⁵⁾.

Quando despersonalizam o rio, a montanha, quando tiramos deles os seus sentidos, considerando que isso é atributo exclusivo dos humanos, nós liberamos esses lugares para que se tornem resíduos da atividade industrial e extrativista⁽⁴⁹⁾.

Inúmeros trabalhos já demonstraram que os povos e as comunidades tradicionais dependem de seus territórios para manutenção de seus modos de vida e cultura. Como afirma Cunha³, a diversidade cultural e a diversidade biológica são interdependentes.

Para que se desenvolvam relações de reciprocidade entre os diversos tekoas Mbya é preciso, pois, que estes, em seu conjunto, apresentem certas constantes ambientais (matas preservadas, solo para agricultura, nascentes etc.) que permitam aos Mbya exercerem seu ‘modo de ser’ e aplicar suas regras sociais⁴⁽¹⁵⁾.

Dessa forma, os arranjos produtivos dessas populações tendem a ser mais sustentáveis, pois estão baseados em uma lógica que não admite o esgotamento irreversível dos recursos presentes em seus territórios – e mais solidários, visto que estão assentados na lógica da reciprocidade entre pessoas e entre humanos e a natureza⁵.

Entre os povos e comunidades tradicionais, viver bem não é sinônimo de acúmulo de bens materiais. Nas cosmologias indígenas, que são o fundamento da sua práxis, estão conceitos como *Nhanderekó* (nosso modo de ser ou nosso modo de viver) e formulações correlatas como o Bem Viver⁶. Tais categorias se baseiam em outras bases epistemológicas, representam um enfrentamento da hegemonia da racionalidade ocidental capitalista e vêm sendo fortalecidas por diversos campos da filosofia, da educação e das ciências humanas em diálogo com abordagens, como a teoria crítica, as epistemologias do Sul, a teoria dos comuns, a ecologia política, a economia solidária e a pedagogia da autonomia, entre outras.

Quando se fala em epistemologias locais, entre os povos e comunidades tradicionais, reconhecemos o conhecimento produzido por meio da oralidade, da prática e da observação – métodos também utilizados em pesquisas científicas convencionais – associados a sistemas simbólicos locais de interpretação que fazem sentido em sua forma de ver e conceituar o mundo.

Na organização sociopolítica de muitos povos indígenas, por exemplo, os processos de tomada de decisão dependem dos sonhos e das visões dos xamãs e dos pajés^{2,7}. Outrossim, que o calendário agrícola não

engloba apenas variáveis ambientais e ecológicas, mas expressa também aspectos de ordem espiritual; ou que o ser humano não é resultado da evolução das espécies ou da criação de Deus, mas sim obra de demiurgos mitológicos, como Omama² ou Nhanderu⁸. São saberes colocados ‘desde sempre’, ancorados em narrativas míticas que atravessam os tempos por meio da oralidade, como se vê no livro ‘Yvyrupa: a Terra uma só’, do guarani Timóteo Verá Tupã Popygua⁸. Essas versões filosóficas, históricas e científicas sobre o mundo têm implicações na vida prática, na relação entre as pessoas e com a natureza, pois organizam todo o sistema de interpretação e conceituação de tudo o que existe.

Tais abordagens partem e buscam a coabitação equilibrada entre indivíduo, sociedade e planeta, fundamentadas justamente na ideia de que a natureza não está à disposição do ser humano, mas é um ente com o qual se estabelecem relações sociais e usos controlados, resultando em relações de produção autônomas, renováveis e autossuficientes⁶. Por outro lado, a ideia de comuns pressupõe ‘um recurso’ (compartilhado), ‘uma comunidade’ (que os mantém) e claros princípios de ‘governança autônoma’ (para regulá-los)⁹.

Essas epistemologias e práxis críticas demandam, para sua territorialização, um modo de governança vivo e em rede, capaz de produzir autonomia e inovação social^{10,11}. Nesse contexto, essas redes exercitam a governança viva que utiliza o referencial da geografia crítica e humanista¹²⁻¹⁴, associado à teoria da produção social¹⁵, à teoria da ação comunicativa¹⁵⁻¹⁸ e à pedagogia da autonomia^{19,20}, para – a partir do território e das necessidades expressas pelas comunidades tradicionais – identificar prioridades, realizar análises situacionais, identificar desafios, desenvolver soluções, desenhar os cenários e as estratégias, monitorar sua execução, adaptar o plano às mudanças situacionais e avaliar sua efetividade²¹.

Esse processo tem microterritórios – unidades de gestão territorial de menor

dimensão espacial, definidas principalmente a partir da identidade simbólica e das relações histórico-sociais de troca e solidariedade entre as comunidades tradicionais –, como escala integradora de governança e gestão para, em movimentos flexíveis e a partir de pactos de autonomia e responsabilização^{10,22}, promover a transição do modelo hegemônico para arranjos que fortaleçam e atualizem os modos solidários de produção e consumo tradicionais, desenvolvendo tecnologias sociais para articular, fortalecer e contribuir para os empreendimentos comunitários, assim como para iniciativas coletivas e familiares.

Nos arranjos econômicos das comunidades tradicionais, a solidariedade já é um princípio. Os quinhões de peixe, a divisão de partes de caça entre os núcleos familiares, os mutirões agrícolas, tudo isso são formas de solidariedade preexistentes. Não por acaso, as respostas mais efetivas à pandemia vieram exatamente dos territórios onde essas racionalidades de resistência habitam. Neles, o impacto da incapacidade das formas capitalistas de produção e consumo de manterem serviços, cadeias de distribuição e suprimentos foi menor que nos grandes centros.

Esses territórios produzem alimentos, praticam técnicas agroecológicas, pesca artesanal e criação doméstica de animais. Extraem de seus territórios os materiais para construção de casas, de embarcações, para confecção de apetrechos de pesca e peças para beneficiamento dos alimentos agrícolas. Mantêm as trocas como base da circulação de produtos e serviços, os mutirões como forma de implantar estruturas produtivas e de suporte social, as redes de cuidado como estratégia de apoio individual, familiar e coletivo.

Tal modo de vida é constantemente ameaçado pela racionalidade do capital: a monetarização e a mercantilização de produtos e serviços, a alimentação industrializada em detrimento dos alimentos naturais, o trabalho assalariado subalterno substituindo

práticas produtivas tradicionais, a propriedade privada e as cercas ameaçando o uso coletivo do território.

Entretanto, pela consciência crítica advinda tanto de suas visões de mundo e modos de vida quanto de suas histórias de resistência, essas comunidades mantiveram sua tradição de solidariedade e cooperação e, naquele momento de crise, encontraram nela respostas à incapacidade do modelo hegemônico de garantir a segurança socioambiental, sanitária e alimentar.

Articuladas às suas redes, que extrapolam seus lugares e territorialidades, mas que compõem seu território em diferentes tempos, espaços e escalas, as comunidades tradicionais adotaram estratégias solidárias para lidar com os impactos da pandemia, garantir e ampliar sua autonomia.

Essas estratégias fortaleceram redes de solidariedade, ampliando a sustentabilidade política, cognitiva, financeira, organizacional, ambiental e comunicacional em diversas escalas, conectando as comunidades a parceiros históricos. Esse conjunto de parceiros articulados por e a partir das comunidades tradicionais tem sido um dos alicerces para a garantia de seus direitos e territórios, frequentemente ameaçados.

No momento em que o novo coronavírus escancarou a insustentabilidade da sociedade capitalista, essas redes, frequentemente capitaneadas por instituições públicas, foram a tessitura que, costurada pelos modos de vida sustentáveis e saudáveis das comunidades tradicionais, demonstraram sua universalidade e potência para a construção de outros futuros.

Os Relatos da Quarentena aqui reunidos registram essas estratégias e indicam que outro mundo é possível, que o caminho para a sustentabilidade socioambiental passa por reconciliar o ser humano com sua natureza; que a desigualdade, a exploração, a degradação ambiental e as assimetrias sociais não são naturais nem normais. Tudo que era sólido desmanchou-se no ar. O que vamos construir em seu lugar?

Nosso território, nosso lugar, nossa agenda

A Serra da Bocaina, localizada entre os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, na região Sudeste, é parte do Corredor da Biodiversidade da Serra do Mar e um *hotspot* da sociobiodiversidade. Abrange cerca de 200 territórios tradicionais indígenas, caixaras e quilombolas, além de 18 unidades de conservação, incluindo o primeiro sítio misto (cultural e natural) do Brasil reconhecido como patrimônio mundial.

O território enfrenta conflitos relacionados com grandes empreendimentos de energia, petróleo, turismo e imóveis de luxo. Associados à sobreposição de Unidades de Conservação em territórios tradicionais, esses conflitos resultam em ações judiciais contra as comunidades. As violações dos direitos humanos incluem criminalização ambiental, despejos forçados, restrições ao direito de ir e vir e ao acesso a recursos naturais essenciais para garantir seus modos de vida.

Para enfrentar esses desafios, em 2007, foi criado o Fórum de Comunidades Tradicionais (FCT) de Angra dos Reis, Paraty e Ubatuba. O FCT é um movimento que articula lideranças indígenas, quilombolas e caixaras da região da Bocaina, que defendem os modos de vida das comunidades tradicionais e seus direitos territoriais. Em parceria com o FCT, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) iniciou diálogos, em 2009, para promover o desenvolvimento sustentável e a saúde na região. A Fiocruz tem como missão promover a saúde e qualidade de vida da população brasileira, reduzir as desigualdades sociais e impulsionar a inovação.

O Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina (OTSS) é fruto da parceria entre a Fiocruz e o FCT. O OTSS atua como um espaço tecnopolítico de geração de conhecimento crítico a partir do diálogo entre saberes tradicionais

e científicos, visando à sustentabilidade, à saúde e à defesa dos direitos coletivos para o protagonismo e o Bem Viver das comunidades tradicionais em seus territórios. Ademais, o OTSS formula e implementa soluções tecnopolíticas com base em epistemologias decoloniais e na governança viva. Suas ações incluem incubação de tecnologias e empreendimentos sociais de agroecologia, saneamento ecológico, turismo de base comunitária e pesca artesanal; fortalecimento da educação diferenciada, considerando a história e a cultura locais nos currículos e métodos de ensino, do ensino fundamental à pós-graduação; implementação de ações de defesa territorial, como assessoria jurídica, regularização de associações comunitárias, *advocacy* e mecanismos de pactuação (Termo de Autorização de Uso Sustentável – Taus, Termo de Ajustamento de Conduta – TAC e planos de manejo de áreas protegidas), buscando a justiça socioambiental.

Ao longo desses 14 anos, o OTSS adensa sua rede de solidariedade por meio de parcerias e colaborações entre comunidades, movimentos sociais, gestores públicos, Organizações Não Governamentais (ONG) e instituições de pesquisa e ensino em nível local, regional, nacional e internacional.

Destaque à governança local, articulada a parâmetros regionais, nacionais e globais, colocando o território como centro na definição de necessidades e soluções, o que é um fator crítico para sua efetividade e que vem sendo alcançada apesar dos conflitos inerentes ao embate entre projetos distintos e mesmo antagônicos. As ações na Bocaina têm resultados positivos, promovendo autonomia, sustentabilidade e equidade para povos tradicionais, enfrentando o modelo dominante de desenvolvimento e conflitos socioambientais, buscando justiça socioambiental e desenvolvimento humano²³. Outrossim, as articulações em redes na Bocaina têm possibilitado o desenvolvimento de um território de aprendizagem para o Bem Viver.

Um território de aprendizagem e produção de soluções

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto do novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, impondo, como medida de segurança, o isolamento social. Nesse contexto, foi necessário garantir segurança sanitária, alimentar e nutricional às comunidades tradicionais, considerando que elas dependem do comércio autônomo e do turismo e que muitas delas são relativamente isoladas.

A vulnerabilidade das comunidades tradicionais durante a pandemia foi causada pela dificuldade de acesso a informações seguras, falta de acesso à água potável e material de higiene, dificuldades logísticas e presença de turistas em seus territórios. Além disso, havia o receio de migração desordenada das comunidades para as cidades e de migração de pessoas das áreas urbanas para comunidades isoladas.

O FCT desenvolveu estratégias para enfrentar o novo contexto e as demandas de segurança social, sanitária e alimentar. Essas ações visaram promover autonomia, equidade e sustentabilidade, alinhadas com a Agenda 2030 e seus objetivos.

Estratégias solidárias

As ações do poder público durante a pandemia não foram suficientes para garantir a segurança sanitária, social, econômica e alimentar das comunidades tradicionais, que já sofriam com a repressão histórica. Dessa forma, o FCT, com o apoio do OTSS, articulou ações para fortalecer e organizar as comunidades. A solidariedade e a ação coordenada foram fundamentais para que essas comunidades se mantivessem resistentes e saudáveis. Entre as ações, o FCT coordenou campanhas de arrecadação e distribuição de alimentos, principalmente produtos agroecológicos, para as comunidades tradicionais. A interação entre o FCT e as Associações de Moradores foi essencial para que as ações de enfrentamento a seguir relatadas chegassem efetivamente às comunidades (*quadro 1*). As ações apresentadas a seguir foram avaliadas considerando dimensões como equidade, sustentabilidade e autonomia, da Matriz de Análise de Efetividade de Estratégias Territorializadas de Desenvolvimento Sustentável e Saúde²³, e parâmetros como diversidade, intersectorialidade, participação social e empoderamento²⁴.

Quadro 1. Ações realizadas pelo FCT com apoio do OTSS para a redução da vulnerabilidade nos territórios tradicionais da Bocaina no contexto da pandemia de covid-19

2.1	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	- Levantamento de informações sobre contexto e demanda das comunidades tradicionais para orientar decisões no direcionamento estratégico das ações emergenciais
2.2	CESTAS BÁSICAS COM PRODUTOS AGROECOLÓGICOS	- Campanhas de arrecadação e entrega de cestas básicas com complementos de produtos agroecológicos e da pesca artesanal produzidos pela agricultura familiar de territórios tradicionais e do entorno. As cestas foram doadas para famílias de comunidades tradicionais indígenas, caiçaras e quilombolas em Angra, Paraty e Ubatuba. - Apoio logístico e operacional em iniciativas de outras instituições parceiras das comunidades que visam reduzir vulnerabilidades no contexto da pandemia.
2.3	REDE SOLIDÁRIA CONTRA O CORONAVÍRUS – RELATOS DA QUARENTENA	- Protagonismo comunitário para incentivo da economia solidária entre as comunidades através de comercialização, trocas e doações de produtos de roça e pescado. - Demandas e apoio em insumos para a produção de alimentos nos quintais de famílias em territórios tradicionais. - Elaboração e inscrição de projetos em editais direcionados ao fortalecimento de comunidades em situação vulnerável, fomento às práticas culturais, agroecológicas, pesqueiras e das redes de economia solidária.

Quadro 1. Ações realizadas pelo FCT com apoio do OTSS para a redução da vulnerabilidade nos territórios tradicionais da Bocaina no contexto da pandemia de covid-19

2.4 ASSESSORIA TECNOPOLÍTICA E JURÍDICA

- Apoio aos comunitários para acesso aos recursos de apoio emergencial do governo federal e municipal.
- Apoio às Secretarias de Assistência Social municipais para agilizar o preenchimento de cadastros de famílias em situação de vulnerabilidade e direcionar as entregas de cestas básicas.
- Ações na esfera jurídica: interpelação das instituições públicas para que cumprissem com efetividade suas obrigações, para que fiscalizassem o turismo, e fornecessem assistência emergencial para garantir atendimento adequado às famílias cadastradas nos serviços sociais.

2.5 COMUNICAÇÃO E ORIENTAÇÃO

- Divulgação das ações e campanhas da Fundação Oswaldo Cruz, através do Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina – OTSS (FCT/Fiocruz)
- Apoio e orientação às lideranças das comunidades nas situações diversas geradas pelo momento de quarentena.
- Produção de folhetos informativos sobre os cuidados para prevenção ao coronavírus, em língua portuguesa e Guaraní.

Fonte: elaboração própria com base no Fórum de Comunidades Tradicionais/Campanha Cuidar é Resistir, 2021.

Cabe ressaltar que muitas comunidades adotaram barreiras sanitárias para conter a entrada de turistas e proteger suas comunidades, enfrentando o desconforto e, às vezes, até a agressividade dos visitantes. Após a flexibilização, as comunidades passaram a receber um número descontrolado de visitantes, aumentando o número de casos do novo coronavírus. Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Paraty apontam um aumento de quase 250% no período de 1º de julho a 1º de agosto de 2020, passando de 282 para 967 casos. Algumas comunidades, como a Praia do Sono e Trindade, conseguiram manter as barreiras por mais tempo e mantiveram uma baixa taxa de contágio.

Análise situacional

A primeira atividade conduzida por pesquisadores comunitários e acadêmicos do OTSS foi identificar as necessidades das comunidades durante a pandemia: falta de alimentos, itens de higiene e medicamentos, necessidades médicas, estoque de produtos agroecológicos, demanda por mudas e sementes e acesso à renda básica emergencial. Cada liderança realizou o levantamento em sua comunidade, direcionando as ações emergenciais do FCT, especialmente a aquisição de alimentos para as famílias tradicionais.

A partir do Grupo de Trabalho (GT) de logística, com lideranças dos municípios, foram planejadas e executadas as ações. Com base no levantamento do número de famílias vulneráveis em cada comunidade, foi organizada a logística de arrecadação e distribuição de alimentos, mudas e sementes – compra, armazenamento, transporte, pontos de distribuição nas comunidades, divisão de tarefas entre lideranças etc.

O planejamento e o monitoramento das ações eram semanais, e o diálogo com a assistência social municipal era permanente, para envio dos cadastros emergenciais feitos com as Associações de Moradores. Uma equipe era responsável por organizar os dados em planilhas, coletados das comunidades, e repassá-los aos Centros de Referência de Assistência Social (Cras) municipais.

A análise situacional foi fundamental para organizar o processo, promovendo equidade ao considerar a diversidade cultural e étnica do território, incluindo grupos como quilombolas, indígenas Guarani Mbya e caiçaras; e contribuiu para a integralidade ao identificar deficiências no acesso aos serviços públicos e garantir os direitos humanos individuais e coletivos.

Também fortaleceu a sustentabilidade e a autonomia, a partir da ecologia de saberes,

ao promover espaços coletivos de gestão, empoderamento de pesquisadores comunitários e acadêmicos, priorizar as necessidades e as vozes do território, apoiar a inclusão produtiva e trabalhar em redes de solidariedade interescares com lideranças, associações, movimentos sociais e instituições públicas em diferentes níveis.

Cestas básicas com produtos agroecológicos

A campanha de arrecadação e distribuição de cestas básicas com produtos agroecológicos teve início com o Junta Comunitária, formado por membros da sociedade civil, que enfocou o abastecimento de alimentos para os indígenas, mas depois, devido à magnitude da crise, o FCT assumiu a coordenação da campanha.

A primeira fase da campanha foi orientada por princípios importantes, como o contato permanente com as lideranças indígenas, Fundação Nacional do Índio (Funai), Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e prefeituras municipais. Foi mapeada a disponibilidade de alimentos agroecológicos nas comunidades tradicionais e vizinhas com objetivo de abastecer todas as famílias das aldeias com alimentos saudáveis, até que a prefeitura e a Funai pudessem assumir o fornecimento. Essas cestas incluíam produtos como banana, aipim, limão, taioba, couve, inhame, cará, nhoque de aipim e batata-doce, fortalecendo a economia solidária e a agroecologia da Bocaina.

Com a elaboração de um folheto explicativo sobre o novo coronavírus e práticas de higienização em cada cesta básica, o FCT levou também informação qualificada para as comunidades sobre a covid-19.

O FCT expandiu a campanha para atender não apenas indígenas, mas também as comunidades quilombolas e caiçaras. Essa segunda etapa contou com a participação ativa do núcleo jovem do FCT e da frente de comunicação popular. Novos apoiadores institucionais se somaram, como a ONG Verde Cidadania, o Instituto Linha D'água e a Fundação Darcy Ribeiro.

Nessa fase, reorganizou-se a gestão financeira dos apoios e aprimorou-se a logística de coleta e distribuição de alimentos. Desafios logísticos foram superados para alcançar locais de difícil acesso, como a Ilha Grande e a região costeira da Juatinga, por meio da ampliação do apoio de redes de solidariedade, como o Projeto Redes, a Prefeitura de Paraty e o Instituto Estadual do Ambiente (Inea). Além da distribuição de alimentos e materiais de higiene e limpeza, também foi iniciada a arrecadação de agasalhos e cobertores para as aldeias indígenas.

Estratégias de comunicação foram adotadas para informar as comunidades sobre as iniciativas públicas de combate à covid-19, fornecendo dados confiáveis e seguros. A participação das mulheres foi destacada, sendo maioria na equipe de organização e atuando de forma significativa nas ações realizadas nos territórios. Os apoios articulados pelo FCT são apresentados no *quadro 2*.

Quadro 2. Apoios financeiros e logísticos para a Campanha

Instituição	Aporte financeiro	Produtos	Beneficiários	Gestão dos Recursos e logística
Fundo Fica em Casa (Fica)	R\$ 12.000,00	Aquisição de 1.956 kg de produtos agroecológicos e 902 kg de pescados, apoio à logística de armazenamento e entregas, compra de itens de higiene e segurança sanitária	1.804 famílias de comunidades tradicionais de Angra dos Reis, Paraty e Ubatuba de acordo com as demandas levantadas no diagnóstico	Associação de Moradores da Almada, FCT e OTSS
Linha D'água	R\$ 50.000,00			Associação de Moradores da Almada, FCT e OTSS
ONG Viva Rio	Doação de cestas	990 cestas básicas		FCT por meio da mediação de compra direta das cestas básicas, entre o supermercado e ONG.
Sindicato dos Petroleiros do Litoral Paulista	Doação de cestas	60 cestas básicas		FCT mediante recebimento e distribuição das cestas físicas
Fórum sindical do Litoral Norte de São Paulo	Doação de cestas	91 máscaras de tecidos e 7 descartáveis, roupas, cobertores e livros		FCT por meio de recebimento e distribuição das cestas físicas
Sindicato dos Petroleiros do Rio de Janeiro	Doação de cestas	100 cestas básicas e 200 máscaras reaja Brasil pelo		FCT por intermédio de recebimento e distribuição das cestas físicas
SESC Paraty	Doação de cestas	400 cestas básicas		FCT mediante recebimento e distribuição das cestas físicas
Projeto Agro-Ecos	R\$ 11.454,87	Aquisição e distribuição de insumos e mudas para incremento dos quintais agroecológicos.		OTSS e Associações de Moradores
Programa de Aquisição de Alimentos (Peaa/Ceasa) e Fundação Darcy Ribeiro	Doação de cestas com produtos agrícolas	1.600 kg de produtos agrícolas diversos		Fundação Darcy Ribeiro, OTSS, FCT e lideranças das aldeias indígenas de Paraty e Angra dos Reis

Fonte: elaboração própria a partir de informações da incubadora de tecnologias sociais do OTSS/Campanha Cuidar é Resistir, 2020-2022.

Essas ações resultaram na criação de um ‘plano emergencial de contingência e mitigação dos impactos da pandemia’, que serve de base para futuros planos de médio e longo prazo de enfrentamento de eventuais crises sanitárias e de insegurança alimentar. Além disso, promove o fortalecimento das associações comunitárias na governança de seus territórios diante dessas crises.

Ao distribuir cestas básicas com produtos agroecológicos, o FCT visava fortalecer a

equidade, a sustentabilidade e a autonomia das comunidades tradicionais. Em relação à equidade, houve respeito à diversidade cultural e étnica do território, redução da vulnerabilidade e busca pela segurança alimentar, distribuição de renda e diminuição da exposição geracional ao risco, além de medidas de mitigação e adaptação aos riscos ambientais e o fortalecimento da integralidade (garantia de direitos humanos, estabelecimento de vínculo com o território e entre atores, acesso a serviços).

A sustentabilidade foi promovida por meio do fortalecimento da ecologia de saberes, da territorialização (hierarquia de prioridades, cogestão), da intersetorialidade (integração de *stakeholders*), da inclusão produtiva (força de trabalho local, materiais locais, capital natural) e redes de solidariedade (articulação em rede, capital social e redes). Destaca-se também o protagonismo das mulheres nessa iniciativa, tanto na equipe de organização quanto nos territórios. O empoderamento das comunidades e o fortalecimento do movimento social foram evidentes, demonstrando capacidade de formulação, articulação e coordenação de redes, além da transparência, ética e comunicação ao longo de todo o processo.

Essas ações do FCT representaram um novo caminho para o desenvolvimento baseado em relações de cooperação e solidariedade dentro de cada território. O enfoque na economia solidária e em circuitos de produção adequados ao modo de vida das comunidades reflete a busca por soluções sustentáveis e autônomas.

Em resumo, o FCT desempenhou um papel fundamental durante a pandemia ao coordenar campanhas de arrecadação e distribuição de cestas básicas com produtos agroecológicos. Nessa estratégia, a dimensão analítica mais fortalecida foi a autonomia, com impacto sobre diversos índices: fortalecimento da participação social por meio da ampliação da capacidade de intervenção comunitária e de seu poder de decisão; pela intensidade de adesão e participação; empoderamento dos atores envolvidos, que demonstraram capacidade de formulação, de articulação e coordenação de redes, capacidade de gestão e resiliência e capacidade de identificar parceiros; tudo isto levando ao protagonismo do movimento social e ao fortalecimento das comunidades baseado na transparência, na ética e na comunicação de cada etapa de sua execução.

Rede solidária contra o novo coronavírus

Durante a pandemia, muitas comunidades dependentes do turismo foram fechadas por acordos internos dos comunitários, impossibilitando o turismo, fomentando práticas tradicionais como pesca e agricultura. O fechamento fortaleceu as associações comunitárias e as trocas solidárias, aproximando as comunidades e evidenciando sua resiliência. As associações comunitárias desempenharam um papel fundamental no cadastramento das famílias para receber as cestas básicas, o auxílio emergencial, assim como na implementação de barreiras sanitárias para garantir o isolamento social. Além disso, essas associações têm enfatizado a importância da higiene e do distanciamento social para evitar a disseminação do vírus entre os moradores.

As campanhas realizadas pelo FCT fortaleceram essas redes, viabilizaram a complementação das cestas básicas com os produtos agroecológicos e da pesca artesanal das comunidades tradicionais, evidenciando a importância dessa prática, proporcionando soberania e segurança alimentar às famílias que consomem esses produtos, bem como gerando renda para famílias diretamente ligadas à produção.

Em várias comunidades, a campanha fomentou a produção agroecológica por meio do apoio financeiro para compra de produtos complementares para as cestas básicas. O FCT auxiliou as associações comunitárias no levantamento das famílias que tinham interesse em voltar a fazer roça, das áreas para essa prática e dos comunitários envolvidos; e levantou a necessidade de mudas e sementes para os plantios. Essa ação visou minimizar o impacto econômico da pandemia nas comunidades. As comunidades da Bocaina que participam das ações de economia solidária do FCT são apresentadas no *quadro 3*.

Quadro 3. Comunidades da Bocaina que participam das ações de economia solidária do FCT

Município	Comunidade	Recebeu cestas básicas	Distribuiu produtos agroecológicos	Recebeu produtos agroecológicos	Número de famílias contempladas com cestas e/ou produtos agroecológicos e pescado	Protagonismo da associação de moradores
Paraty	Quilombo do Campinho	Sim	sim	Sim	60	Sim
	Quilombo do Cabral	Sim	Não	Sim	36	Não
	Trindade	Sim	Sim	Sim	94	Sim
	Paraty Mirim	Sim	Não	Sim	29	Sim
	Juatinga, Saco Claro e Saco das Sardinhas	Sim	Não	Sim	38	Não
	Martim de Sá, Saco das Anchovas e Cairuçu das Pedras	Sim	Não	Sim	19	Não
	Pouso da Cajaíba, Praia Grande da Cajaíba, Itaoca, Ca-Ihaus, Praia Deserta e Gaetas	Sim	Não	Sim	160	Não
	São Gonçalo	Sim	Sim	Sim	41	Sim
	Tarituba e São Vicente	Sim	Não	Sim	19	Sim
	Ponta Grossa	Sim	Não	Sim	15	Não
	Ponta Negra	Sim	Não	Sim	46	Sim
	Praia do Sono	Sim	Não	Sim	88	Sim
	Saco do Mamanguá	Sim	Não	Não	70	Sim
	Praia Grande do Araújo	Sim	Não	Não	50	Sim
	Ilha do Araújo	Sim	Não	Não	50	Sim
	Ilha do Algodão	Sim	Não	Não	10	Não
	Aldeia Araponga	Sim	Não	Sim	8	Sim
	Aldeia Pataxó	Sim	Não	Sim	12	Sim
Aldeia Itaxi Mirim	Sim	Não	Sim	43	Sim	
Aldeia Rio Pequeno	Sim	Não	Sim	12	Sim	
Ubatuba	Cabeçuda, Areia, Palmira, Picinguaba	Sim	não	Sim	59	Sim
	Almada	Sim	Sim	Sim	15	Sim
	Peres, Bonete e Lagoinha	Sim	Não	Sim	55	Sim
	Prumirim	Sim	Não	Não	60	Sim
	Aldeia Renascer	Sim	Não	Sim	19	Sim
	Aldeia Yakã Porã e Aldeia Boa Vista	Sim	Não	Sim	67	Sim
	Puruba	Sim	Não	Sim	11	Não
	Lázaro/Perequê Mirim	Sim	Não	Não	38	Não
	Quilombo Cazanga de Itamambuca	Sim	Não	Não	36	Sim
	Quilombo da Caçandoca	Sim	Não	Não	70	Sim
	Quilombo da Fazenda	Sim	Não	Sim	38	Sim
Sertão do Ubatumirim	Sim	Sim	Sim	63	Sim	

Quadro 3. Comunidades da Bocaina que participam das ações de economia solidária do FCT

Município	Comunidade	Recebeu cestas básicas	Distribuiu produtos agroecológicos	Recebeu produtos agroecológicos	Número de famílias contempladas com cestas e/ou produtos agroecológicos e pescado	Protagonismo da associação de moradores
Ubatuba	Rio Escuro	Sim	Não	Não	21	Não
	Camburi	Sim	Não	Sim	150	Não
	Estaleiro	Sim	Não	Sim	16	
Angra dos Reis	Quilombo Santa Rita do Bracuí	Sim	Sim	Sim	50	Sim
	Aldeia Sapukai	Sim	Não	Não	70	Sim
	Ilha Grande e Morro do Santo Antônio	Sim	Não	Sim	66	Sim

Fonte: elaboração própria a partir de informações do Fórum de Comunidades Tradicionais e da incubadora de tecnologias sociais do OTSS/ Campanha Cuidar é Resistir, 2020-2022.

Ademais, tais ações contribuem para promover a autonomia e a independência dos padrões de produção e consumo dominantes, além da sustentabilidade ambiental relacionada com a produção agroecológica. Uma comunidade que produz seu próprio alimento fortalece a segurança e a soberania alimentar e nutricional, e esse entendimento se ampliou no contexto da pandemia. Outrossim, a rede de solidariedade que se fortaleceu nesse contexto amplia a equidade.

Essa iniciativa possibilitou o mapeamento das famílias mais vulneráveis, levando em consideração critérios como recebimento de aposentadoria, auxílio emergencial, bolsa família e outras cestas básicas provenientes de outras fontes. Vale ressaltar que a campanha contou com o apoio de estruturas governamentais, como a Secretaria de Educação de Paraty, que disponibilizou um caminhão para transportar as cestas e os produtos agroecológicos, e o Inea, que doou óleo diesel e gasolina para as embarcações.

A Rede Nhandereko de Turismo de Base Comunitária também desempenhou um papel importante na organização do sistema de distribuição de alimentos, aproveitando sua

história de formação política crítica no território na promoção do Bem Viver e do ‘nosso jeito de ser’, e sua capacidade de diálogo com várias comunidades tradicionais e associações de moradores.

Algumas comunidades, principalmente em Ubatuba, enfrentaram problemas com turistas invadindo suas áreas diariamente. Elas buscaram apoio de entidades como o Ministério Público Federal, a Defesa Civil, o Conselho Municipal de Turismo e a Prefeitura Municipal.

Outro ponto destacado por algumas comunidades caiçaras foi a mobilização comunitária na produção e doação de máscaras feitas de tecido. As costureiras locais se organizaram para produção maciça de máscaras e distribuição para as pessoas e comunidades que precisavam.

As aldeias indígenas também enviaram seus relatos: as aldeias Yakã Porã, Araponga e Boa Vista realizaram reformas de casas e criação de hortas comunitárias. Foram recebidas doações de mudas de bananas, alface, salsa, tomate e cupuaçu. Todavia, o maior desafio enfrentado pelas aldeias era manter as pessoas na comunidade, já que muitas não compreendiam a

gravidade da pandemia e desejavam ir para a cidade vender artesanato.

Todas essas ações solidárias, com representatividade étnica, valorização da cultura, mitigação e adaptação aos riscos ambientais, acesso a serviços e garantia de direitos humanos, além do vínculo entre território e atores, mostraram-se efetivas no fortalecimento da equidade, da autonomia, da participação social e do empoderamento. A dimensão da sustentabilidade também é ressaltada, uma vez que foi estabelecida uma rede de solidariedade que envolveu cooperação tecnocientífica, com instituições de pesquisa envolvidas, e uma capacidade de articulação em rede, na qual o FCT utilizou seu capital social e envolveu diferentes atores presentes no território: comunitários e lideranças das comunidades, instituições, ONG e o poder público local.

Assessoria tecnopolítica e jurídica

Quando as ações adotadas pelos órgãos governamentais não foram suficientes para garantir a segurança das comunidades tradicionais na região, a assessoria jurídica do FCT foi acionada para promover medidas em prol da saúde desses povos.

Em Paraty, a Prefeitura iniciou o combate à propagação do vírus com medidas firmes de isolamento social; porém, em maio de 2020, flexibilizou as restrições mesmo com o aumento dos casos em cerca de 250%. Isso resultou em impactos graves, especialmente nas comunidades caiçaras à beira-mar, mais frequentadas por turistas. Em setembro de 2020, Paraty contabilizava 35 óbitos na cidade.

Em Ubatuba, a fiscalização foi difícil desde o início da quarentena. Assim, após a flexibilização em maio, houve um aumento nos casos confirmados e mortes na cidade. Ademais, abertura total do turismo no feriado de 7 de setembro de 2020 levou à superlotação de praias e atrativos turísticos²⁵.

Grupos de Paraty, insatisfeitos com a flexibilização²⁶, posicionaram-se publicamente por meio de notas de repúdio, incluindo o FCT e as

comunidades tradicionais. Esses grupos elaboraram uma representação conjunta, com apoio da assessoria jurídica do FCT, protocolada em 8 de maio de 2020 na Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva do Núcleo de Angra dos Reis do Ministério Público Estadual do Rio de Janeiro (MPRJ), relatando os riscos para os moradores durante o aumento dos casos na cidade. Depois de receber recomendação do MPRJ, o prefeito voltou atrás em sua decisão de flexibilizar as medidas de isolamento social.

Paralelamente, as comunidades tradicionais como Trindade, Sono e Picinguaba também se movimentaram para proteger seus territórios e manter o isolamento social, adotando medidas de autogestão em seus territórios, criando barreiras para controlar a entrada de turistas, mesmo sem apoio do poder público.

A assessoria jurídica do FCT apoiou as comunidades tradicionais no monitoramento e no controle da evolução da covid-19 nos territórios. Houve apoio para elaboração de documentos expedidos tanto pelas comunidades tradicionais quanto pelo FCT e pelo OTSS para os órgãos como os Ministérios Públicos Federal e Estadual, além de realizadas reuniões virtuais e estruturados grupos de WhatsApp.

O FCT se pronunciou nas redes sociais expressando preocupação com a possibilidade de flexibilização das normas em Paraty durante a pandemia, enfatizando a importância de preservar vidas e seguir as orientações de saúde. Outras instituições locais também emitiram nota repudiando a flexibilização e exigindo respeito às regras do Ministério da Saúde, da Fiocruz e da OMS.

A nota do FCT afirmava que, mesmo sendo empreendedores, trabalharem com o turismo e dependerem dele para fortalecer suas economias, os comunitários acreditavam que preservar vidas era o mais importante e que estavam contrários à flexibilização, seguindo as orientações das instituições de saúde e solicitando à Prefeitura Municipal de Paraty o fortalecimento das medidas de prevenção e o isolamento social.

Para defesa e garantia dos direitos dos povos tradicionais, os órgãos ministeriais utilizaram diversos dispositivos extrajudiciais, entre eles, recomendações e notas públicas. Destacamos, por exemplo, a Recomendação nº 8, de 2020, expedida pelo Ministério Público Federal (6ª CCR MPF) no dia 5 de maio de 2020²⁷ a diversas instituições públicas indicando que adotassem medidas para garantir a assistência e a promoção de serviços essenciais às comunidades tradicionais durante a pandemia. No documento, foi cobrada a disponibilização de recursos financeiros, humanos e materiais, além de medidas e políticas públicas que zelassem pela saúde e estabilidade socioeconômica desses povos, como acesso ao auxílio emergencial, controle sanitário nos territórios, distribuição de cestas básicas e conscientização sobre os riscos de contaminação. Ressaltou ainda que, em razão da histórica ineficiência do poder público, as comunidades “possuem [...] precárias estruturas de água, energia elétrica, saneamento básico e outros serviços públicos essenciais”²⁷.

A justiça socioambiental foi destacada como um caminho importante para garantir direitos fundamentais e qualidade de vida. Para isso, defendeu-se a implementação de tecnologias sociais de promoção do Bem Viver e de uma economia solidária, permitindo que os povos tradicionais permaneçam protegidos em seus territórios e mantenham seus modos de vida.

Ações de comunicação e orientação

Durante a pandemia, foi criado o GT de Comunicação, que reuniu representantes da comunicação popular do FCT e do OTSS. O objetivo era desenvolver um plano estratégico de comunicação para divulgar na internet a situação das comunidades tradicionais diante da pandemia. Nesse plano estratégico, foi prevista a formação em comunicação dos jovens comunitários do movimento social, ampliando a capacidade de formulação e inovação, garantindo a transparência/ética/comunicação. Posteriormente, foi lançada a campanha

‘Cuidar é Resistir’, que incluiu a produção de cinco vídeos abordando temas relevantes no contexto da pandemia.

Para ampliar a divulgação da campanha e as orientações de prevenção ao novo coronavírus, foram elaborados panfletos em Português e em Guarani, distribuídos com as cestas básicas e agroecológicas. *Cards* também foram criados para a divulgação nas redes sociais do FCT. Além disso, Grupos de WhatsApp foram criados para tomar decisões participativas em relação ao combate ao novo coronavírus, assim como informações sobre higiene pessoal e de alimentos foram compartilhadas para evitar a disseminação do vírus nas comunidades.

Considerações finais

A pandemia de covid-19, que levou a óbito mais de 6 milhões de pessoas em todo o mundo e 600 mil delas no Brasil até 2022, foi mais do que uma crise sanitária. Ela expôs de maneira cabal o aprofundamento da crise civilizatória em suas múltiplas dimensões e escalas, evidenciando mais uma vez a falência do modelo de desenvolvimento hegemônico capitalista e o quanto a concentração de riqueza no planeta é injusta e gera desigualdades sociais profundas.

A crise estabelecida pela pandemia aumentou essa concentração. Segundo estudo da ONG Oxfam²⁸, enquanto a maior parte da população via sua renda diminuir, o patrimônio dos super-ricos brasileiros cresceu, assim como o número de bilionários da América Latina. Isso se deveu ao fato de que seus patrimônios lhes davam capacidade de reagir à crise e de aproveitar oportunidades. Por outro lado, as fragilidades e as inconsistências das estruturas do Estado e da sociedade que mantêm esse sistema de produção e consumo foram evidenciadas

O desequilíbrio ambiental tem levado a fenômenos climáticos drásticos e sem precedentes, e a redução da biodiversidade ameaça toda a humanidade, demandando reflexões sobre as relações entre floresta e

cidade, entre natureza e cultura, bem como o reposicionamento de valores para conter a destruição causada pelo modo de produção atual. Segundo os Huni Kuin, povo indígena do Acre, a maior parte das doenças deriva do fato de o ser humano se alimentar de animais, e que tanto as plantas como os animais podem enviar seu *nisun* (dor de cabeça e tonteira) para se vingarem. Segundo a epistemologia Huni Kuin, os morcegos consumidos na China estão se vingando dos humanos. Ao mesmo tempo, o zoólogo Andrew Cunningham, Professor da Zoological Society de Londres, afirma que não são os morcegos os culpados, e sim os desequilíbrios das espécies selvagens causados pela ação humana:

As epidemias são o resultado do desmatamento e da extinção dos animais que antes eram seus hospedeiros simbióticos. As epidemias são também o resultado de uma relação extrativista das grandes cidades com as florestas²⁹.

A reflexão sobre o lugar do humano no planeta e o sentimento contemporâneo de que a humanidade – ou uma certa humanidade – e o planeta estão interligados por uma relação destrutiva³⁰⁻³⁴ têm criado um campo particularmente vivo nas ciências sociais e nas humanidades em geral, e o conceito de antropoceno foi fundamental para acender esses debates.

[...] um conceito e uma nova experiência da historicidade no qual a diferença de magnitude entre a escala da história humana e as escalas cronológicas da biologia e da geofísica diminuiu dramaticamente, senão mesmo tendeu a se inverter: o ambiente muda mais depressa que a sociedade, e o futuro próximo se torna, com isso, não só imprevisível, como, talvez, cada vez mais impossível²³⁽¹⁰⁷⁾.

Apesar do conceito de antropoceno ter se mostrado desgastado, a reflexão suscitou o debate crítico e proporcionou o surgimento de outras nuances e possibilidades explicativas

para compreender as relações que têm levado ao esgotamento planetário³⁵. As pontes e as diferenças entre os conceitos de antropoceno, plantationceno, capitaloceno têm sido abordadas por diversos autores como Donna Haraway³⁶, Anna Tsing³⁷, Malcom Ferdinand³⁸, entre outros³⁵. Vale conhecer a crítica decolonial ao conceito de antropoceno, mas não será matéria deste ensaio.

A pergunta sobre qual o futuro possível diante do contexto pandêmico e da crise climática parece encontrar resposta nos modos de vida das populações tradicionais e dos pequenos agricultores. Se permanecer no caminho atual, o Brasil seguirá o mesmo rumo ecologicamente inviável para o qual estão se encaminhando a Índia e a China, este último, o país que mais emite gases de efeito estufa do mundo.

A produção agroecológica, sem agrotóxicos e sem desmatamento de grandes áreas contínuas protege os recursos hídricos, reduz a contaminação do solo e das águas e garante a saúde das pessoas. A ingestão de alimentos naturais ao invés de ultraprocessados reduz a vulnerabilidade a doenças como câncer, diabetes, hipertensão e desonera os serviços de saúde. Os casos de intoxicação de trabalhadores da cadeia produtiva do agronegócio que lidam com diversos tipos de inseticidas, fungicidas e herbicidas e a presença de resíduos desses produtos químicos nos alimentos que vão para o prato das pessoas são provas do risco que esse modelo de produção agrícola representa para a saúde humana³⁹.

Respostas ‘naturais’ e ‘sociais’ ao sistema de produção e consumo capitalista estão sendo dadas há muito tempo; e, apesar dos alertas, só agora, com a pandemia de covid-19, essa percepção parece ter se alastrado de maneira mais abrangente. Apesar de o Brasil estar na lista dos maiores consumidores de agrotóxicos do mundo e de possuir uma classe dominante alheia a preocupações sociais, sanitárias e ambientais, o otimismo se justifica pela força das ações apresentadas no corpo deste relato e que apontam soluções reais para redução

das desigualdades e dos vetores de pressão socioambientais.

Na região da Bocaina, comunidades caiçaras, indígenas e quilombolas promoveram ações para proteção das comunidades, baseadas em princípios de sustentabilidade, autonomia e equidade. Essas ações envolveram a elaboração de análises situacionais, a distribuição de cestas básicas agroecológicas, a formação de redes solidárias, a assessoria tecnopolítica e jurídica, assim com a comunicação sobre a pandemia. Esses princípios podem compor um novo modelo de sociedade, reduzindo desigualdades e injustiças por meio da promoção da autonomia, da equidade e da sustentabilidade.

Para pensar em novas sociedades possíveis pós-crise, a dimensão da sustentabilidade é imprescindível e ocorreu por meio da ecologia de saberes, que gerou novos conhecimentos baseados em espaços coletivos de gestão e trocas entre pesquisadores comunitários e acadêmicos e das redes de solidariedade e valorização de práticas agroecológicas, como o retorno das roças e fortalecimento da pesca artesanal.

A equidade foi buscada pela redução de iniquidades e de disparidades no acesso aos recursos, serviços e direitos, respeitando a diversidade e envolvendo segmentos étnicos distintos (quilombolas, indígenas, caiçaras), promovendo protagonismo feminino e juvenil e combatendo a vulnerabilidade, por enfocarem a proteção de populações excluídas e com indicadores socioeconômicos críticos. De forma similar, por promoverem a intersectorialidade, envolvendo atores de distintas inserções (governamentais, sociais e acadêmicas).

Por fim, observou-se um processo de fortalecimento da autonomia dos atores envolvidos, com empoderamento deles, à medida que houve protagonismo dos representantes do FCT e das comunidades; e da participação social, com o envolvimento dos atores nas decisões tomadas.

Assim, as ações descritas nestes Relatos da Quarentena evidenciaram que os modos

de vida das comunidades tradicionais podem inspirar novas formas de habitar o planeta por permitirem maior valorização da vida humana e uma relação mais sustentável e solidária entre os seres humanos e entre estes e a natureza. Esse modo de vida sustentável e saudável se relaciona diretamente com as dimensões da promoção da vida e da saúde conforme se entende a saúde não como ausência de doença, mas como presença de bem-estar físico, mental, social e econômico determinados socialmente.

Destaca-se a importância das organizações da sociedade civil, das instituições públicas e do Sistema Único de Saúde na prevenção, promoção e atenção à saúde durante a pandemia. A Fiocruz, por meio de sua parceria com o FCT, demonstrou a importância do exercício da tecnociência solidária na busca soluções sanitárias, sociais, econômicas e ambientais para a crise.

Voltando à avaliação inicial feita na introdução destes relatos sobre as estratégias desenvolvidas, que indicam para a humanidade ‘que outro mundo é possível, que o caminho para a sustentabilidade socioambiental’ talvez seja ‘reconciliar o ser humano com sua natureza; que a desigualdade, a exploração, a degradação ambiental e as assimetrias sociais não são naturais nem normais’; assim como à pergunta inicial: ‘Tudo que era sólido desmanchou-se no ar. O que vamos construir em seu lugar?’, pode-se afirmar que poucas oportunidades – ou talvez nenhuma – na história da humanidade abriram possibilidades tão significativas para a reconciliação com a natureza e com a humanidade na jornada da vida.

A responsabilidade histórica e sua dimensão planetária cabem a todas e todos que cotidianamente constroem o futuro. Uma vez que se aprende com o modo de vida tradicional e a ele associam-se às dimensões positivas do pensamento científico e tecnopolítico, embasado na tecnociência solidária e no *buen conocer*, e utilizam-se estratégias de governança viva para o Bem Viver, talvez ainda se tenha a chance de sobreviver ao antropoceno e ao capitalismo.

O vírus escancarou a crueldade do mundo ordenado pelos condôminos globais, e haverá insustentabilidade da vida se essa ordenação for continuada. Além disso, desmascarou impiedosamente ignorantes e mal-intencionados. No entanto, o vírus não age conscientemente. A consciência crítica, transformadora, revolucionária é um atributo, uma qualidade humana – e é responsabilidade de cada pessoa. Solidariedade ou barbárie? Qual é a sua opção?

Colaboradores

Gallo E (0000-0002-1949-0738)* contribuiu para concepção, desenho do trabalho, redação

e revisão crítica do manuscrito. Andrade AMC (0000-0002-2174-5437)* contribuiu para concepção do trabalho, interpretação e análise dos dados com base em debates conceituais, revisão e aprovação do resultado do artigo. França IA (0009-0006-7200-7852)* contribuiu para concepção, interpretação e análise dos dados do manuscrito com base em debates conceituais. Cananéa MA (0009-0002-8834-4715)* contribuiu para escrita, coleta de relatos e de informações em campo do manuscrito. Ninis AB (0000-0001-8158-3209)* contribuiu para revisão do manuscrito. Cardoso LVB (0000-0002-0870-6468)* contribuiu para concepção e escrita dos resultados do manuscrito. ■

Referências

- Engels F, Marx K. O manifesto comunista. 5. ed. São Paulo: Ed. Paz e Terra; 1999. 65 p.
- Kopenawa D, Albert B. A queda do céu: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras; 2015.
- Cunha MC, organizadora. Patrimônio imaterial e biodiversidade. Revista do IPHAN. 2005;32(36).
- Ladeira MI. Guarani Mbya. Povos Indígenas no Brasil [Internet]. 2003 [acesso em 2023 maio 28]. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Guarani_Mbya
- Mauss M. Sociologia e Antropologia, com uma introdução à obra de Marcel Mauss, de Claude Lévi-Strauss. São Paulo: EPU; 1974.
- Acosta A. O Bem Viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Autonomia Literária/Elefante; 2016.
- Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.
- Popygua TSV, Ekman A. Yvyrupa: a terra uma só. São Paulo: Hedra; 2017.
- Bauwens M. Cada Vez que a civilização está em crise, há um retorno aos bens comuns. Revista Resiliência [Internet]. 2019 out 29 [acesso em 2023 maio 28]. Disponível em: <https://www.resilience.org/stories/2019-10-29/every-time-a-civilization-is-in-crisis-there-is-a-return-of-the-commons/>
- Faraoni Freitas Setti A, Gallo E. Promoção da saúde e desenvolvimento sustentável: proposta de matriz de avaliação qualitativa de projetos locais. Saúde debate [Internet]. 2009 [acesso em 2023 maio 28];33(83):407-419. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345800008>
- Dagnino R. “Ciência e tecnologia para a cidadania” ou adequação sócio-técnica com o povo? Rev Tec

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Soc. 2009;5(8). DOI: <http://dx.doi.org/10.3895/rts.v5n8.2529>
12. Santos M. O território e a constituição. *Rev Adm Pública* [Internet]. 1986 [acesso em 2023 maio 28];20(4):65-69. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9971>
 13. Castells M. *Sociedade em Rede. A era da informação: economia, sociedade e cultura*. São Paulo: Paz e Terra; 1999. v. 1.
 14. Tuan Y. Space and place: humanistic perspective. In: Gale S, Olsson G, editors. *Philosophy in Geography*. Springer, Dordrecht: Theory and Decision Library; 1979. p. 387-427. v. 20. DOI: https://doi.org/10.1007/978-94-009-9394-5_19
 15. Matus C. *Teoria do jogo social*. Ed. São Paulo: Fundap; 2005.
 16. Adorno T, Horkheimer M. *Dialética do Esclarecimento*. Rio de Janeiro: Zahar; 1985.
 17. Habermas J. A nova intransparência. A crise do estado de bem-estar social e esgotamento das energias utópicas. *Novos Estudos CEBRAP*. 1987;18:103-14.
 18. Habermas J. *Teoria de la acción comunicativa*. Madrid: Tacurus; 1987.
 19. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1967.
 20. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
 21. Dias AP, Brandão ACB, Aleixo B, et al. Territórios sustentáveis e saudáveis: experiências de saúde ambiental territorializadas: marco teórico-volume 1. Brasília, DF: Funasa; 2021.
 22. Gallo E, Castro JD, Costa JC, et al. Saúde, desenvolvimento e globalização. *Saúde debate* [Internet]. 2005 [acesso em 2023 maio 28];29(71):315-326. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345256008>
 23. Gallo E, Nascimento V. *O Território Pulsa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
 24. Setti AFF, Gallo E. Avaliação em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável: Proposta de Abordagem e Tecnologias de Análise. In: Gallo E, Nascimento V. *O Território Pulsa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019; p. 44-58.
 25. G1. Praias ficam cheias no feriado em Ubatuba e maior parte dos banhistas ignora uso da máscara. *G1 Vale do Paraíba e Região* [Internet]. 2020 set 10 [acesso em 2020 set 11]. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/vale-do-paraiba-regiao/noticia/2020/09/07/praias-ficam-cheias-no-feriado-em-ubatuba-e-maior-parte-dos-banhistas-ignora-uso-da-mascara.ghtml>
 26. Paraty (RJ), Secretaria Municipal do Meio Ambiente. Decreto nº 046 de abril de 2020. Dispõe sobre retorno gradual das atividades comerciais suspensas ou restritas por meio dos Decretos Municipais publicados para o enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente do COVID-19. *Diário Oficial do Município de Paraty*. 30 Abr 2020.
 27. Ministério Público Federal (BR). Recomendação nº 08/2020/6ªCCR/MPF [Internet]. 6ª Câmara de Coordenação e Revisão – Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais. Brasília, DF: MPF; 5 maio 2020 [acesso em 2023 maio 28]. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/documentos-e-publicacoes/recomendacoes-2017/recomendacoes-6ccr/Recomendao08_2020_6CCRM PFPGR00168740.2020.pdf/at_download/file
 28. Oxfam Brasil. *A desigualdade mata* [Internet]. Oxfam Brasil. 2022 [acesso em 2023 maio 28]. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/a-desigualdade-mata/>
 29. Lagrou E. Nisun: a vingança do povo morcego e o que ele pode nos ensinar sobre o novo coronavírus. *Blog da Biblioteca Virtual do Pensamento Social* [Internet]. 2020 abr 13 [acesso em 2023 maio 28]. Disponível em: <https://blogbvps.com/2020/04/13/nisun-a-vinganca-do-povo-morcego-e-o-que-ele-pode-nos-ensinar-sobre-o-novo-corona-virus-por-els-lagrou/>

30. Chakrabarty D. The climate of history: four theses. *Critical Inquiry*. 35(2):197-222. DOI: <https://doi.org/10.1086/596640>
 31. Chakrabarty D. Postcolonial studies and the challenge of climate change. *New Literary History*. 2012;43(1):1-18.
 32. Latour B. *Jamais fomos modernos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34; 2009.
 33. Latour B. *Diante de Gaia: oito conferências sobre a natureza no antropoceno*. São Paulo: Ubu Editora; 2020.
 34. Danowski D, Castro VE. *Há Mundo Por Vir?* São Paulo: Instituto Socioambiental; 2014.
 35. Haraway D. Antropoceno, Capitaloceno, Plantationceno, Chthuluceno, fazendo parentes. *ClimaCom Cultura Científica*. 2016;3(5):139-146.
 36. Tsing A. *Viver nas ruínas: paisagens multiespécies no Antropoceno*. Brasília, DF: IEB Mil Folhas; 2019.
 37. Ferdinand M. *Uma ecologia decolonial: pensar a partir do mundo caribenho*. São Paulo: Ubu Editora; 2022.
 38. Marras S, Taddei R, organizadores. *O Antropoceno: sobre modos de compor mundos*. Belo Horizonte: Fino Traço; 2022.
 39. Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, et al. *Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Expressão Popular; 2015.
-
- Recebido em 15/06/2023
Aprovado em 17/01/2024
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve
- Editores responsáveis:** Ricardo Moratelli e Bruna Drumond Silveira

Território e saúde: apontamentos conceituais para a proposta de territórios sustentáveis e saudáveis

The territory and health: conceptual notes for the proposal of sustainable and healthy territories

Maurício Monken¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18721P

RESUMO Este artigo objetivou discutir o potencial analítico e operacional do conceito de território para formulação de propostas que visam promover a criação de territórios sustentáveis e saudáveis. O debate acerca desse conceito tem relação com o processo de globalização e suas redes de relações socioeconômicas que vêm produzindo ao longo das últimas décadas novos espaços de conflitos e de ressurgimento de identidades. A globalização desses espaços tem intensificado as desigualdades sociais e de saúde promovendo fluxos, mas, ao mesmo tempo, barreiras para as relações humanas. Território-rede se configura como a criação de uma forma espacial que reúne diversos territórios simultaneamente e está associado a poder, propriedades micro e macropolíticas das relações sociais que se manifestam a partir da territorialização dos atores sociais. Formas de conceber território surgem relacionadas à escala do corpo ampliando a sua compreensão como sinônimo de espaço de vida, humano e não humano, em uma perspectiva relacional e indissociável. O conceito de território contribui para abordagem dos territórios sustentáveis e saudáveis como base de análise e de atuação para interação e cooperação solidária entre o corpo do indivíduo, a sociedade, os seres vivos e o planeta, fundamentos para práticas emancipatórias e produtoras de autonomia e de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Território. Sustentabilidade. Promoção da saúde. Globalização. Saúde.

ABSTRACT *This article aims to discuss the analytical and operational potential of the concept of territory to formulate proposals and promoting the creation of healthy and sustainable territories. The debate about the territory concept is related to the globalization process and the networks of socioeconomic relations that have been shaping new spaces, producing conflicts and raising local identities. Globalization and these spaces have been aggravating social and health inequalities, promoting flows but also building barriers for human relations. The relationship territory-network is a process of production of a new spatial form that brings together several territories simultaneously and is associated with power, the micro and macropolitical properties of social relations that manifest themselves from the territorialization of social actors. Ways of conceiving territory arise from the body, expanding the scale and its understanding as a synonym of living space, human and non-human, in a relational and integrate perspective. The concept of territory contributes to the approach of healthy and sustainable territories as a basis for analysis, action, interaction, solidarity and cooperation among the individual's body, society, living beings and the planet, which are the foundations for emancipatory practices and producers of autonomy and health.*

KEYWORDS *Territory. Sustainable. Health promotion. Globalization. Health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro, Brasil.
mauricio.monken@fiocruz.br



Introdução

Nas últimas décadas, diversos fatores vêm reforçando a importância de uma abordagem centrada no conceito de território na saúde coletiva e em outros setores de atividades. Esse conceito tem sido utilizado em estudos de vários campos do conhecimento sobre situações e realidades da vida social, especificamente como base material e imaterial para organização de ações sustentáveis sobre os problemas ambientais e as necessidades sociais de saúde das populações.

O geógrafo Rogério Haesbaert¹ ressalta que algumas modalidades de conceitos nos ajudam a propor práticas e a nos aproximarmos da realidade da vida humana, seus fenômenos e, com isso, organizar formas de ação. Tais conceitos podem ter significado importante para os seres humanos no sentido de ajudar nas práticas sociais cotidianas e vir a ter potencial para contribuir para a organização de ações no sentido da própria reprodução social.

Nesse panorama, eles podem estar relacionados, por um lado, com a possibilidade de contribuir para a solução de problemas e, por outro, de acrescentar algo de novo em acordo com a capacidade de ação que os seres humanos possuem. Na maioria das vezes, ajudam diretamente na vida social, possibilitando nosso dia a dia com sua capacidade de explicação e de dar sentido aos atos do cotidiano. No uso dado pelo senso comum, podem ser utilizados para manutenção da vida e da própria existência. Devido à praticidade que o conceito adquire no seu uso recorrente, pode contribuir para o campo das ciências humanas em análises sobre o reconhecimento dos fenômenos e das situações da vida social, bem como assumir caráter operacional para atuação e intervenção na realidade social, tornando-se base para propor formas de ação¹.

O conceito de território tem potencial analítico e oferece outros elementos para formulação de normas e caminhos possíveis de ação em várias áreas ou setores de atuação humana. Juntamente com conceitos geográficos, como

de espaço e lugar, expressa formas de ver e de viver o mundo pela sociedade humana como a primeira e base de todas as condições de vida. Os seres humanos são espaciais em sua essência, viver é produzir, apropriar e experimentar o espaço².

O movimento de valorização da dimensão espacial da sociedade se acelerou nos últimos tempos, especialmente com o advento da internet a partir do início da década de 1990, tendo efeitos, sobretudo, em termos da reflexão teórica e com raízes concretas que remontam também aos movimentos culturais e ecológicos dos anos 1960-1970.

Conhecida como ‘virada espacial’¹ das ciências humanas, o território vem se tornando categoria operacional e de análise, particularmente, quando se trata da ligação entre saúde, ambiente e desenvolvimento. A emergência do território e dos conceitos geográficos aconteceria porque estaríamos vivendo agora a “época da simultaneidade, da ‘justaposição, do perto e do distante, do lado a lado, do disperso’”³⁽³²⁾ que, com o advento da internet e dos satélites artificiais que monitoram a superfície do globo terrestre, vem transformando a percepção e a apropriação do território.

No entanto, essa revalorização do território no diálogo entre as ciências humanas sofre com alguns vícios de uma concepção de território que expressa uma condição humana universal. Certamente, traduz uma percepção muito eurocentrada ‘independentemente de contextos, culturas do corpo e relações de poder entre corpos’⁴, forma trazida pela concepção de território-corpo³, desprezando concepções de ver o mundo de culturas que foram subjugadas no processo de colonização que aconteceu ao longo dos últimos séculos, principalmente nas Américas e na África.

Nesse sentido, este artigo tem como objetivo reafirmar o território como conceito orientador de propostas de intervenção para superar as críticas existentes sobre os modelos de políticas atuais que apontam para um distanciamento da realidade socioambiental por parte dos seus formuladores. Tem como suporte a

proposta de criação de territórios sustentáveis e saudáveis, e como caminho indicado para superar esse desafio, a democratização das decisões da ação com os indivíduos e atores atuantes no território para que sejam sujeitos na formulação das propostas de intervenção. Para que isso aconteça, sugerimos formas de conceber o conceito de território, no sentido de sua potência para ‘fazer emergir as suas vozes’⁵, de apreender os contextos de vida e saúde e de situar, simultaneamente, o território da política a ser implementada e o espaço significativo das ações propostas.

Apesar de o território ter, ao longo do tempo, uma variedade de entendimentos, sugerimos concepções associadas a um conjunto de temas que dialogam entre si dando suporte às melhores formas de ‘ouvir as vozes do território’⁵ para aplicação da proposta de territórios sustentáveis e saudáveis.

Não definimos a ideia de sustentabilidade oriunda da ecologia, que advoga que o limite natural que cada ecossistema suporta se relaciona diretamente com a extração de seus recursos. Essa concepção neomalthusiana sobre superpopulação e pressão sobre os recursos naturais tem sido cada vez mais substituída pelo entendimento de território como o conceito que permite compreender as especificidades das situações provocadas pelo desequilíbrio de forças entre os atores e aplicar propostas de desenvolvimento mais justas para cada localidade⁶. Da mesma forma, temos como princípio o conceito ampliado de saúde que considera a determinação social da saúde como estruturante do conhecimento e das práticas envolvidas no processo saúde-doença.

O processo de globalização: fim ou retorno do território?

Milton Santos⁷ assinala que vivemos, atualmente, com uma concepção de território herdada da Modernidade com contribuições

importantes para a criação do Estado-Nação inserindo uma noção jurídico-política para esse conceito. No entanto, esse não é um conceito puro, e sim um híbrido, devendo haver uma revisão de seu sentido para entendê-lo e que deve ser contextualizado historicamente. Para ele, o que vivemos hoje é uma “interdependência universal dos lugares [...] uma nova realidade do território”⁸, fruto do processo capitalista de produção e expansão dos processos produtivos e de finanças por toda parte do planeta. Esse movimento desestrutura a diversidade de contextos de vida e os ecossistemas, eliminando fronteiras e territórios, e ameaça a existência da diversidade ecológica.

Debates muito frequentes há algumas décadas, com posições distintas e antagônicas acerca dos processos sociais, indicam, de um lado, o fim do território² e, de outro, autores que assinalam que, na verdade, é um movimento de retorno⁸ como categoria essencial para a compreensão de processos e situações sociais.

Haesbaert² apresenta as principais análises acadêmicas sobre o fim dos territórios que se destacaram nas últimas décadas. Uma delas é o chamado hibridismo cultural, que enfatiza que, com a globalização, não haveria mais identidades de grupos sociais definidos claramente em suas fronteiras, como se não pudesse haver a criação de territórios a partir desse mesmo hibridismo, como uma nova forma de vínculos socioculturais entre pessoas, tanto de pertencimento como de apropriação singular dos espaços ressignificando as práticas cotidianas nos territórios.

Na dimensão política, difunde-se que o Estado está se debilitando com o suposto fim das fronteiras proporcionado pela globalização das ações das empresas multinacionais e do capital financeiro. Esse argumento denota uma visão restrita de território e, conseqüentemente, de poder, como se fosse um atributo ligado apenas ao ator Estado. Alega-se que a sociedade em redes⁹, na qual as relações sociais e de mercado se dariam fundamentalmente sem contiguidade física, faria com que as redes dominassem os espaços de fluxos, levando a

narrativa de que não haveria mais fixação e estabilidade territorial pela sociedade.

Diretamente relacionado com essa argumentação para o fim dos territórios, situa-se a justificativa econômica de que a modernidade capitalista é um processo essencialmente de eliminação dos territórios cuja ideia principal no atual estágio é a produção espacialmente flexível. Grandes empresas multinacionais contemporâneas possuem um potencial de mobilidade espacial sobre a produção e realizariam um processo de deslocalização da produção industrial globalizando suas cadeias produtivas, financeiras e de consumo.

Decerto, esses argumentos sobre o fim dos territórios contidos nas dimensões mencionadas podem trazer a ideia de um movimento de desterritorialização² da sociedade. No entanto, contribuições filosóficas² assinalam que esse movimento deve ser compreendido, na verdade, como linha de fuga, de saída de território, de um devir com o aparecimento do novo sempre em constante processo de reterritorialização dos processos sociais.

Como vimos, Santos⁸ assinala que esse conceito vem, na prática, tendo um retorno no seu uso, tanto na academia, nos movimentos sociais, na produção, na organização do trabalho, como na vida social de populações. Para ele, o processo de globalização da economia, com a expansão e a incorporação intensa de tecnologias em redes de cadeias produtivas e de finanças em todos os lugares do planeta, com apropriação de recursos locais e intensificação de fluxos de circulação e de troca de informações, materialidades e pessoas, efetua alterações locais com consequências avassaladoras no ambiente, na vida social, na cultura e na política¹⁰.

Esse processo afeta inclusive a propagação de doenças, patógenos (vírus e bactérias) e agentes químicos de potencial tóxico, exigindo, principalmente dos governos – e da sociedade civil organizada –, vigilância e promoção da sustentabilidade dos lugares para enfrentar os problemas e dar melhores condições de vida às populações da cidade, das águas, do campo e da floresta^{10,11}.

Ao contrário de homogeneizar e eliminar os territórios, a globalização vem produzindo novos espaços de conflitos e de identidades, intensificando as desigualdades sociais e promovendo fluxos e barreiras. A globalização não eliminou diferenças, e sim as explicitou nos territórios como forma de resistência¹². As fronteiras se mostram hoje mais presentes e seletivas ao movimento de pessoas, mercadorias e tecnologias, de forma dura para bloquear os movimentos para o trabalho, mas de maneira leve e suscetível à transposição do capital e do dinheiro. Muitas dessas fronteiras são materiais e reguladas pela ação do Estado; outras são dificilmente reconhecidas por atores sociais externos, porque são invisíveis e sujeitas a normas e limites informais. Os problemas ambientais, em muitos casos, manifestam-se de forma diferente em cada lugar devido ao processo de globalização ocasionado pelas cadeias produtivas das empresas em escala mundial. Eles têm origem, segundo a lógica de mercado, na apropriação de recursos e das vantagens locais e, principalmente, por se aproveitar de legislações ambientais e trabalhistas falhas nos diversos territórios onde se localiza. Dependem ainda das condições sociais, características dos ecossistemas, do terreno, do clima, bem como da estrutura política e até mesmo da organização comunitária existente. Não por acaso, movimentos identitários nos territórios estão voltados de forma radical para a promoção de políticas de desenvolvimento sustentável e de melhoria nas condições de vida das populações, especialmente das periferias e favelas, da floresta, do campo e das águas¹³.

Os sentidos do território e o processo de territorialização em saúde

Desde o final da Idade Média (500-1500 d.C.), o território vem sendo usado para fins de organização de ações e cuidados de saúde. No Brasil,

a partir do início do século XX, o território foi reconhecido como uma forma de organizar as ações de saúde pública voltadas aos indivíduos (vacinação e profilaxia para prevenir algumas doenças) e às coletividades (saneamento e embelezamento das cidades). Ao longo desse período, os sistemas e a rede de serviços de saúde se organizaram, progressivamente, em base territorial, tendo lógicas e ordenamentos espaciais bastante diferentes¹⁴⁻¹⁶.

Território é o conceito que dá base material e simbólica para existência humana, é onde a vida e os corpos das pessoas são produzidos. Para que a vida aconteça, pessoas e grupos sociais se apropriam e adequam diferentes formas de produção, uso e representação dos espaços, lugares e ecossistemas.

Nas últimas décadas, passamos de um período histórico em que o território era compreendido como área ou zona para outro que entende que a ‘interdependência dos lugares’⁸ vem caracterizando mais esse conceito como território-rede². Trata-se de um fenômeno de intersecção entre esses dois conceitos que compreende a possibilidade atual de criação de multiterritórios em superposição de apropriações pelos diversos atores sociais ao mesmo tempo, além de uma percepção simultânea dos acontecimentos cuja ideia de rede nos ajuda a entender.

Os territórios-rede ou rede de territórios² não se configuram como o fim dos territórios, mas sim como outra forma que reúne diversos territórios, intensificando vivências de uma multiplicidade deles que faz os acontecimentos se darem simultaneamente, ou seja, ao mesmo tempo. O ressurgimento das fronteiras é o fenômeno associado a esse movimento. É um conceito diretamente relacionado com o de território, que pressupõe sempre uma delimitação dos espaços.

Outro conceito central associado ao entendimento de território é o de poder. Ele está na essência do que acontece nas relações sociais de apropriação, produção, uso e representação sobre o espaço geográfico. Poder é a capacidade com que todos os atores sociais – e

não somente o Estado – exercem apropriação, ação ou projeto particular na disputa de ideias, intenções e desejos a outras pessoas, grupos, instituições. As organizações sociais, culturais, religiosas, o poder público, as empresas – industriais, agrícolas, comerciais e de serviços, nacionais e multinacionais –, a população, os movimentos sociais e as Organizações Não Governamentais (ONG) possuem poder e o exercem de acordo com seus interesses e projetos, bem como com sua capacidade de fazer com que ele aconteça e se materialize nos territórios^{10,16}.

Todos têm papel decisivo na produção das práticas cotidianas como base para seus projetos de vida e trabalho, com seus problemas e potencialidades, (re)produzindo suas condições de existência no território. Ter poder de exercer ações possibilita a determinados atores sociais, como o Estado e seus setores de governo e empresas, criar formas de planejar e impor, de acordo com seus projetos, normas de apropriação e usos dos espaços.

O setor saúde, em especial, o Sistema Único de Saúde (SUS), organiza-se para atender e planejar políticas de forma territorial ao definir áreas de abrangência para os serviços de saúde e de estabelecer regiões para organizar a assistência integral aos usuários. A regionalização (territorialização) é um dos princípios organizativo-assistenciais mais importantes da gestão do SUS, estruturado a partir das capacidades instaladas e necessárias para a oferta de serviços de atenção à saúde. A delimitação do território demarca áreas de atuação, intervenção, controle e alcance de responsabilidade de instituições do Estado, como a cobertura de serviços de saúde e de outros setores. Entretanto, os serviços de saúde, ao organizar suas práticas, deve levar em conta regras de convivência definidas na micropolítica entre as pessoas nos territórios, já que podem existir formas de restrição à atuação das equipes de saúde e do próprio acesso da população, impedindo inclusive a sustentabilidade da vida social no cotidiano, interferindo na saúde da população^{10,11}.

A sociedade, ao se apropriar do espaço e criar territórios, estabelece regras formais e informais de uso e de poder para o controle da convivência social¹⁶. As regras sociais formais são as leis escritas, os macropoderes – como a Constituição Federal e todo o aparato regulatório jurídico do Estado –, os regulamentos de instituições públicas e privadas e os seus regimentos internos, que ordenam seu uso e suas interações no território. As regras sociais informais não estão escritas. Constituídas como micropoderes, não são leis jurídicas, mas toda população as reconhece e as segue quando aceitas pelo coletivo. Essas regras são aprendidas na prática e nas estratégias de convivência, dentro de um grupo ou comunidade, institucionalizando-se e tornando-se práticas sociais cotidianas, como as leis escritas e estabelecidas juridicamente^{10,16}.

A apropriação e o uso do território acontecem com base na capacidade dos atores sociais de exercer algum tipo de interação que propicie construir identidade, regras, vínculos, normas e ordenamento territorial. Ao se estabelecerem em um lugar, iniciam a territorialização de suas histórias, hábitos, normas, costumes, pertences, projetos, desejos e incertezas que definirão, em contextos de convivência entre os diferentes atores, as formas pactuadas entre eles de apropriação e uso dos espaços¹⁶.

O processo de territorialização das ações realizadas pelos diferentes atores sociais se dá de forma simultânea no território, ou seja, tudo acontece ao mesmo tempo, podendo gerar tanto reciprocidade quanto conflitos de interesses decorrentes de interações diversas. Pactos e disputas se materializam e organizam o território da maneira mais adequada aos objetivos de cada um, dando contornos específicos de condições de vida e trabalho, o que pode determinar o estado de saúde das populações. Esses processos suscitam constantes transformações, que se concretizam por meio da sobreposição de várias intenções de uso e controle do

território por diferentes atores ao mesmo tempo. Nos processos de territorialização, os atores sociais vivem seu cotidiano em constante esforço coletivo para permanecer no território. Nesse movimento, alguns sofrem ou são submetidos a pressões e contingências ou até mesmo possuem desejos que podem levar à perda, à expulsão ou à saída do território. Muitas vezes, pode haver situações de precarização socioeconômica no sentido mais básico da manutenção da vida material da própria existência ou situações de insustentabilidade ambiental nas quais determinados atores perdem acesso ao território e se desterritorializam^{11,16}.

Formas de conceber território surgiram nas últimas décadas relacionadas com a escala do corpo. Tal concepção de “corpo-território”³⁽¹⁶³⁾ é proveniente de proposições de cunho ecofeministas e do movimento indígena latino-americano. Nesse sentido, autores chamam atenção para o poder da corporeidade no exercício da vida cotidiana e como sujeito de resistência, principalmente em relação às violências físicas e psicológicas de todo tipo.

As questões de gênero, permeadas pelo patriarcado e pela desigualdade de poder e de dominância, estruturam a diferença desigual entre homens e mulheres, reproduzem diferentes territórios e relações que colocam a importância da resistência a partir de seus corpos violentados e produzidos como forma de luta. O papel da mulher em comunidades vulnerabilizadas é fundamental para criação de estratégias de atuação, redes de solidariedade e na produção de territórios saudáveis e sustentáveis¹⁷.

A percepção da relação entre corpo e território é compreendida frequentemente no diálogo com os movimentos sociais, suas identidades e seu uso como instrumento de luta e de transformação social que acontece de modo mais recorrente quando se trata de povos originários. A abordagem de território-corpo amplia a compreensão fazendo do corpo sinônimo de espaço de vida, humano e não humano, em uma

perspectiva relacional e indissociável. Essa maneira de conceituar território coloca o corpo não de forma neutra e universal, mas associado às interseccionalidades de gênero, cor/raça, geração, orientação sexual – além da faixa etária e da classe –, colocando, assim, sua influência no processo saúde-doença, bem como da sustentabilidade das ações no território³.

‘O corpo não apenas está no espaço, ele é espaço’, como ‘uma superfície [de inscrição], [...] marcada e transformada pela nossa cultura’, como um ‘ser sensível, a base material da nossa conexão com e da nossa experiência no mundo’³⁽¹⁶⁵⁾.

Antes de produzir efeitos no âmbito material e de se reproduzir transformando, usando e representando o território, cada corpo vivo é ele mesmo um território e tem seu espaço: ele se produz e produz o território nas relações com os outros. No decorrer da vida, os corpos se tornam relacionais, territorializados de maneiras específicas e são constituídos por relações entre, dentro e para além deles; “territorializados através de escalas, fronteiras, geografia, geopolítica”³⁽²⁰⁷⁾.

Relacionar corpo e território é “pensar em como nossos corpos estão unidos aos territórios que habitam”³⁽⁵²⁾. Corpo é, antes de tudo, o primeiro território, carregando em si mesmo a história de construção de suas condições de vida e a importância dos espaços do cotidiano, da vida local, como aquele que mais direta e incisivamente nos afeta construindo nossa bagagem de poder. Ainda que em escalas do cotidiano, proporcionam os primeiros e cruciais impulsos para o avanço em direção a outras escalas de emancipação³.

As ações sustentáveis e saudáveis devem se inscrever nos corpos, constituindo recursos e poderes de ação no espaço banal⁷ da vida cotidiana, tornando possível que as determinações sociais da saúde mais próximas de nossa existência incidam sobre as condições de vida da população.

Integrando temas e conceitos na produção de territórios sustentáveis e saudáveis

O capitalismo globalizado e seu modelo de desenvolvimento ainda hegemônico se mantém na sua forma mais cruel e preponderante nos países periféricos. Ele disseminou pelo mundo padrões de produção e consumo injustos e insustentáveis, bem como aspectos culturais como o individualismo e a financeirização da vida¹⁸. Ademais, vêm tornando cada vez mais agudas as desigualdades sociais e as diferenças econômicas entre os territórios. Situação que, em tempos atrás, era vista como tipicamente de países periféricos, torna-se, atualmente, cada vez mais uma crise mundial, em que se verifica o fenômeno da periferização do mundo¹⁹. Esse movimento exige vigilância permanente dos governos e da sociedade civil com ações sustentáveis que promovam a equidade e a autonomia dos territórios para enfrentar os problemas e dar melhores condições de vida às populações das cidades, das águas, do campo e da floresta²⁰.

Um dos efeitos nefastos e de insustentabilidade disso se refere aos graves problemas causados pelas mudanças climáticas que atingem, de uma forma ou de outra, todos os territórios do mundo. Elas impactam os territórios em processos amplos, entretanto, se somam às alterações meteorológicas, ecológicas e microclimáticas.

Outra questão importante relacionada com a sustentabilidade e a promoção da saúde no território se refere à segurança alimentar. A questão central está nas diferentes formas de produção agrícola e de seus efeitos na saúde coletiva – desde o uso insustentável de incrementos químicos e agrotóxicos, como acontece largamente no modelo de produção do agronegócio, até em formas de agricultura orgânica de base familiar e na agroecologia, que estruturam os territórios urbanos e do campo em outras bases de produção e cooperação gerando novas formas de democracia²¹.

Um novo modelo de desenvolvimento deve se impor; e que leve em conta a construção de uma perspectiva sustentável e saudável na qual o território tem um papel teórico e prático importante ao permitir formas de elaboração de propostas ascendentes, em que cada local e seus saberes específicos realizem o empoderamento da população com autonomia, equidade e sustentabilidade^{22,23}. Conforme Machado et al.²⁴⁽²⁴⁶⁾, são:

[...] territórios onde a vida saudável se realiza por ações comunitárias e de políticas públicas que interagem no sentido do desenvolvimento regional e local sustentável, em suas dimensões ambientais, culturais, econômicas e sociais.

Trata-se de uma concepção que leve em conta fundamentos que remontam à história da saúde pública, como na medicina social latino-americana e a saúde coletiva brasileira, influenciadas pela agenda da promoção da saúde e, posteriormente, pela perspectiva da determinação social da saúde. Tais propostas trazem um enfoque crucial, com a possibilidade de uma análise crítica sobre as condições histórico-sociais que determinam o processo saúde-doença dos territórios e a perspectiva ascendente, a partir do território, que permitirá o diálogo entre saberes e práticas exercidas sobre ele e a reconstituição das categorias sustentável e saudável²².

Uma das agendas para enfrentamento dessa situação são os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que fazem parte da chamada Agenda 2030. Trata-se de um pacto global assinado durante a Cúpula das Nações Unidas em 2015 que defende que é necessário levar o mundo a um caminho sustentável com medidas transformadoras²⁵.

Da mesma forma vem se dando com o conceito de promoção da saúde que paulatinamente se consolida, principalmente por meio de agendas locais do SUS. Esse conceito tem o êxito de incorporar a concepção da determinação social da saúde, as ações intersetoriais, a transdisciplinaridade, os saberes locais, bem

como de criar a possibilidade de maior autonomia dos atores sociais^{23,26,27}.

Um dos aspectos fundamentais para fazer valer esses princípios é a atuação intersetorial como um dos pressupostos de ação. O território como totalidade social é o elemento integrador da atuação intersetorial da gestão pública. Ele pressupõe a definição e a estruturação de políticas públicas sustentáveis e saudáveis integradas, que possibilitam pensar na saúde em sua compreensão ampliada convergindo agendas, parcerias, integração interescolar em redes e cooperação tecnocientífica^{13,27}.

Um fenômeno social importante na produção de territórios saudáveis com reflexos diretos em sua sustentabilidade se dá pela convivência construída nos processos de vizinhança comunitária, de coexistência entre pessoas e grupos, muitas vezes associadas à solidariedade e ao apoio social para ajuda mútua.

Saberes comunitários organizam redes de solidariedade no território que fortalecem laços e vínculos sociais para o enfrentamento dos problemas e das necessidades de saúde locais, sendo fundamentais para a sustentabilidade da população e nos ‘modos de andar a vida’²⁸.

São relações estratégicas que se organizam para práticas populares, como os ervateiros, as parteiras, os benzedeiros, os curandeiros, os cuidadores informais de idosos e de crianças, de comunicação comunitária, entre outros. Essas relações possuem grande capacidade de mobilizar a população para o enfrentamento de crises sanitárias provocadas por determinadas enfermidades. Além disso, têm papel fundamental na coesão social em situações permanentes de vulnerabilidade social e de insegurança alimentar, produto das desigualdades socioterritoriais, e capacidade de emancipação e de estímulo à autonomia da população para a promoção da saúde, intervindo diretamente nas condições de vida e nos corpos das pessoas. Os atores envolvidos nesse processo produzem sustentabilidade já que dominam elementos simbólicos envolvidos nas tecnologias sociais, na memória

e na linguagem do território para agir sobre a promoção da saúde^{10,11}.

O território, além de sua condição com conteúdo funcional de recurso para a reprodução social, tem na sua apropriação simbólica elemento indispensável para a reprodução da cultura comum das populações. Há aí um forte vínculo entre locais funcionais à sobrevivência física com os ‘recursos necessários’ e locais carregados de simbolismo³.

A identidade territorial é outro fenômeno social que se associa às redes de solidariedade. Tecida no território, é resultado de processos de longa permanência de relações sociais marcadas no espaço-tempo, vinculando questões de pertencimento das pessoas aos lugares de vida. São processos que incorporam práticas culturais, hábitos, comportamentos e atividades econômicas imbricadas nos processos de territorialização. Por essa razão, são fatores estruturantes do território e fundamentais para organização comunitária, nas ações de sustentabilidade e na promoção da saúde para esses lugares.

As características sociais, culturais, ambientais e econômicas que envolvem as identidades territoriais e as representações que a população lhes atribui, tornando-as realidades, interferem nas práticas de promoção da saúde e nas ações sustentáveis. Nesse caso, não podemos separar a dimensão política da cultura e do econômico, como é feito comumente, afastando aquilo que pode ser distinguível, mas não é propriamente separável. A defesa de uma identidade territorial pode estar associada inclusive às disputas por recursos e riquezas, e a necessidade da posse material delas não está descolada do simbolismo e da cultura^{20,29}.

Como vimos, os territórios na contemporaneidade são possuidores cada vez mais de um quadro complexo de superposições simultâneas de territorialização de diferentes atores sociais. O cotidiano se enriquece com novas dimensões e mais densidade nas relações humanas, dado o papel que a informação e a ação comunicativa alcançaram em todos os aspectos da vida social, garantindo o exercício

das mais diversas manifestações de espontaneidade e da criatividade, produto da interação social compartilhada. A comunicação tem um papel importante que se relaciona aos contextos sociais de vida nos territórios, sendo determinante para a convivência local, por meio da “copresença, vizinhança, intimidade, emoção, cooperação e na socialização fruto da interdependência e da contiguidade”³⁰⁽²⁵⁶⁾.

Nesse cenário, as regras sociais locais determinam formas de comunicação específicas que incorporam elementos teóricos e práticos da política e da cultura do território, reconhecendo-os como dispositivos para efetivação/potencialização da sustentabilidade e de ser saudável. O conhecimento das regras, normas e leis que estruturam a ordem e os poderes locais se materializa na cultura e no corpo das pessoas, favorecendo a emancipação e o fortalecimento comunitário³⁰.

A memória, as formas de comunicação e a linguagem do território abrem possibilidades de encontros cooperativos entre as pessoas, fortalecidos pela identidade para construir formas de promoção da saúde e de sustentabilidade específicas. A cultura local, com atores protagonistas dos modos mais tradicionais e diretos de comunicação, baseados nos contatos face a face e na palavra falada³¹ – como igrejas, clubes, grafiteiros, grupos artísticos de dança e música, associações de todos os tipos –, e, como vimos, as redes de apoio que atuam em diversos setores são cruciais para promover saúde e sustentabilidade nos territórios. A cooperação embutida nesses processos é fruto da solidariedade produzida pela interação social em contextos face a face^{31,32}.

A ação e os discursos dos atores que produzem cultura são fundamentais, pois trazem em seus corpos a expressão da identidade local e manifestam a ‘voz dos territórios’⁵. São saberes que transformam relações, produzem artefatos, literatura, música que podem enunciar e subsidiar ideias de cultura não hegemônica que reafirmam os territórios para o enfrentamento dos problemas e reprodução cotidiana sustentada da vida social. Os diversos modos de fazer

cultura e do agir comunicativo envolvido no cotidiano se constituem em um repertório a ser considerado na produção de estratégias de promoção da saúde e de formas sustentáveis de viver no território^{33,34}.

Considerações finais

Os atores hegemônicos, do Estado e das grandes empresas, com suas capacidades de ciência e tecnologia, trazem para os territórios um conhecimento pronto, geralmente construído fora do espaço no qual será implementado com um tecnicismo excessivo do poder, ficando muito aquém de oferecer possibilidades de autonomia e emancipação para a criação de territórios sustentáveis e saudáveis.

Ações pautadas pelo conceito de território nas concepções aqui sugeridas permitem colocar em relevância o papel das práticas cotidianas dos atores sociais da parcela mais vulnerabilizada da população, aquela que mais depende de relações de solidariedade e reciprocidade para sobreviver. Guiados por valores e conhecimentos incorporados nas suas identidades territoriais e dotados de um amplo conhecimento prático sobre suas realidades, ao contrário de atores externos cujos dados científicos não conseguem alcançar, trazem outras formas de fazer a vida por meio de estratégias de convivência social com base na solidariedade, cuja potência pode levar a movimentos de microrresistências, promoção da saúde, bem como gerar sustentabilidade.

Muito além do seu fim, ‘ouvir a voz do território’⁵ e identificar a diversidade de processos de territorialização dos atores sociais permite conhecer o lugar de construção de identidade e vínculo das populações e de seus corpos. Isso consiste em aspectos fundamentais para intervir sobre problemas e necessidades e para afirmar o trabalho territorializado integral entre as equipes de saúde do SUS e as redes de solidariedade da sociedade civil no sentido da promoção da saúde e da sustentabilidade¹¹.

A importância do poder e dos saberes da população para a sustentabilidade e a promoção da saúde dos territórios se exerce na luta cotidiana, na disputa de relações de força entre atores locais e externos. Funciona como uma rede que se espalha na estrutura social com suas micro e poderosas ações e que se localiza em todas as suas partes. A territorialização de espaços de poder no qual se possa agir de forma saudável e sustentável é uma força estrutural que pode criar as condições para emancipação, autonomia e equidade³³ e abalar o domínio de práticas hegemônicas que inviabilizam social e ambientalmente a vida de todos os seres vivos no território³⁵.

No entanto, pensar nas determinações sociais e ambientais sobre o território-corpo nessa perspectiva exige reconhecer sua forma relacional com as dinâmicas, os fenômenos e as influências de outras escalas territoriais. Os macropoderes, que muitas vezes agem visando à submissão dos corpos, faz a resistência cotidiana diretamente afetadas pelas ações sustentáveis e saudáveis ‘bater de frente’ em relação às estratégias de submissão e opressão que nem sempre são visíveis na aparência por estarem na esfera dos micropoderes.

A proposta dos territórios sustentáveis e saudáveis se baseia na interação e na cooperação solidária entre o corpo do indivíduo, a sociedade, os seres vivos de forma geral e o planeta, em uma perspectiva de saúde única fundamentadas em práticas emancipatórias, produtoras de autonomia. Ela é fundamental não apenas como corpo humano, mas também considerando os territórios de outros seres vivos, como os animais. Deve-se então falar na interação entre “múltiplos territórios de vida”³⁽¹⁹¹⁾.

Trata-se, portanto, de um espaço em que tudo vive, onde tudo que configura este mundo está integrado (nunca são tomados como elementos individualizados) e se complementa em uma relação de copertencimento onde todos podem ser vistos como sujeitos³⁽²⁰³⁾.

A ideia que deve prevalecer é a de que a natureza não é um recurso à disposição do ser humano, apesar de ser nos dias de hoje historicizada e apropriada socialmente, mas sim um ente com o qual se estabelecem relações sociais e usos controlados, resultando em relações de produção autônomas, renováveis e autossuficientes³⁶.

O referencial conceitual que pode orientar, portanto, a proposta dos territórios sustentáveis e saudáveis se situa na concepção de território-rede socialmente produzido^{1,30}, associado à determinação social da saúde, à teoria da ação comunicativa³⁶ e às questões de identidade territorial e da solidariedade, para – com base nas necessidades expressas por suas coletividades na escala do cotidiano do território-corpo³, integradora de poderes – promover pactos de autonomia e responsabilização para efetuar a transição do modelo hegemônico^{13,17,22,23,35}.

Mesmo sendo dois processos indissociáveis, a constituição de territórios sustentáveis ordena a construção de territórios saudáveis; assim, a definição dos seus significados só é possível mediante pactos e diálogos entre os atores diretamente envolvidos. Quando constituídos, reforçam as identidades territoriais por meio da ideia de auto-organização e permitem pensar ideologicamente em outro mundo possível que confronte as questões da competitividade, da globalização e da desterritorialização com a perda de poder de ação dos atores sociais locais sobre seus territórios de vida e trabalho^{13,27}.

Colaborador

Monken M (0000-0002-3302-5058)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Haesbaert R. Viver no Limite: território e multi/trans-territorialidade em tempos de insegurança e contenção. Rio de Janeiro: Bertrand; 2014.
2. Costa RH. O Mito da Desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007. 400 p.
3. Haesbaert R. Território e decolonialidade: sobre o giro (multi)territorial/de(s)colonial na América Latina [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Niterói: Programa de Pós-Graduação em Geografia; Universidade Federal Fluminense; 2021 [acesso em 2023 maio 20]. Disponível em: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20210219014514/Territorio-decolonialidade.pdf>
4. Santos BS. O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul. Belo Horizonte: Autêntica; 2019.
5. Brandão M, organizadora. Milton Santos e o Brasil. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
6. Villardi JWR, Monken M, Franco Netto G, et al. Saúde, ambiente, sustentabilidade e Territórios Brasil. In: Fundação Nacional de Saúde. Territórios sustentáveis e saudáveis: experiências da saúde ambiental territorializadas marco teórico. Brasília, DF: Funasa; 2021. p. 39-58.
7. Santos M, Souza MA, Silveira ML. Território: globalização e fragmentação. 5. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Santos M. O Retorno ao Território. OSAL/CLASO [Internet]. 2005 [acesso em 2023 maio 20];6(16). Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>
9. Castells M. Sociedade em Rede. A era da informação: economia, sociedade e cultura. São Paulo: Paz e Terra; 1999. v. 1.
10. Gondim GMM, Monken M. O uso do território na Atenção Primária à Saúde. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
11. Fernandes VR, Luz ZP, Amorim AC, et al. O lugar da vigilância no SUS – entre os saberes e as práticas de mobilização social. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(10):3173-3181. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.1772017>
12. Santos M. Por uma Outra Globalização: do pensamento único à consciência universal. 10. ed. Rio de Janeiro: Record; 2001.
13. Monken M, Barcellos C, Gallo E, et al. Território, Saúde e Sustentabilidade: uma abordagem geográfica. In: Franco Netto G, Rulli J, organizadores. Saúde, ambiente e sustentabilidade: fundamentos, bases científicas e práticas. São Paulo: Hucitec, Fiocruz; 2023. No prelo.
14. Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Unesp, Abrasco; 1994.
15. Monken M, Pereira EM, Fontes R. Territorialização em Saúde e Saneamento. In: Gomes UAF, Pena JL, Queiroz JTM. Caderno de Notas Técnicas: saneamento e suas interfaces: experiências e elucidações para a implantação participativa e inovadora dos Planos Municipais de saneamento Básico [Internet]. Belo Horizonte: Projeto Sanbas; 2022 [acesso em 2023 maio 20]. Disponível em: <https://infosanbas.org.br/download/caderno-de-notas-tecnicas-saneamento-e-suas-interfaces-experiencias-e-elucidacoes-para-a-implantacao-participativa-e-inovadora-dos-planos-municipais-de-saneamento-basico/>
16. Monken M, Gondim GMM. Território: o lugar onde a vida acontece. In: Bornstein VJ, Alencar Â, Leandro BBS, et al., organizadores. Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio Rio de Janeiro: EPSJV; 2016. p. 109-112.
17. Perrot M. Escrever uma História das Mulheres: relato de uma experiência. *Cad Pagu*. 2008;(4):9-28.
18. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Institucional Territórios Sustentáveis e Saudáveis: termo de referência conceitual e metodológico e proposta de governança. Portal Fiocruz [Internet]. jul 2019 [acesso em 2023 maio 20]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/programa/programa-institucional-de-territorios-sustentaveis-e-saudaveis>
19. Paraná E, Tupinambá G. Arquitetura de Arestas: a esquerda em tempos de periferização do mundo. São Paulo: Autonomia Literária; 2022. 268 p.
20. Fernandes VR, Monken M, Gondim GMM, et al. Desnaturalizar as 'endêmias de estimação': mobilização social em contextos das arboviroses no Brasil. In: Salazar LM, Lujan Villar RC, editores. *Globalization and Health Inequities in Latin America*. [local desconhecido]: Springer; 2018. p. 91-106.
21. Gondim G, Monken M. Entendendo o território: uma contribuição para o desenvolvimento da Educação Alimentar e Nutricional no contexto do Programa Bolsa Família. In: Barros DC, Silva DO, Souza LG, et al., organizadoras. *Educação Alimentar e Nutricional no Programa Bolsa Família*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014. p. 14-21.
22. Gallo E. Alienação, inovação e cotidiano organizacional: teses e hipóteses. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Leituras de Novas Tecnologias e Saúde*. Salvador: Ed. UFBA, 2009. p. 1-264.
23. Setti AFF, Gallo E. Promoção da saúde e desenvolvimento sustentável: proposta de matriz de avaliação qualitativa de projetos locais. *Saúde debate*. 2009;33(83):407-419.
24. Machado JMH, Martins WJ, Souza MS, et al. Território

- rios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com Ciências Saúde*. 2017; 28(2):243-249.
25. Nações Unidas Brasil. Roteiro para a localização dos objetivos de desenvolvimento sustentável: implementação e acompanhamento no nível subnacional. Brasília, DF: Nações Unidas Brasil; 2017 [acesso em 2023 maio 20]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/06/Roteiro-para-a-Localizacao-dos-ODS.pdf>
 26. Gallo E, Nascimento V, organizadores. O Território Pulsa: territórios sustentáveis e saudáveis da Bocaina: soluções para a promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável territorializados. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
 27. Gallo E. Territórios Sustentáveis e Saudáveis: desafio teórico-práticos para o bem viver. Brasil. In: Fundação Nacional de Saúde. Territórios sustentáveis e saudáveis: experiências da saúde ambiental territorializadas marco teórico. Brasília: Funasa; 2021. p. 99-124.
 28. Canguilhem G. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
 29. Souza ML. Os conceitos fundamentais da pesquisa socioespacial. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2020. 320 p.
 30. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec; 1996.
 31. Serpa A. Lugar e Mídia. São Paulo: Contexto; 2011.
 32. Monken M. Contexto, território e processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde. In: Barcellos C, organizador. A geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco/Icict/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2008. p. 141-164. (Saúde e Movimento, 6).
 33. Antonello IF, Oliveira APS. O corpo-território: diálogo entre o conhecimento geográfico e a filosofia Foucaultiana. *Perspec Dial*. 2022;9(21):7-28. DOI: <https://doi.org/10.55028/pdres.v9i21.15841>
 34. Habermas J. The Theory of Communicative Action. v. 2. Lifeworld and system: a critique of functionalist reason. Boston: Beacon Press; 1987
 35. Gallo E. Territórios Sustentáveis e Saudáveis: desafios teórico-práticos para o bem viver. Paris: Université Paris 8; 2020.
 36. Gallo E, Freitas LE, Reis R. Flexibilidade, responsabilização e autonomia: o caso da Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos do Ministério da Saúde (Dipe-MS). *Saúde debate*. 2006;30:58-79.

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 06/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Guilherme Franco Netto e Bruna Drumond Silveira

Territórios Sustentáveis e Saudáveis no SUS: a relação intrínseca com a Agenda 2030

Sustainable and Healthy Territories in the SUS: The intrinsic relationship with the Agenda 2030

Paulo Gadelha¹, Vinicius Ameixa¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E19367P

RESUMO O artigo ressalta a vital importância de integrar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 no âmbito do Sistema Único de Saúde, enfatizando a necessidade de ação comunitária e cooperação para promover o desenvolvimento sustentável e a saúde. A territorialização, aliada a tecnologias sociais, é crucial, como evidenciado por iniciativas da Fundação Oswaldo Cruz, destacando a essencialidade dessa abordagem para um futuro equitativo e sustentável.

PALAVRAS-CHAVE Agenda 2030. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This article highlights the vital importance of integrating the Sustainable Development Goals of the 2030 Agenda within the scope of the Brazilian Unified Health System, emphasizing the need for community action and cooperation to promote sustainable development and health. Territorialization, combined with social technologies, is crucial, as evidenced by initiatives from Oswaldo Cruz Foundation, highlighting the essentiality of this approach for an equitable and sustainable future.*

KEYWORDS 2030 Agenda. Sustainable Development Goals. Unified Health System.

¹Fundação Oswaldo Cruz
(Fiocruz) – Rio de Janeiro,
Brasil.
paulo.gadelha@fiocruz.br



A AGENDA 2030, QUE INTEGRA pela primeira vez um documento aprovado por mais de 190 países às dimensões econômica, social e ambiental, é a referência contemporânea mais abrangente para o enfrentamento das crises planetárias sob a ótica da articulação de valores e objetivos voltados para o desenvolvimento sustentável, o enfrentamento das inequidades e a inclusão social. Seu lema ‘Ninguém deixado para trás’ reafirma a centralidade da equidade na busca do alcance dos princípios diretores voltados para Pessoas, Planeta, Prosperidade, Paz e Parcerias (5 Ps).

A condição fundamental para a realização de seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) é sua ‘localização’, contemplando especialmente as populações mais vulneráveis nos territórios onde vivem e trabalham. Como afirmou o Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), António Guterres¹, ‘Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) só serão alcançados se cada comunidade, cidade ou país construir sua própria visão, estratégia e plano para ação territorializada’.

No âmbito nacional, a retomada da Comissão Nacional dos ODS (CNODS) pelo governo federal (Decreto nº 11.704, de 14 de setembro de 2023)² reforça a relevância do tema localização/territorialização e representa o compromisso do governo atual com a busca por um novo modelo de desenvolvimento, garantindo a inclusão e a justiça social com democracia e preservação ambiental.

A localização dos ODS é um processo que não pode ser alcançado por uma abordagem verticalizada. Exige forte agenciamento social e comunitário e cooperação horizontal com instâncias acadêmicas, da sociedade e do Estado, tanto na formulação de prioridades quanto na definição de meios de implementação. O fortalecimento da democracia e uma articulação virtuosa de ciência, sociedade e políticas, integrando ecologia dos saberes e governança compartilhada, nesse contexto, são pré-condições.

O Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, pode desempenhar um papel reitor na implementação dos ODS sob a ótica dos Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde, a ‘Saúde em Todas as Políticas’ e a articulação virtuosa entre saúde e desenvolvimento por meio do direcionamento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis) às demandas sociais e ao desenvolvimento sustentável. Há um enorme potencial para, lastreado nessas referências, desenhar o planejamento interfederativo do SUS de forma a garantir a aterrissagem dos ODS nos territórios.

A expressão territorial da saúde tem também como referência a forte tradição de priorizar a ação local, expressa nos tempos atuais no conceito de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (TSS) que dialoga em total identidade com os princípios da Agenda 2030: TSS podem ser definidos como ‘espaços relacionais’ e de pertencimento, nos quais ‘vida saudável’ se torna possível por meio de ação comunitária e políticas públicas, que interagem e se materializam em resultados que visam alcançar o desenvolvimento local, regional e global em todas as suas dimensões ambientais, culturais, econômicas, políticas e sociais³.

Nesse sentido, o processo de territorialização está fortemente articulado com as Tecnologias Sociais – conforme colocado na ‘Carta da Bahia’⁴ –, que incorporem tecnologias de fronteira, a exemplo da tecnologia digital, adquirindo a característica de ‘Tecnologias Híbridas’⁵, no sentido proposto pela United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD).

Há uma enorme riqueza de experiências em curso de ação territorializada, que na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) estão expressas no Programa Institucional de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (Pitss)⁶, com inovações, dentre as quais destacamos: a governança paritária e participativa, a exemplo do Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina

(OTSS)⁷; a Vigilância Popular em Saúde⁸; as metodologias de cartografia social participativa das vulnerabilidades socioambientais⁹, aplicadas entre outros projetos nas cidades serranas do Rio de Janeiro¹⁰; e os laboratórios colaborativos, estruturados com parcerias entre a academia e as organizações comunitárias¹¹.

Em síntese, a promoção de TSS no SUS, alinhada com a Agenda 2030, é um compromisso

vital para a construção de um futuro mais equitativo e de justiça social e ambiental.

Colaboradores

Gadelha P (0000-0002-5433-049X)* e Ameixa V (0009-0007-3676-2102)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

- Guterres A. Discurso na Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGA). Nova York: ONU; 2023.
- Presidência da República. Decreto nº 11.704, de 14 de setembro de 2023. Institui a Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Diário Oficial da União [Internet]. 15 Set 2023 [acesso em 2024 mar 11]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11704.htm
- Machado JMH, Martins WJM, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com Ciências Saúde*. 2018;28(2):243-49
- Fundação Oswaldo Cruz. 'Carta da Bahia' é apresentada em fórum para o desenvolvimento sustentável. Agência Fiocruz de Notícias [Internet]. 2022 jul 26 [acesso em 2024 mar 11]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/carta-da-bahia-e-apresentada-em-forum-para-o-desenvolvimento-sustentavel>
- United Nations Conference on Trade and Development. Opening green windows: Technological opportunities for a low-carbon world [Internet]. Technology and Innovation Report 2023. New York: UNCTAD; 2023 [acesso em 2024 mar 11]. Disponível em: https://unctad.org/system/files/official-document/tir2023_en.pdf
- Fundação Oswaldo Cruz. Programa Institucional de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (PITSS). Fiocruz [Internet]. 2024 [acesso em 2024 mar 11]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/programa/programa-institucional-de-territorios-sustentaveis-e-saudaveis>
- Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina. Portal [Internet]. OTSS Bocaina. 2024 [acesso em 2024 mar 11]. Disponível em: <https://www.otss.org.br/>
- Carneiro FF, Pessoa VM. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00298130. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00298>
- Acselrad H. Cartografia social, terra e território. Rio de Janeiro: IPPUR/UFRJ; 2013.
- Oliveira SS, Portella S, Yoshikawa CT, et al. De Nosso Território Sabemos Nós: experiência de cartogra-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

fia social para emergências e desastres. Ciênc saúde coletiva. 2021;26(10):4579-4590. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.11012021>

11. K4P Alliances. Knowledge for People, the Planet and Prosperity through Partnerships. K4P Alliances [Internet]. 2024 [acesso em 2024 mar 11]. Disponível em: <https://k4palliances.com/about.html>

Recebido em 21/03/2024
Aprovado em 16/04/2024
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Guilherme Franco Netto e Bruna Drumond Silveira

‘O povo cuidando do povo’: Agentes Populares na promoção de territórios mais sustentáveis e saudáveis

‘People taking care of people’: Popular Agents in promoting more sustainable and healthy territories

Carolina Burle de Niemeyer¹, Paulo Castiglioni Lara², Juliana Benício Xavier³, Luiz Otávio Azevedo²

DOI: 10.1590/2358-28982024E18739P

RESUMO A pandemia da covid-19 provocou impactos profundos na sociedade brasileira, mas pouca atenção foi endereçada à determinação socioambiental da saúde de populações periféricas. Este projeto surge nesse contexto com a proposta de identificar desafios e potencialidades do enfrentamento da pandemia e suas consequências em três territórios periféricos e vulnerabilizados do estado do Rio de Janeiro. O edital Inova-TSS foi a oportunidade de desenvolver uma pesquisa que, além de gerar dados, contribuísse para potencializar esses territórios para lidar melhor com esse desafio, contribuindo assim para torná-los mais sustentáveis e saudáveis. Apoiado na Educação Popular e em outras perspectivas dialógicas e participativas, este é um estudo qualitativo que conjugou pesquisa, formação, extensão e estratégias de pesquisa quantitativa, sendo desenvolvido em parceria com cinco movimentos sociais, desde a sua gênese. Por sugestão dessas organizações, a pesquisa foi articulada a uma ação da campanha popular ‘Periferia Viva’: um curso de Agentes Populares de Saúde oferecido nos mesmos territórios da pesquisa onde essas organizações já atuavam. Este relato de experiência propõe-se a compartilhar desafios e potências do processo constitutivo dessa investigação, que integrou militantes, profissionais da saúde e moradoras(es) das comunidades beneficiadas como pesquisadoras(es) populares, reconhecendo sua condição como sujeitos na produção de conhecimentos.

PALAVRAS-CHAVE Territórios Sustentáveis e Saudáveis. Território sociocultural. Agentes de saúde pública. Promoção da saúde. Compartilhamento de conhecimentos.

ABSTRACT *The COVID-19 pandemic had profound impacts on Brazilian society, but little attention was paid to the socio-environmental determination of the health of peripheral populations. This project arises in this context, with the proposal to identify challenges and potential in confronting the pandemic and its consequences in three peripheral and vulnerable territories in Rio de Janeiro. The Inova-TSS notice was the opportunity to develop research that, simultaneously to generating data, would contribute to empowering these territories to better deal with this challenge, thus contributing to making them more sustainable and healthier. Supported by Popular Education and other dialogical perspectives, this is a qualitative study that combined research, training, extension and quantitative research strategies, and was developed in partnership with five social movements, since its genesis. At the suggestion of these organizations, the research was linked to an action of the popular campaign ‘Periferia Viva’, a course for Popular Health Agents offered in the same territories as the research, where these organizations were already operating. This experience report aims to share challenges and strengths of the constitutive process of this investigation, which integrated activists, health professionals, and residents of benefiting communities as popular researchers, recognizing their condition as subjects in knowledge production.*

KEYWORDS *Sustainable and Healthy Territories. Sociocultural territory. Community health workers. Health promotion. Knowledge sharing.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. carolina.niemeyer.fiocruz@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Faculdade Nacional de Direito (FND) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

‘O povo cuidando do povo: uma pesquisa-ação participativa sobre os desafios e estratégias ao enfrentamento da COVID-19 em três territórios periféricos no estado do Rio de Janeiro’ foi uma experiência que agregou diferentes olhares e interesses, partindo do objetivo comum de contribuir para a melhoria das condições de vida das pessoas que vivem e trabalham nos lugares de realização desse projeto.

O projeto foi financiado com recursos do Programa Inova Fiocruz Encomendas Estratégicas – Chamada nº 06/2020 – Territórios Sustentáveis e Saudáveis no contexto da pandemia de Covid-19 [ID VPPIS-003-FIO-20-16], lançado em setembro de 2020, quando não havia vacinas contra o novo coronavírus disponíveis no Brasil e a principal medida para evitar o contágio era o isolamento social.

Esse contexto foi especialmente cruel para as periferias do campo e da cidade, cuja população residente é majoritariamente negra, tem baixa escolaridade e sobrevive, em geral, de trabalhos informais. Sem vínculo empregatício e dependendo das ruas para sobreviver, essas pessoas viram-se diante da dupla ameaça de morrer de covid-19 e de fome.

Iniciado nesse cenário, este projeto foi desenvolvido em parceria com movimentos sociais envolvidos em ações de enfrentamento da pandemia por covid-19 nos três territórios de realização dessa pesquisa. Na cidade do Rio de Janeiro, foram duas localidades: a comunidade rururbana Terra Prometida no Complexo da Penha, onde o Centro de Integração da Serra da Misericórdia (CEM), membro da Rede Carioca de Agricultura Urbana (RedeCau), desenvolvia iniciativas de agroecologia urbana; e o Condomínio Desup, no Complexo de Manguinhos, onde o Movimento das Trabalhadoras e Trabalhadores por Direitos (MTD) e o Levante Popular da Juventude (Levante) distribuíram cestas de alimentos na pandemia. Na cidade de Macaé, foi no acampamento rural Edson Nogueira, sede da Unidade

Pedagógica de Agroecologia Marielle Franco, ligada ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

Por demanda dessas organizações, o projeto incorporou o curso de Agentes Populares de Saúde¹, uma ação da campanha popular ‘Periferia Viva’, que estava em construção no estado do Rio, mobilizada por essas organizações. Assumimos essa proposta, porque essa estratégia contribuiria para tornar esses territórios mais sustentáveis e saudáveis, já que o objetivo era formar voluntários para orientar as suas comunidades sobre prevenção e cuidado no enfrentamento da covid-19.

Convictas(os) de que os processos saúde-doença-atenção são complexos e que o seu correto entendimento demanda uma abordagem multidisciplinar, essa experiência foi realizada de forma colaborativa, envolvendo pesquisadoras(es) de diferentes áreas e instituições, movimentos sociais, além de profissionais e representantes dos três territórios envolvidos.

Contemplar tamanha diversidade de interesses e estruturas organizacionais não foi fácil, o que exigiu a adoção de metodologias que favorecessem o diálogo e de estratégias que permitissem definir competências e responsabilidades específicas e o estabelecimento de uma relação de colaboração entre as distintas instâncias. Este relato de experiência visa compartilhar a dinâmica constitutiva e os desafios desse projeto, comprometido, desde o início, em promover uma construção compartilhada de conhecimentos e de ações.

Este trabalho está organizado em quatro partes, além desta introdução. O ‘Desenvolvimento do projeto’ explicita a metodologia que o apoia e compartilha as estratégias adotadas na sua construção e no planejamento de suas ações. Nas seções ‘O curso de Agentes Populares de Saúde’ e ‘A pesquisa de campo’, compartilhamos o processo constitutivo e os principais desafios enfrentados em cada uma delas. As ‘Considerações finais’ trazem uma síntese, uma avaliação e os aprendizados derivados desta experiência.

Desenvolvimento do projeto

O ‘Povo cuidando do povo’ foi uma pesquisa que buscou compreender os fatos em diálogo com quem viveu essas experiências, tendo em vista o avanço científico conjugado à emancipação social. Seu objetivo inicial foi investigar como a pandemia repercutiu nas condições de vida e no acesso aos serviços de saúde de famílias e de indivíduos que vivem em três distintos territórios periféricos no estado do Rio de Janeiro.

Adotamos a “Pesquisa-ação”²⁽¹³⁻⁴⁶⁾, porque seus pressupostos são compatíveis com nossos objetivos. Essa metodologia prevê a combinação de métodos qualitativos e quantitativos no processo de pesquisa, apoiando-se no diálogo e na coparticipação, propondo a ‘participação’, a ‘conscientização’ e a ‘educação’ como caminhos para a elaboração de projetos de ação que visem à transformação da realidade social conjugada à produção de conhecimentos, em conjunto com as classes populares.

Ao visar a ‘construção compartilhada de conhecimento’³, os movimentos sociais e os sujeitos dos territórios contribuíram ativamente para essa investigação desde o diagnóstico dos problemas, passando pelo desenho do estudo, até a reflexão sobre os dados levantados. Nesse processo, elaboramos um instrumento de levantamento de dados que incorporou interesses e necessidades dos territórios, o qual foi incorporado como material pedagógico do curso de Agentes Populares de Saúde.

Ao fim do projeto, realizamos uma ‘sistematização dessa experiência’⁴. A publicação⁵ foi dividida em duas seções, sendo a sua elaboração compartilhada entre as(os) pesquisadoras(es), incumbidos da seção Pesquisa, e os movimentos sociais responsáveis pela sistematização da experiência de realização do curso em seus respectivos territórios de atuação.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com o

questionário já finalizado, e aprovado antes da realização dos cursos e da pesquisa de campo sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 54977921.5.0000.5240 e parecer nº 6.032.039. Elaboramos dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): um voltado às(aos) educandas(os), e outro, às(aos) entrevistadas(os), esclarecendo sobre os riscos e benefícios de participação no estudo e a possibilidade de abandoná-lo a qualquer tempo.

O ‘Cadastro de Atenção Básica’ foi base para o desenho do instrumento elaborado pela equipe do projeto, formada por pesquisadores e profissionais de saúde e por representantes dos territórios e dos movimentos sociais. O questionário teve sete eixos nos quais foram abordados temas referentes a problemas e experiências de natureza territorial e coletiva, e não individual.

O projeto foi executado entre março de 2021 e março de 2023. Em 2021, todas as atividades foram realizadas virtualmente, com o apoio da ferramenta Zoom, à qual buscamos adaptar a metodologia de rodas de conversa assim como fizeram outros⁶.

Considerando a diversidade de atores envolvidos, inspiramo-nos na ‘Investigação participativa baseada na comunidade aplicada a pesquisas epidemiológicas’, de Dias e Gama⁷, e organizamos o trabalho da equipe em três instâncias organizativas com competências específicas: a Coordenação Político-Pedagógica (CPP), a Gestão e as Coordenações Político-Pedagógicas territoriais, definindo uma metodologia de trabalho que favorecesse o diálogo entre elas.

Além dessas, foram criados três grupos de trabalho temáticos: Comunicação, Direitos e Metodologia, dos quais participaram todos os seguimentos envolvidos.

Os aspectos fundamentais do projeto foram definidos pela CPP, formada por representantes dos movimentos sociais e dos territórios e pela coordenação geral da pesquisa. Nessa instância, foram estabelecidas a estratégia de integração da pesquisa ao curso de Agentes

Populares de Saúde, a definição do projeto político-pedagógico dessa formação e o destino de parte dos recursos.

Essa relação fluiu bem até ficarmos pressionadas(os) pelo cronograma, o que induziu à seguinte reflexão: o tempo dos movimentos está subordinado à conjuntura e ao contexto político. O que era estratégico no início de um processo pode se tornar obsoleto ou inviável antes de ele estar concluído. Além disso, a militância nem sempre é uma atividade remunerada e/ou os militantes e lideranças assumem muitas tarefas simultaneamente, não podendo dedicar-se a um único projeto específico. O tempo dos territórios é o cotidiano da vida. No caso de territórios vulnerabilizados, a sua dinâmica está constantemente afetada por violências e violações de direitos que impactam a sua rotina e até mesmo o seu direito à existência. Em contraposição, os projetos de pesquisa têm um período definido de início e conclusão, e a liberação dos recursos está vinculada às entregas e à prestação de contas aos apoiadores. Essa desconexão entre os tempos é um fator gerador de tensão e estresse.

Constituído por pesquisadoras(es), representantes dos movimentos sociais e ‘pesquisadoras(es) territoriais’ do projeto, o Grupo de Trabalho (GT) Metodologia atuou na elaboração do questionário e na definição da metodologia de pesquisa de campo.

Cada localidade teve uma ‘CPP territorial’, integrada por representantes dos movimentos sociais e das comunidades, entre estes, um(a) bolsista contratado(a) pelo projeto para atuar como articulador(a) local. Essa instância se responsabilizou pela realização do curso e da pesquisa de campo nos territórios. A seleção das(os) representantes comunitárias(os) e bolsistas ficou a cargo dos movimentos sociais. A maioria foi de mulheres jovens em processo de formação política, com exceção de Macaé, onde os representantes territoriais foram lideranças locais do MST.

No primeiro ano do projeto, o trabalho foi principalmente virtual, realizado com apoio da ferramenta Zoom. Dedicamo-nos à construção

e à consolidação das instâncias organizativas, bem como ao planejamento das ações e da pesquisa. Além disso, buscamos estabelecer um processo dialógico e participativo, apoiado em reuniões quinzenais da CPP, além de encontros regulares do GT Metodologia e de reuniões ampliadas entre o GT Metodologia e a CPP, para realizar um trabalho articulado entre eles.

Para facilitar e qualificar o debate, promovemos seminários e oficinas. A primeira, uma oficina restrita à CPP, sobre o papel dessa Coordenação. Na sequência, um seminário sobre o curso de Agentes Populares de Saúde, e uma oficina sobre as diferenças e complementaridades entre o Agente Comunitário de Saúde e o Agente Popular de Saúde, ambos voltados a toda a equipe.

Mesmo no ambiente virtual, coerentes com a perspectiva de educação popular, iniciávamos os eventos com uma ‘mística’ – uma prática social que apela à emoção, e não à razão, e que está incorporada à metodologia dos encontros dos movimentos sociais⁸ –, seguida de uma apresentação breve das(os) presentes e então pelas palestras. Dividíamos as pessoas em grupos de discussão menores – salas do Zoom – e, ao fim, apresentávamos as sínteses para todas(os). Os(as) palestrantes foram dirigentes dos movimentos e pesquisadoras que participaram da construção de cursos de Agentes Populares em outros estados.

Tais encontros foram fundamentais para aproximar os distintos universos e interesses, estabelecer um objetivo comum ao projeto e, principalmente, construir confiança entre as partes. Vale dizer que a natureza política dos movimentos sociais exige cautela ao se aproximarem de novos apoiadores, assim como as(os) acadêmicas(os) tendem a desconsiderar o conhecimento tradicional e popular sobre temas de sua *expertise*. Movimentos sociais antissistêmicos⁹, como os envolvidos neste projeto, estão constantemente sujeitos a violências e desqualificação. A parceria com instituições e pesquisadores nunca é meramente técnico-científica, é, antes de tudo, uma aliança política. Cientistas que aceitam esse desafio

são ‘pesquisadores militantes’¹⁰, não porque abdicam do rigor metodológico, mas porque almejam uma ciência engajada e comprometida com a emancipação social.

Ainda em 2021, desenvolvemos o principal instrumento de pesquisa de campo: um questionário fechado, elaborado na plataforma Research Electronic Data Capture (RedCap), formado por sete eixos integrados aos temas e cronograma do curso de Agentes: 1) Características do domicílio; 2) Perfil do responsável pelo domicílio; 3) Insegurança alimentar; 4) Vulnerabilidades socioterritoriais; 5) Acesso a serviços de saúde; 6) Pandemia por Covid-19 [considerando março de 2020 como o marco temporal]; e 7) Trabalho, renda e acesso a direitos na Pandemia por Covid-19.

A elaboração do questionário foi um processo dialógico e participativo. Uma primeira versão, desenvolvida por um pesquisador da saúde, foi submetida à crítica dos movimentos sociais e pesquisadoras(es), durante reuniões virtuais nas quais debatemos cada eixo. Na sequência, a versão atualizada com as colaborações da equipe foi validada nos territórios, e as novas sugestões, incorporadas ao instrumento aprovado pelo CEP/Ensp.

A complexidade do instrumento refletiu a pluralidade de interesses. Todos queriam ter as suas questões contempladas no questionário, que pretendia também gerar dados para apoiar a luta dos movimentos e das comunidades. O processo de validação do instrumento foi realizado nos territórios, durante o ciclo de oficinas de Pesquisa Popular em Saúde: a primeira ação do projeto realizada de forma presencial, a partir de janeiro de 2022.

As oficinas de Pesquisa Popular em Saúde foram voltadas às(aos) ‘pesquisadores territoriais’ e aberta a militantes, profissionais de saúde e apoiadores dos movimentos. O seu objetivo foi problematizar o papel e o lugar da pesquisa popular e da Vigilância Popular em Saúde¹¹, debatendo com quem vive, milita e trabalha nesses locais, sobre o sentido disso para seus territórios.

Na intenção de promover uma aproximação

entre as/os representantes dos territórios, realizamos as oficinas na cidade do Rio de Janeiro para Manguinhos e Penha conjuntamente. A primeira e a terceira foram na Biblioteca Parque de Manguinhos, e a segunda, na sede do CEM, na Terra Prometida. Em função da distância, em Macaé, condensamos o ciclo em dois encontros realizados no acampamento Edson Nogueira; um deles com a presença das(os) pesquisadoras(es) territoriais da Penha e de Manguinhos.

As oficinas tiveram dois momentos. Pela manhã, organizávamos rodas de conversa e debatíamos questões relacionadas com a ‘determinação socioambiental da saúde’¹² dos territórios, articulando conceitos da saúde coletiva às suas realidades e promovendo um debate entre teoria e prática. À tarde, realizávamos a validação do questionário, efetuado em duplas compostas preferencialmente por pessoas de territórios distintos. Ao término dos encontros, fazíamos a leitura do eixo em questão, registrando os destaques, posteriormente incorporados ao instrumento. O processo de validação do questionário nos territórios revelou equívocos na construção de certas perguntas e respostas e em termos de linguagem, sendo a contribuição dos comunitários fundamental para a sua posterior adequação.

O questionário foi utilizado como material paradidático do curso de Agentes Populares de Saúde e aplicado em campo pelas(os) educandas(os), como parte do seu processo formativo.

O curso de Agentes Populares de Saúde

O curso de Agentes Populares de Saúde¹³ é uma ação da campanha popular ‘Periferia Viva’¹, originalmente voltada ao enfrentamento da pandemia de covid-19 em territórios periféricos, já realizada em diferentes lugares do Brasil.

No estado do Rio de Janeiro, o curso foi realizado de forma articulada a esta pesquisa, o que trouxe benefícios para ambos. A pesquisa aportou os recursos para a realização

dessa ação, garantiu a sua certificação como curso de Extensão pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-Uerj) e concedeu uma bolsa de pesquisador(a) popular para cada um dos três territórios. Em compensação, as(os) educandas(os) contribuíram no processo de pesquisa, compartilhando as suas impressões e avaliações sobre os seus respectivos territórios e atuando como pesquisadores populares de campo. O próprio título do projeto, 'O povo cuidando do povo', tem relação com essa campanha e é fruto dessa parceria.

O curso adotou a proposta político-pedagógica original¹³, adaptada para o nosso contexto e momento (pós)pandêmico. Ainda na elaboração da proposta para o edital, percebeu-se a necessidade de introduzir os temas da comunicação e do acesso a direitos no contexto pandêmico nessa formação. Esses dois módulos foram desenvolvidos e integrados ao programa pedagógico do curso.

Pesquisadores e profissionais de comunicação, associados à VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz (setor do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica/Icict), desenvolveram o módulo 'Comunicação popular como ferramenta de luta e de ação política' e elaboraram um videodocumentário sobre o projeto. Apoiados em estudos sobre as articulações entre os campos da informação, comunicação e saúde¹⁴, buscaram associar o fortalecimento de vínculos comunitários às ações da pesquisa, debatendo questões ligadas à proliferação de notícias falsas e práticas de desinformação, bem como conversando sobre o funcionamento dos algoritmos no contexto atual de forte capilaridade das plataformas digitais, todas associadas a grandes conglomerados tecnológicos e financeiros.

Professoras e pesquisadoras-extensionistas do projeto de extensão 'Trabalho, Diálogo e Ação' (DiaTrab) da Faculdade Nacional de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FND-UFRJ) desenvolveram o módulo 'Direitos', a partir do diálogo com moradoras(es) dos territórios. Desse modo,

pretendeu-se contemplar demandas e desafios enfrentados pelas comunidades, sua regulação pelas normativas jurídicas e os possíveis caminhos jurídico-políticos para seu enfrentamento.

O módulo privilegiou dinâmicas dialógicas e participativas e se dividiu em três encontros: o primeiro abordou o processo de construção dos 'Direitos', seus avanços e retrocessos jurídicos em diferentes momentos históricos, além dos direitos humanos fundamentais. Na dinâmica, moradoras(es) construíram um Mapa da Violação de Direitos do território, identificando as suas principais violações e refletindo sobre possíveis caminhos para seu enfrentamento.

No segundo encontro, foi organizado um 'Balcão de Direitos', voltado a atender demandas das(os) moradoras(es) e a efetivar encaminhamentos a entidades e instituições. Baseado nessas reivindicações, o terceiro encontro centrou nos temas: Direitos Fundamentais, Direitos das Mulheres e Direito da Trabalhadora Doméstica.

Desde a primeira edição, os cursos de Agentes Populares de Saúde adotam a 'pedagogia da alternância', que contempla momentos de tempo-escola, quando os conteúdos são estudados em sala de aula, e momentos de tempo-comunidade, quando as(os) educandas(os) buscam relacionar o conhecimento apreendido às suas realidades, inclusive mediante tarefas a serem desenvolvidas nos seus territórios.

No Rio de Janeiro, essa formação teve 80 horas-aula divididas em cinco módulos, trabalhados entre o tempo-escola e o tempo-comunidade: 'Quem somos nós e como entender a pandemia'; 'Comunicação popular como ferramenta de luta e de ação política'; 'Como cuidar da minha comunidade'; 'Leitura do Território'; e 'Direitos'. A certificação foi dada a quem participou de, ao menos, 75% dessa formação.

Os cursos foram realizados simultaneamente nos três territórios, sob a coordenação dos movimentos sociais, entre junho e outubro de 2022, o mesmo período de

realização das entrevistas. Originalmente, as(os) educandas(os) seriam apenas moradoras(es) dos territórios, mas as turmas de Manguinhos e de Macaé ficaram incompletas, então os movimentos responsáveis decidiram aceitar pessoas de outras comunidades. O programa do curso foi comum a todos, mas cada organização trabalhou a temática de acordo com a sua realidade. Em Macaé, esse curso foi associado à formação em agroecologia, que estava em andamento na ‘Unidade Pedagógica Marielle Franco’. Na Penha, a ‘chacina do Complexo do Alemão’¹⁵ e uma disputa entre o tráfico e a milícia local impactaram a Terra Prometida, levando o módulo ‘Como cuidar da minha comunidade’ a se centrar em saúde e violência, já o tempo-comunidade enfocou agroecologia e saúde. Em Manguinhos, onde o curso incluiu educandas(os) de diferentes lugares, foram debatidos os distintos territórios e possibilidades de atuação

A metodologia do curso previa que, no tempo-comunidade, as(os) educandas(os) acompanhassem, cada qual, dez famílias dos seus territórios. Na definição da estratégia de pesquisa, ficou decidido que as entrevistas seriam realizadas com essas mesmas famílias, durante as visitas domiciliares, aproveitando esses momentos para correlacionar as questões do questionário à realidade local.

A pesquisa de campo

As(os) educandas(os) do curso de Agentes Populares de Saúde atuaram como pesquisadoras(es) populares de duas formas: aplicando o questionário a famílias da sua vizinhança e compartilhando as suas reflexões e análises sobre esse processo.

Em acordo com a proposta Freiriana^{10,16}, de uma prática educativa emancipatória, que valoriza a dúvida, e não a resposta, o instrumento foi incluído como material paradidático do curso. Os eixos do questionário foram associados aos módulos do curso e trabalhados em aula pela(o) facilitador(a), que esclarecia dúvidas e aproveitava o instrumento para

estimular as(os) educandas(os) a refletirem sobre o seu contexto socioambiental.

O inquérito foi aplicado às famílias acompanhadas pelas(os) educandas(os), durante as etapas de tempo comunidade, e a estratégia de pesquisa previa que fosse realizado com o apoio dos *tablets* cedidos pelo projeto. O número de participantes previsto no desenho da pesquisa era de 60 Agentes Populares de Saúde, sendo 20 de cada território; e de 600 famílias entrevistadas(os), sendo 200 de cada um dos três territórios.

Embora a distribuição por território tenha sido diferente (28 do acampamento Edson Nogueira, 15 da Terra Prometida e 17 [moradoras] de Manguinhos), 60 educandas(os) participaram da pesquisa como previsto. Já o número de respondentes ao inquérito foi inferior à meta, baseada na previsão de que cada educanda(o) acompanharia dez famílias da sua comunidade, o que não ocorreu na prática. No Edson Nogueira, foram entrevistadas 20 pessoas, sendo que nenhuma delas respondeu o questionário completo. Em Manguinhos, foram 58, sendo que apenas 22 responderam aos 7 eixos do questionário, em que muitas perguntas ficaram sem resposta. Já na Terra Prometida foram 28, e todos os questionários foram completados.

Apesar de a estratégia de pesquisa de campo ter sido definida em acordo com os movimentos e territórios, às vésperas de iniciar os cursos e os inquéritos, não foi possível adotar esse método no Edson Nogueira devido à falta de acesso à energia no acampamento; e em Manguinhos, porque as(os) educandas(os) eram de distintos lugares, e o compartilhamento do *tablet* seria inviável. Por conseguinte, o questionário foi adaptado para ser preenchido em papel, com consequências negativas para a pesquisa, pois a maioria desses instrumentos ficou incompleta.

A Terra Prometida foi o único território onde o inquérito foi preenchido diretamente no RedCap, o que contribuiu para que as 28 famílias entrevistadas tivessem respondido aos 7 módulos por completo.

Findo o projeto, realizamos um encontro

de avaliação em cada um dos territórios, convidando as(os) cursistas/pesquisadores a compartilharem as suas dificuldades e as avaliações sobre o instrumento e a estratégia de pesquisa de campo. Para integrar o grupo, formamos uma roda e iniciamos esses encontros pela dinâmica da 'teia de aranha', assim denominada porque um novelo é jogado de mão em mão, quem recebe tem a fala e o joga para a(o) próxima(o), assim sucessivamente, até formar uma teia. Na sequência, realizamos uma 'roda de conversa' mobilizada a partir de questões-chave.

Nesses encontros, avaliamos que o estudo do questionário em aula, somado à sua aplicação em campo, contribuiu para aproximar e reforçar o vínculo dessas pessoas com a vizinhança e para que percebessem a dimensão sistêmica e histórica dos problemas vivenciados pelas suas comunidades. Ao entrevistarem suas(seus) vizinhas(os), as(os) educandas(os) foram confrontadas(os) com problemas que as(os) afetam diretamente, percebendo situações de violência e de violações de direito, antes naturalizadas, como 'situações-limite'¹⁷. Nessa troca, vislumbraram a dimensão coletiva desses desafios; o que modifica a percepção das formas e práticas para o seu enfrentamento e impulsiona para a organização e a ação coletiva.

As rodas de conversa também revelaram dificuldades comuns aos territórios, como a expectativa de algumas entrevistadas de que o inquérito estaria vinculado a um benefício imediato e o constrangimento gerado pelas perguntas sobre (in)segurança alimentar, violência e saúde mental. Nesse ponto, a sensibilidade das(os) pesquisadoras(es) populares foi fundamental para escutar a voz do silêncio e enxergar o que a opção selecionada não conseguia revelar.

Uma conclusão geral foi de que o questionário era muito extenso e que isso teria dificultado a sua aplicação em campo. No entanto, também houve acordo de que todas as questões eram importantes e que deveriam constar do inquérito. Por fim, muitas(os) disseram se

sentir mais bem preparadas(os) depois dessa experiência, manifestando o desejo de que o projeto tivesse continuidade.

Além do inquérito e das duas formações, desenvolvemos três produtos de divulgação científica, voltados à comunidade e à sociedade geral: um videodocumentário¹⁸, uma exposição e uma publicação com a sistematização da experiência⁶.

Considerações finais

Esta foi uma pesquisa qualitativa com viés quantitativo. O nosso material de pesquisa incluiu observação participante, anotações, relatos e registros imagéticos e audiovisuais das formações em Pesquisa Popular em Saúde, de etapas dos cursos de Agentes Populares de Saúde e das rodas de conversa realizadas com as(os) participantes da pesquisa: militantes, representantes dos territórios e educandas(os)/pesquisadoras(es) populares do curso de Agentes. Também incluiu um instrumento de pesquisa de campo voltado ao levantamento de dados socioterritoriais: um questionário desenvolvido em diálogo com os movimentos sociais, validado nos territórios antes de ir a campo, e utilizado como material paradidático do curso de Agentes Populares de Saúde.

O objetivo foi investigar os principais desafios e potencialidades dos territórios pesquisados, no processo de enfrentamento da pandemia de covid-19, trazendo para a pesquisa a perspectiva de quem mora, trabalha e atua nesses lugares.

Uma estratégia foi a criação de três instâncias organizativas e grupos de trabalho temáticos, compostos por comunitários, movimentos sociais e pesquisadores, mobilizados em uma dinâmica de trabalho colaborativa e dialógica. A outra foi articular a pesquisa ao curso de Agentes Populares de Saúde, que já estava em construção pelos movimentos sociais parceiros. A pesquisa foi realizada com as(os) educandas(os) do referido curso, que também atuaram como pesquisadores

populares, entrevistando famílias das suas comunidades e compartilhando as suas impressões sobre os seus territórios a partir de questões problematizadoras.

Outro objetivo era desenvolver uma metodologia de pesquisa que integrasse as comunidades como pesquisadores populares. Nesse processo, a realização das oficinas de Pesquisa Popular em Saúde, conjugadas à avaliação coletiva e participativa do questionário, foi acertada, enquanto a aplicação das entrevistas foi um desafio. A estratégia de campo pactuada previamente não foi seguida em todos os territórios, e as(os) educandas(os) não foram suficientemente preparadas(os) para atuarem como pesquisadores de campo. Avaliamos que o melhor teria sido estudar o questionário em aula com as(os) estudantes, mas selecionar algumas com mais preparo e disponibilidade

para atuarem como pesquisadores de campo, treiná-las e remunerá-las por essa tarefa.

Finalizando, vale lembrar que um processo de pesquisa e aprendizagem verdadeiramente emancipatório é uma via de mão dupla, na qual todos se afetam e ‘vêm a ser mais’. Foi esse ideal Freiriano que moveu a construção deste projeto.

Colaboradores

Niemeyer CB (0000-0003-0269-3413)* contribuiu para elaboração e revisão do manuscrito. Lara PC (0000-0002-2564-0376)*, Xavier JB (0000-0003-2814-7875)* e Azevedo LO (0000-0002-4876-5948)* contribuíram igualmente para a revisão do manuscrito. ■

Referências

- Méllo LMBD, Albuquerque PC, Santos RC, et al. Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e210306. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210306>
- Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez; 1986.
- Carvalho M, Acioli S, Stotz E. Construção compartilhada do conhecimento. In: Vasconcelos EM, Prado EV, organizadores. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 101-114.
- Jara OH. La sistematización de experiencias: prácticas y teoría para otros mundos posibles. Bogotá: CINDE; 2018.
- Niemeyer CB, Silva IO, Rangel DF, et al. Pesquisa em ação na promoção de Territórios mais Sustentáveis e Saudáveis [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 2023 [acesso em 2023 jul 30]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/iciet/63011>
- Sarreta FO, Liporoni AARC, Santos ETA, et al. A construção da interdisciplinaridade na saúde: a experiência das rodas de conversas na pandemia. *Saúde e debate*. 2022;46(esp6):207-216. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E618>
- Dias S, Gama A. Investigação participativa baseada na comunidade em saúde pública: potencialidades e desafios. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(2):150-154.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Stedile JP. Brava gente: a trajetória do MST e a luta pela terra no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Expressão Popular; 2012.
9. O'Brien R, Goetz AM, Williams M. Contesting global governance: Multilateral economic institutions and global social movements. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511491603>
10. Jaumont J, Versiani RVS. A Pesquisa Militante na América Latina: trajetória, caminhos e possibilidades. *Rev Direito Práx.* 2016;7(1):414-416. DOI: <https://doi.org/10.12957/dep.2016.21833>
11. Carneiro FF, Pessoa VM. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. *Trab Educ Saúde.* 2020;18(3):e00298130. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00298>
12. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2013;31:13-27.
13. Mélló LMB, Albuquerque PC, Lima AWS, et al. Agentes populares de saúde: ajudando minha comunidade no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Revista: Fiocruz-PE;* 2020.
14. Araújo IS, Cardoso JM. *Comunicação e Saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
15. Relatório da atuação de entidades de Direitos Humanos durante a operação que se tornou a chacina do Complexo do Alemão de 21/07/2022 [Internet]. [Rio de Janeiro]: DPERJ, CDH-OAB-RJ, CDDHC-A, CEDH, PPRT, RZEM, EDCP; 2022 [acesso em 2023 jul 30]. Disponível em: https://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/para_publicac%CC%A7a%CC%83o_-_Chacina_do_Alema%CC%83o_21.07.2022_Relato%CC%81rio_conjunto_Ouvid-DPERJ-CDH-OAB-RJ-CDDHC-A_CEDH_PPRT_RZEM_EDCP.pdf
16. Freire P. *Pedagogia da autonomia.* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2012.
17. Freire P. *Pedagogia do oprimido.* 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
18. Fundação Oswaldo Cruz. O povo cuidando do povo - pesquisa e ação na promoção de territórios mais sustentáveis e saudáveis. *Videosaúde* [Internet]. 2023 [acesso em 2024 fev 18]. Disponível em: <https://videosaude.iciet.fiocruz.br/filmes/o-povo-cuidando-do-povo-pesquisa-e-acao-na-promocao-de-territorios-mais-sustentaveis-e-saudaveis/>

Recebido em 16/06/2023

Aprovado em 26/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: A publicação deste artigo foi possível graças ao Programa Inova Fiocruz Encomendas Estratégicas - Chamada Nº 06/2020 - Territórios Sustentáveis e Saudáveis no contexto da pandemia de COVID-19 [ID VPPIS-003-FIO-20-16], que pagou a taxa de submissão; e à Vice-Direção de Pesquisa e Inovação da Ensp/Fiocruz, que financiou a tradução para o inglês

Editores responsáveis: Edmundo Gallo e Bruna Drumond Silveira

Agroecologia e soberania alimentar: lutas por justiça e alimentação saudável em territórios periféricos urbanos

Agroecology and food sovereignty: Struggles for justice and healthy food in urban peripheral territories

Juliano Luís Palm¹, Marcelo Firpo Porto¹, Marina Tarnowski Fasanello¹, Diogo Ferreira da Rocha¹, Juliana Souza¹, Ana Paula da Cruz Santos², Rita de Cassia Ferreira dos Santos³

DOI: 10.1590/2358-28982024E18576P

RESUMO Neste trabalho, destacam-se aprendizados com pesquisa realizada pelo Núcleo Ecologias e Encontros de Saberes para a Promoção Emancipatória da Saúde (Neepees) em parceria com o Centro de Integração na Serra da Misericórdia (CEM) e o Movimento dos Sem Teto da Bahia (MSTB), que atuam em territórios periféricos no Rio de Janeiro e em Salvador. A pesquisa buscou apoiar e sistematizar conhecimentos e práticas emancipatórias de promoção da saúde protagonizados por essas experiências, tendo por base quatro eixos temáticos transversais: alimentação, cuidado, moradia e proteção ambiental, além de comunicação. No artigo, enfocaram-se as reflexões coletivas em relação ao primeiro eixo temático, envolvendo estratégias para promover agroecologia e soberania alimentar, com experiências de produção, circulação e acesso a alimentos saudáveis. Com base nessas reflexões, visou-se contribuir com discussões sobre Territórios Sustentáveis e Saudáveis (TSS), especialmente pelos aprendizados possibilitados com a sistematização das experiências territoriais com base na noção de Promoção Emancipatória da Saúde, que aponta para importantes aportes nas dimensões de justiça ambiental e cognitiva. Com a sistematização dessas experiências, destaca-se sua capacidade de resistir, a partir de um movimento de reexistência de saberes tradicionais e comunitários em periferias urbanas, que apontam caminhos possíveis para a construção de TSS em periferias urbanas.

PALAVRAS-CHAVE Agroecologia. Soberania alimentar. Promoção da saúde. Territórios Sustentáveis e Saudáveis. Justiça ambiental.

ABSTRACT *In this work, we highlight lessons learned from research carried out by the Nucleus Ecologies and Encounters of Knowledge for Emancipatory Health Promotion (NEEPES) in partnership with the Center of Integration in Serra da Misericórdia (CEM) and the Movement of Homeless People of Bahia (MSTB), in peripheral territories in Rio de Janeiro and Salvador. The research sought to support and systematize knowledge and emancipatory practices of health promotion carried out by these experiences, based on four transversal thematic axes: food, care, housing and environmental protection, in addition to communication. The article focused on collective reflections on the first thematic axis, involving strategies to promote agroecology and food sovereignty, with experiences of production, circulation, and access to healthy food. Based on these reflections, we aim to contribute to discussions regarding the idea of Sustainable and Healthy Territories (SHT), especially through the lessons learned from the systematization of territorial experiences based on the notion of Emancipatory Health Promotion, which points to important contributions from the dimensions of environmental and cognitive justice. The systematization of these experiences highlights a movement of re-existence of traditional and community knowledge, which points to possible paths for the construction of SHT in urban peripheries.*

KEYWORDS *Agroecology. Food sovereignty. Health promotion. Sustainable and Healthy Territories. Environmental justice.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca (Ensp), Núcleo Ecologias e Encontros de Saberes para a Promoção Emancipatória da Saúde (Neepees) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. julianoluispalm@gmail.com

²Centro de Integração na Serra da Misericórdia (CEM) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Movimento dos Sem Teto da Bahia (MSTB) – Salvador (BA), Brasil.



Introdução

No presente trabalho, apresentam-se alguns dos principais aprendizados com a realização do projeto ‘Conexões entre agroecologia, moradia digna e cuidado na construção de territórios urbanos sustentáveis e saudáveis em tempos de Covid-19: potencialidades para a redução de vulnerabilidades e a promoção emancipatória da saúde no Rio de Janeiro e Salvador’. A pesquisa foi realizada entre março de 2021 e fevereiro de 2023 pelo Núcleo Ecologias e Encontros de Saberes para a Promoção Emancipatória da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Neepes/Ensp/Fiocruz), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/Ensp) com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE 2761321.3.0000.5240, sob parecer número: 4.656.068. Tratou-se de uma parceria com o Centro de Integração na Serra da Misericórdia (CEM) e o Movimento dos Sem Teto da Bahia (MSTB), contando com o financiamento do ‘Programa INOVA Fiocruz – Territórios Sustentáveis e Saudáveis no contexto da pandemia Covid-19’, com o número de inscrição 64170465183530.

A pesquisa buscou apoiar e sistematizar conhecimentos e práticas emancipatórias de promoção da saúde protagonizados pelo CEM, que atua no território do Complexo da Penha no Rio de Janeiro, e pelo MSTB, em duas ocupações em Salvador: Quilombo Paraíso e Quilombo Manuel Faustino. Para atingir esse objetivo, a pesquisa foi estruturada em quatro eixos temáticos transversais: i) agroecologia e soberania alimentar – envolvendo experiências de promoção de Segurança e Soberania Alimentar e Nutricional (SSAN) e geração de renda nos dois territórios; ii) moradia digna e proteção ambiental em periferias urbanas envolvendo áreas de proteção ambiental; iii) educação, autocuidado e prevenção à covid-19 – envolvendo ações comunitárias de autocuidado como o uso de plantas e ervas medicinais, bem como a relação com a saúde pública e o

Sistema Único de Saúde (SUS) na prevenção da covid-19; iv) comunicação e compartilhamento prevendo atividades e produtos para trocas de experiências intra e interterritórios, bem como a produção e circulação de materiais educativos e de formação, escritos e audiovisuais. Além desses eixos temáticos, a pesquisa buscou aprofundar a reflexão acerca das conexões interdisciplinares e interculturais entre as noções de Promoção Emancipatória da Saúde (PES) e Territórios Sustentáveis e Saudáveis (TSS).

Tendo em vista os limites de espaço, neste artigo, serão enfocadas, especialmente, as reflexões coletivas realizadas em relação ao primeiro eixo temático da pesquisa: agroecologia e soberania alimentar. Ressalta-se, no entanto, que discussões realizadas em relação aos demais temas aprofundados ao longo do projeto também serão abordados, considerando o caráter transversal que interligam ações nessas diferentes temáticas.

Ao longo do projeto, foram realizadas oficinas, aplicação de questionários, além de pesquisa de campo com observação participante, entrevistas e grupos focais. Esses debates foram animados tanto por um conjunto de questões gerais orientadoras quanto por questões chamadas de sementeiras que aprofundaram o diálogo intercultural. Este é entendido como o exercício de justiça cognitiva e ecologias de saberes¹, ou seja, de relações respeitadas entre saberes científicos e aqueles produzidos por movimentos sociais e organizações comunitárias em suas lutas nos territórios

As questões trabalhadas na temática agroecologia e soberania alimentar foram as seguintes: como garantir acesso à alimentos agroecológicos, à ‘comida de verdade’, como estratégia de combate à fome e insegurança alimentar nas periferias urbanas? Quais estratégias foram mobilizadas pelo CEM e pelo MSTB para estabelecer novas conexões entre o rural e urbano, em articulações com movimentos camponeses e as lutas contra o agronegócio? Como ações envolvendo alimentação saudável

resgatam e valorizam saberes ancestrais? Como as práticas de alimentação saudável valorizam saberes e tradições comunitárias e de integração social, como a produção de pratos e festividades?

Buscou-se aprofundar, ainda, reflexões amplas sobre as relações entre agroecologia e soberania alimentar, em sua relação com questões de promoção da saúde, lutas por dignidade e processos emancipatórios, construção de comunidades do bem viver, fortalecimento de redes e articulações entre diferentes territórios periféricos urbanos e rurais, potencialidades e limites na relação com a academia, entre outras.

A partir dessas reflexões, propõe-se contribuir para as discussões em relação à ideia de TSS^{2,3}. Nesse sentido, considera-se que os aprendizados possibilitados com a sistematização das experiências territoriais do CEM e do MSTB, com base na noção de PES, apontam para possíveis contribuições a partir das dimensões de justiça ambiental e cognitiva.

A noção de PES aflora da articulação de formulações de três campos interdisciplinares do conhecimento: a saúde coletiva, a ecologia política e as epistemologias do Sul, para avançar na compreensão de processos emancipatórios contemporâneos em torno da articulação de quatro dimensões de (in) justiça que atravessam diferentes lutas e processos emancipatórios – social, sanitária ou por saúde, ambiental e cognitiva. Com base nessa perspectiva, o Neepes tem buscado em suas ações, a exemplo do projeto de pesquisa que embasa o presente artigo, apoiar lutas sociais por saúde, dignidade e direitos territoriais nos campos e cidades⁴.

As justiças social e sanitária são bem trabalhadas pela saúde coletiva a partir da compreensão de que não há sociedade digna se as desigualdades vulnerabilizam certos grupos ou classes sociais, permitindo que ocorram formas mais comuns de adoecimento e morte, que poderiam ter sido evitadas com a efetividade de políticas já estabelecidas de promoção da saúde e com o combate dos processos de

determinação associados às injustiças sociais. A essas duas dimensões de justiça, a noção de PES propõe incorporar duas outras: ambiental e cognitiva.

A primeira está relacionada com a forma como se compreendem e se revertem injustiças ambientais que incidem em territórios concretos. Implica o entendimento e a denúncia de como o modelo de desenvolvimento econômico hegemônico provoca desigualdades socioespaciais que geram ou amplificam riscos e vulnerabilidades ao mesmo tempo que afetam os direitos territoriais de povos e comunidades⁵. A justiça cognitiva se refere ao reconhecimento e à validação de saberes produzidos fora da academia por parte de diferentes populações que lutam por existência e dignidade, especialmente no contexto do Sul Global⁶.

Durante muito tempo, a medicina social latino-americana e a saúde coletiva consideraram como sendo inquestionáveis as bases da medicina científica e das tecnologias biomédicas, centrando, assim, sua crítica aos desdobramentos do capitalismo e suas profundas desigualdades. Reforçava-se, dessa forma, a ideia de que o principal objetivo a ser perseguido deveria ser o de, por meio do planejamento estatal e do desenvolvimento científico e tecnológico, colocar os indicadores de países como o Brasil no mesmo patamar dos países do Norte Global. Fruto da modernidade eurocêntrica, essa perspectiva crítica deu pouca atenção aos questionamentos das características ontológicas e epistemológicas na compreensão da saúde e das suas iniquidades.

Entende-se ser de crucial importância articular outras dimensões de justiça, especialmente ambiental e cognitiva, às lutas por justiça social e sanitária, que têm sido o enfoque da saúde coletiva nos últimos 40 anos. Trata-se de ampliar os referenciais analíticos e de intervenção perante um contexto nebuloso em que as chaves atuais de leitura são insuficientes. É neste sentido que se compreende a importância estratégica dos saberes e práticas produzidos nas lutas de experiências

territoriais, inclusive quando acionam a ancestralidade, os saberes e as práticas de povos e comunidades tradicionais para avançar na ecologia de saberes e transição paradigmática diante da crise civilizatória contemporânea.

Para explicitar tais debates, na próxima seção, serão apresentadas as estratégias de pesquisa mobilizadas no projeto, incluindo as experiências territoriais do CEM e do MSTB. Na seção subsequente, serão aprofundadas as ações relacionadas com a agroecologia e com a soberania alimentar, sua relação com o ecologismo popular, a justiça cognitiva e histórica. Por fim, serão apresentadas nossas considerações finais relativas aos argumentos apresentados ao longo do texto.

Estratégias de pesquisa na sistematização das experiências territoriais do CEM e do MSTB

A ideia de experiências territoriais é muito significativa para como se olha e se interage com os processos em curso no pulsar da vida nos territórios. Entende-se que a ideia de experiência expressa um ‘gesto vivo’ de pessoas, comunidades e movimentos que constroem o sentido de suas vidas nas lutas por bem viver, saúde e dignidade. A experiência reúne, muitas vezes, aquilo que a ciência, com sua racionalidade e objetividade externa à vida dos sujeitos, divide, “seja o corpo e a alma, a razão e o sentimento, as ideias e as emoções”⁷⁽¹²⁵⁾.

Dada a complexidade envolvida na compreensão de experiência, reconhece-se a impossibilidade de apreender e transmitir a experiência por completo, pois existem limites sociais e políticos que orientam este trabalho em uma perspectiva da ética e política do cuidado, ou seja, “da solidariedade ativa, da reciprocidade, e da cooperação”⁷⁽¹²⁵⁾. Contudo, elas devem ser sempre consideradas e articuladas com as análises científicas, já que estas, sozinhas, podem acabar se desconectando da vida e dos processos emancipatórios em curso.

O conceito de território, por sua vez, é central para pensar no convívio entre as pessoas, como também nas diferentes formas de poder, opressão e resistência produzidos nos espaços nos quais os sujeitos sociais vivem e resistem. Esse conceito permite avançar nos processos ecológicos e sociais que constroem o espaço social⁸, assim como nos conflitos e lutas presentes nas comunidades em torno das possibilidades de morar, circular, plantar e se alimentar de forma saudável.

O conceito de território remete ao diálogo seminal com o geógrafo Milton Santos, os processos históricos e multiescalares e suas territorialidades, ou seja, dinâmicas de ‘des/re/territorialização’⁹. Esse último autor propõe resgatar formulações de Michel Foucault em relação às noções de meio, espaço, fluxos e circulação que conectam processos naturais e sociais. Para Haesbaert¹⁰⁽²⁸⁾, o território passa, “gradativamente, de um território mais ‘zonal’ ou de controle de áreas (típico do Estado-nação) para um ‘território-rede’ ou de controle de redes (típico das grandes empresas)”, marcadas por novas dinâmicas de ‘contenção territorial’ que definem os ritmos de territorialização, mas também de suas resistências.

Em diálogo com essas formulações, buscou-se avançar na sistematização das experiências e lutas por território do CEM e do MSTB. As relações com essas organizações se fortaleceram a partir da realização do Encontro de Saberes do Neepes (ESN) de 2019, que teve como título ‘O Campo na Cidade: resistências, (re)existências e interculturalidades no cuidado e na alimentação’. Na época, esse encontro representou uma estratégia para a construção compartilhada de agendas e questões de pesquisa envolvendo trocas de experiências e referenciais conceituais sobre lutas sociais e processos emancipatórios por saúde, dignidade e direitos territoriais. Os ESN reúnem parceiros da academia, movimentos sociais e organizações atuantes em diferentes territórios, em diálogos interdisciplinares e interculturais, que objetivam promover o fazer junto na construção de conhecimentos que

apoiem as lutas por dignidade nos territórios¹¹.

No ESN de 2019, duas potentes questões permearam os debates: como garantir que alimentos agroecológicos, ‘comida de verdade’, chegue a sujeitos em contextos de forte vulnerabilização social e econômica? Como trabalhar com as práticas comunitárias e saberes tradicionais de cuidado com a saúde em contextos que unem campo e cidade? Com a perspectiva de aprofundar essas e outras questões, ainda mais no contexto da pandemia de covid-19, o Neepes propôs um projeto de pesquisa com a participação do CEM e do MSTB em sua elaboração.

Ao longo dos dois anos de execução, o projeto desencadeou diferentes estratégias de pesquisa que aprofundaram a participação e o reconhecimento das organizações, bem como desencadearam reflexões. Inicialmente, realizou-se um conjunto de oficinas durante todo o ano de 2021, com a participação de sujeitos do CEM e do MSTB e de parceiros interinstitucionais do projeto, como movimentos sociais e organizações, universidades e outras unidades da Fiocruz, com enfoque na reflexão sobre ações já em curso em ambos os territórios, que dialogavam com cada um dos eixos temáticos do projeto.

Entre os últimos meses de 2021 e início de 2022, passou-se a trabalhar com a segunda estratégia de pesquisa, que envolveu a aplicação de questionários nos dois territórios. Os resultados desse trabalho foram sistematizados e embasaram um conjunto de reflexões com o CEM e o MSTB, para a elaboração de materiais que apresentam resultados do projeto.

A terceira estratégia de pesquisa, iniciada em meados de 2022, envolveu a realização de trabalhos de campo com observação participante, realização de entrevistas e grupos focais.

Por fim, entre o último trimestre de 2022 e o primeiro de 2023, seguindo a proposta metodológica ‘sensível co-labor-ativa’¹², aprofundou-se a reflexão coletiva com os sujeitos dos territórios sobre os resultados das diferentes estratégias de pesquisa. Realizou-se um conjunto de reuniões para dialogar sobre os

materiais produzidos e qualificá-los, com destaque para: i) a produção de quatro cadernos interculturais sobre os quatro eixos temáticos transversais da pesquisa; ii) a elaboração de pílulas audiovisuais produzidas por jovens das experiências territoriais; iii) um documentário sobre o projeto e as experiências territoriais do CEM e do MSTB.

Esse processo de reflexão coletiva culminou no seminário de finalização do projeto, realizado em março de 2023, em que, além de compartilhar e dialogar sobre as versões finais dos materiais citados, refletiu-se sobre as possibilidades de desdobramentos futuros da pesquisa.

Agroecologia, soberania alimentar e ecologismo popular: promovendo alimentação saudável em periferias urbanas

É importante observar que, nos territórios de atuação do CEM (favela) e do MSTB (ocupações), a insegurança alimentar e a fome são situações que atravessam o cotidiano, atingindo diversas pessoas. Observaram-se essas questões durante a aplicação de questionários nos territórios, a partir de questões referentes aos participantes terem tido ou ainda passarem por situações de fome e insegurança alimentar. No contexto de aplicação dos questionários (ano de 2022), essas questões se agudizaram com a acelerada elevação do preço dos alimentos e o desmonte de políticas públicas sociais¹³. É importante observar que os subdistritos próximos às áreas da pesquisa em Salvador (Periperi e Valéria) e Rio de Janeiro (Complexo do Alemão e Penha) se caracterizam enquanto ‘desertos alimentares’: “localidades de pior acesso a uma alimentação saudável dentro do município”¹⁴⁽²⁵⁾. Tais questões apontam para a complexidade de promover bandeiras de luta estratégicas, como a agroecologia e a soberania alimentar, em territórios urbanos

vulnerabilizados, cujas ‘contenções’ as experiências precisam transpor para o pulsar da vida sustentável e saudável.

Ao mesmo tempo, nas ações do CEM e do MSTB para promover alimentação saudável, a partir de um enfoque da agroecologia e da soberania alimentar, observaram-se importantes aprendizados acerca dos processos de justiça cognitiva e histórica no tocante à ‘reexistência’ de saberes ancestrais em contextos urbanos periféricos. As ações também incidem em um processo de gestão territorial comunitária que se desdobra em instigantes perspectivas de ecologismo popular, apontando pistas para refletir sobre urbanização e proteção ambiental em periferias de grandes cidades. Essas experiências territoriais apontam estratégias efetivas para avançar no desafio proposto por Ailton Krenak¹⁵⁽⁶⁶⁾: “como reconverter o tecido urbano industrial em tecido urbano natural, trazendo a natureza para o centro e transformando as cidades por dentro?”.

Na trajetória do CEM e do MSTB, percebeu-se que os temas da agroecologia e da soberania alimentar se constituíram em bandeiras de luta estratégicas. Ao longo dos anos, essas duas experiências foram articulando um conjunto de ações em torno dessas temáticas, que, em na compreensão dos autores deste artigo, apontam para instigantes ensinamentos em relação às perspectivas de enfrentar os dilemas da fome e da insegurança alimentar em contextos de forte vulnerabilização social, em conjunto com a valorização de culturas alimentares que os sujeitos trazem consigo a partir de reminiscências de um modo de vida rural pregresso, enraizado em tradições muitas vezes milenares (como aquelas advindas das matrizes indígenas e africana).

Um importante aprendizado que emerge da experiência do MSTB é a importância de articular luta por moradia digna com espaços para a produção de alimentos e ervas medicinais. Na história do MSTB, a articulação entre essas bandeiras de luta foi se constituindo enquanto pauta estratégica. Ao invés do enfoque em ocupações de prédios nos centros urbanos, o

movimento passou a evidenciar a ocupação de terrenos que permitissem articular luta por moradia digna a espaços para produção agroecológica.

A importância dessa articulação se explicitou no processo de construção das ocupações Quilombo Paraíso e, posteriormente, Quilombo Manuel Faustino. Essas duas ocupações foram construídas em espaços no entorno da Área de Proteção Ambiental (APA) Estadual Bacia do Cobre/São Bartolomeu. Como salienta Pedro Cardoso, da coordenação do MSTB, a partir da ocupação Quilombo Paraíso:

[...] a gente começou a dar relevância para esta pauta. [...] as condições que nós estamos vivendo proporcionaram os elementos para que nós começássemos a desenvolver essa ideia agroecológica de relação com a natureza, de cuidar da mata, de construir condições de existência por dentro da mata.

Nesse processo, também foram sendo fortalecidas as articulações com o Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA) e a articulação de movimentos e organizações chamada Teia dos Povos, salientando as conexões entre a construção de comunidades do bem viver com as lutas por moradia.

Conforme salientado na cartilha ‘A luta pela cidade e a construção das comunidades do bem viver’, ao longo dos anos, foi se explicitando no âmbito do movimento a percepção de que:

[...] uma grande quantidade de famílias que estão nos espaços do MSTB migrou da roça para a cidade. Foi a partir delas que despertamos para uma alternativa contra a insegurança alimentar [...]. Daí surgiu a proposta de construir uma área coletiva para plantar¹⁶⁽²³⁾.

Com o apoio de parceiros, o MSTB passou a organizar mutirões para a construção de uma primeira horta coletiva na ocupação Quilombo Paraíso. A construção dessas hortas passou a se constituir, desse modo, em uma ação estratégica do MSTB para promover agroecologia

e soberania alimentar no contexto das ocupações dinamizadas pelo movimento.

Por intermédio das hortas coletivas, o MSTB busca fortalecer laços comunitários acerca da produção e da circulação de alimentos saudáveis, envolvendo mutirões para viabilizar a construção das hortas e a distribuição dos alimentos para todas as pessoas das ocupações. A implementação dessas hortas se constitui, assim, em uma estratégia de enfrentamento da lógica imposta pelo agronegócio e, de maneira mais ampla, dos ‘impérios alimentares’¹⁷, sendo importantes espaços de formação social e política.

Os quintais produtivos são, em conjunto com as hortas coletivas, outra ação estratégica na promoção da agroecologia e da soberania alimentar das ocupações do MSTB. Além da produção direta para as famílias que produzem, os quintais produtivos também são estratégicos como banco de mudas e sementes em contextos de desestruturação das hortas coletivas, como ocorreu nas ocupações Quilombo Paraíso (devido à necessidade da liberação do espaço da horta coletiva para construção do conjunto habitacional Paraguari II) e Quilombo Manuel Faustino (com produção comprometida devido às chuvas intensas). Nesses contextos, os quintais produtivos são essenciais por conservarem a diversidade de espécies de plantas comestíveis e de ervas medicinais, que podem ser plantadas em maiores quantidades nas hortas coletivas quando se torna possível sua reativação.

Com a construção das ocupações Quilombo Paraíso e Quilombo Manuel Faustino, o MSTB também foi consolidando a proposta de recuperação de área desmatada e a implementação de um Espaço de Referência em Saúde Popular e Agroecologia na APA Bacia do Cobre/São Bartolomeu, incluindo a construção de uma Farmácia Viva. Nesse processo, fortaleceu-se a parceria entre MSTB, Teia dos Povos e MPA, com a perspectiva de construção de uma agrofloresta em área de mais de 35 hectares como forma de recuperação da APA Bacia do Cobre.

Os espaços das ocupações são permeados

por diversas árvores, especialmente frutíferas, seja nos quintais, seja nos caminhos comuns. Assim, além da proposta de ação na área da APA, a perspectiva de construção de uma agrofloresta também fortaleceu o processo de implementação de árvores frutíferas no espaço das ocupações.

Outra ação relevante dinamizada pelo MSTB, para promover agroecologia e soberania alimentar no contexto das ocupações, é a proposta de criação de viveiros de mudas. Com o apoio do Neepes, foi estruturado um viveiro na ocupação Quilombo Manuel Faustino, sendo o primeiro nas ocupações do Movimento, com a perspectiva de replicar a experiência em outras ocupações e conjuntos habitacionais, a fim de garantir mudas para as hortas coletivas, os quintais produtivos e para o agrorreflorestamento na APA Bacia do Cobre. Além disso, por meio dos viveiros, pretende-se criar uma possibilidade de geração de renda para as pessoas envolvidas, com a comercialização de parte das mudas produzidas.

Ao conectar alimentação e saúde no contexto da pandemia de covid-19, o MSTB organizou a distribuição de cestas de alimentos em ocupações, conjuntos habitacionais e áreas próximas, como ação estratégica para garantir a segurança alimentar nesse período e possibilitar a esses sujeitos realizarem, tanto quanto possível, o isolamento social preconizado pelas políticas de enfrentamento do coronavírus e, assim, diminuir riscos de contaminação e adoecimento. Nessa ação, foi relevante a articulação com diversas organizações parceiras do movimento, sendo, a partir dela, também articulada a distribuição de cestas agroecológicas com o MPA, salientando a importância estratégica dessas articulações entre movimentos do campo e da cidade.

Na ocupação Quilombo Manuel Faustino, foram distribuídas, ao longo do período mais intenso da pandemia, cerca de 500 cestas de alimentos; e na ocupação Quilombo Paraíso, foram mais de 400. No total, o MSTB conseguiu articular a doação de mais de 4 mil cestas de alimentos, tanto nas ocupações e

conjuntos habitacionais dinamizados pelo movimento como para sujeitos em situação de vulnerabilidade e insegurança alimentar em espaços próximos às áreas de atuação direta do movimento.

Na trajetória do CEM, as pautas da agroecologia e da soberania alimentar foram se estabelecendo como eixo estruturante ainda nos primeiros anos, impulsionadas pela articulação com a Rede Carioca de Agricultura Urbana (Rede CAU) e pela participação no Conselho de Segurança Alimentar do Município do Rio de Janeiro (Consea-Rio). A partir 2013, as ações do CEM passaram a ser dinamizadas em torno dessas temáticas.

Desde 2015, com a formação do Arranjo Local da Penha, o CEM passou a articular uma rede com ênfase na promoção da Agricultura Urbana (AU), envolvendo, além de uma agrofloresta implantada em sua sede, quintais agroecológicos entre moradores do Complexo da Penha. Como salienta Ana Santos, uma das idealizadoras e gestora do CEM, a partir desse momento:

a gente começa a entender que a demanda é agricultura urbana e como ela se dá em diferentes espaços. É aí que a gente ganha força em creches, em centros culturais e nos quintais.

Em 2017, tensionamentos característicos de territórios vulnerabilizados como favelas comprometem a permanência do CEM em sua sede, acarretando inúmeras dificuldades, mas também certa transformação em sua perspectiva de atuação. A partir desse contexto, as ações capilares do Arranjo Local da Penha foram dinamizadas, bem como a conexão do CEM com diferentes demandas emergentes do território. Como aponta Ana Santos:

[...] na sede [antiga], a gente tinha muita produção, com uma agrofloresta certificada. Com a perda da sede, a gente começa a fortalecer muito mais o trabalho nos quintais e espaços coletivizados e avança no processo de escuta [...] de entender que para fazer agricultura urbana não necessariamente

você precisa plantar. As mulheres queriam estar nas cozinhas, elas queriam mudar o hábito alimentar, queriam trabalhar a questão das ervas medicinais. A creche já queria metodologias de ensino para os alunos, para trabalhar o tema da agricultura urbana [...]. Então a gente começa a criar microrredes de diálogo com o eixo da agricultura urbana e na soberania alimentar, mas não necessariamente com todo mundo plantando.

Em 2019, o CEM conseguiu articular um espaço para construir sua nova sede, na área denominada de Terra Prometida, na Serra da Misericórdia. Atualmente, os espaços de produção de alimentos e ervas medicinais articulados ao Arranjo Local da Penha compreendem uma agrofloresta e um viveiro de mudas na sede do CEM, além de mais sete quintais produtivos agroecológicos na Serra da Misericórdia, dinamizados principalmente por jovens e mulheres. É importante salientar, nesse sentido, o enfoque dado pelo CEM na ação com mulheres, jovens e crianças.

No processo de ocupação da Terra Prometida, observou-se a relevância inovadora e emancipatória de uma perspectiva de habitação que articula espaço de moradia com produção de alimentos e ervas e plantas medicinais. Ao notar a paisagem do território, explicita-se essa lógica diferenciada de ocupação, de crucial importância para garantir corredores verdes e a proteção ambiental do território.

Os quintais produtivos agroecológicos dinamizados pelo CEM são estratégicos, tanto para produzir alimentos para o território como para dinamizar outras ações em torno das temáticas agroecologia e soberania alimentar. Merece destaque, nesse sentido, a ação na comunidade chamada 'café com política', com a realização de mutirões que impulsionam a discussão de vários temas com as pessoas envolvidas com o CEM, a exemplo da valorização de conhecimentos tradicionais e do resgate da cultura alimentar em relação à produção dos quintais.

A Escolinha de Agroecologia é outra ação estratégica dinamizada pelo CEM com

crianças e jovens, capilarizando os diálogos em torno das temáticas agroecologia e soberania alimentar no território. Essa questão se explicitou com a aplicação, pelo projeto, do questionário com moradores da Serra da Misericórdia. Dividiram-se as pessoas que responderam em três grupos: i) aqueles que participam diretamente das ações do CEM; ii) aqueles que participam indiretamente a partir das atividades realizadas com crianças e jovens; e iii) aqueles que não participam. Percebeu-se que, entre aqueles que participam diretamente do CEM e nas famílias com crianças na Escolinha de Agroecologia, diferentes temáticas que são pauta do CEM eram mais conhecidas, e os respondentes conseguiam dialogar com maior desenvoltura.

Também merece destaque a Cozinha Coletiva do Coletivo Mulheres em Ação. A cozinha é compreendida como importante espaço de ação política, como explicita a fala de Ana: “*para nós a cozinha é trincheira de luta...*”. Trata-se de uma trincheira com várias dimensões de luta, por exemplo: por outra perspectiva de feminismo decolonial e interseccional, que questiona a libertação feminina do espaço da cozinha como bandeira de luta de um feminismo hegemônico que baseia a liberação de mulheres de classe média na manutenção da submissão e da opressão de mulheres vulnerabilizadas economicamente, em sua maioria afrodescendentes, para trabalharem como domésticas, não raro em condições análogas às de escravidão. Dessa forma, além de gerar renda para mulheres dentro da favela, a cozinha coletiva contribui para valorizar saberes ancestrais sobre alimentos em diálogo com a agroecologia e a soberania alimentar; além de ser uma estratégia de comunicação com as pessoas do território e de outros lugares no espaço social por meio da comida.

Esse conjunto de ações do CEM explicita a complexidade envolvida em torno da ideia de AU, em uma perspectiva agroecológica e da soberania alimentar. Para além da potencialidade dessas ações em contribuir para o combate da fome e da insegurança alimentar

por intermédio da produção de alimentos nos contextos urbanos, experiências emancipatórias como a do CEM parecem apontar para uma compreensão ampliada de AU, envolvendo uma ampla multiplicidade de práticas, arranjos, escalas, espaços e sujeitos, que apontam para

a possibilidade de múltiplos alcances, em simultâneo, não unicamente com o objetivo de suprir a demanda de alimentos da cidade, embora destaque a contribuição inequívoca da AU para a segurança alimentar e nutricional¹⁸⁽⁵²⁾.

No contexto da pandemia, o CEM também articulou a distribuição de cestas de alimentos para sujeitos de seu território de atuação, uma ação estratégica para garantir a segurança alimentar e para que as pessoas pudessem ter a opção de restringir sua circulação. Foi de crucial importância a articulação com diversas organizações parceiras, com destaque para a AS-PTA – Agricultura Familiar e Agroecologia, com a qual conseguiram articular a doação de mais de 500 cestas agroecológicas.

Nas estratégias do CEM e do MSTB para promover acesso a alimentos em contextos periféricos urbanos, também se pode observar um importante aprendizado no tocante à compreensão de alimentação saudável. Não se trata apenas de buscar garantir acesso a alimentos nutricionalmente adequados, mas também levar em conta o fato de serem livres de agrotóxicos e estarem em sintonia com as culturas alimentares dos sujeitos dos territórios. Isso se contrapõe à lógica e às fragilidades do sistema agroalimentar industrial².

A partir das ações apontadas, pode-se observar que o CEM e o MSTB também incidem em um processo de gestão comunitária territorial que se desdobra em uma potente perspectiva de ecologismo popular, apontando outras possibilidades de urbanização e proteção ambiental nas periferias de grandes cidades¹⁹. Nesse sentido, compreende-se que experiências territoriais como as do CEM e do MSTB expressam instigantes caminhos que respondem ao chamado que Krenak¹⁵⁽⁷¹⁾ faz:

Vamos erguer um bosque, jardins suspensos de urbanidade, onde possa existir um pouco mais de desejo, alegria, vida e prazer, ao invés de lajotas tapando córregos e ribeirões. Afinal, a vida é selvagem e também eclode nas cidades.

Considerações finais: 'ruínas-sementes' para reconexões emancipatórias campo-cidade

No esforço de síntese dos múltiplos aprendizados que foram viabilizados a partir da pesquisa realizada, salienta-se que, apesar dos processos de vulnerabilização que marcam os territórios de atuação do CEM e do MSTB, a exemplo das situações de fome e insegurança alimentar, tais experiências têm conseguido articular diversas frentes de luta que são estratégicas para enfrentar contextos marcados por opressão, violência e exclusões radicais. Especialmente em relação às ações realizadas para promover alimentação saudável a partir de um enfoque agroecológico, em articulação com outras frentes de luta, considera-se ter sido possível salientar como essas experiências territoriais têm promovido processos emancipatórios, envolvendo lutas por segurança e soberania alimentar, bem como proteção ambiental em uma perspectiva de ecologismo popular, de crucial importância para promover saúde, dignidade e direitos territoriais em territórios periféricos urbanos.

É nesse sentido que, a partir de uma perspectiva da justiça ambiental e cognitiva, considera-se ter sido possível ressaltar a contribuição de experiências territoriais como as do CEM e do MSTB para ampliar os horizontes do campo da saúde coletiva em relação a outras possibilidades de futuro que vão além da proteção contra o adoecimento em um período pandêmico, mas que, sobretudo, apontam caminhos para uma transição paradigmática ante a crise civilizatória com a qual a sociedade se depara na contemporaneidade.

Tais experiências expressam emergências de sonhos e esperanças, que insistem em nascer, mesmo diante das tentativas recorrentes de silenciamento, com o conjunto de ausências, exclusões e racismos que historicamente foram sendo impostos aos sujeitos que vivem nos contextos periféricos de cidades como Rio de Janeiro e Salvador. Sua capacidade de resistir, a partir de um movimento de reexistência de saberes tradicionais e comunitários em periferias urbanas, aponta instigantes pistas para a proposta de construção de TSS, promovendo acesso a 'comida de verdade', a alimentos agroecológicos, em espaços de vulnerabilização socioeconômica. Ressalta-se, dessa forma, a importância de levar em conta experiências territoriais como as do CEM e do MSTB, para refletir sobre políticas públicas que busquem apoiar a construção de cidades sustentáveis e saudáveis, mais justas, inclusivas e democráticas.

A perspectiva do Neepes, do MSTB e do CEM, além de outros parceiros acadêmicos, é dar continuidade às questões que emergiram com a realização da pesquisa que embasou as reflexões neste artigo, visando aprofundar essas questões tanto em termos conceituais e metodológicos como em relação ao apoio às lutas sociais em ambos os territórios.

Um destaque da pesquisa foi a importância do resgate e da valorização de saberes e práticas ancestrais nos territórios estudados. Propõe-se que essa questão seja aprofundada em projetos futuros, levando em conta a complexidade que o tema exige. No entanto, observa-se que a ideia de resgate e valorização da ancestralidade é apontada a partir de diferentes perspectivas: sementes crioulas, saberes ancestrais, práticas de cuidado, entre outras.

Esse processo aponta para um permanente movimento de reconexões entre o rural e o urbano, por meio da emergência de 'ruínas-sementes', que podem florescer e despontar como caminhos para uma ecologia de saberes e uma transição civilizatória profunda. Compreende-se, nesse sentido, que a ideia de 'ruínas-sementes' pode contribuir para enfatizar a importância dos conhecimentos

ancestrais relacionados com os modos de vida de povos e comunidades tradicionais, para experiências de agricultura nos espaços urbanos. As ‘ruínas-sementes’, como destaca Santos⁷⁽²⁸²⁾:

[...] são um presente ausente, simultaneamente memória e alternativa de futuro. Representam tudo que os grupos subalternizados reconhecem como conceitos, filosofias e práticas originais e autênticas que, apesar de historicamente derrotadas pelo capitalismo, colonialismo e patriarcado modernos, continuam vivas não só na memória como nos interstícios do cotidiano de exclusão e discriminação, e são fonte de dignidade e de esperança num futuro pós-capitalista e pós-colonial.

Nas novas conexões estabelecidas entre o rural e o urbano, a partir de experiências de agricultura nas cidades, como protagonizadas pelo CEM e pelo MSTB, os saberes e os modos de ser e existir de camponeses, indígenas, afrodescendentes e outros povos e comunidades tradicionais se colocam como ‘ruínas-sementes’, que podem germinar e florescer. Trata-se, portanto, de dinâmicas e possibilidade de pontes, capazes de interligar passado, presente e futuro, não como espaços rígidos e cristalizados, mas como

dinâmicos, apontando para múltiplas possibilidades de construção de pluriversos²⁰.

Colaboradores

Palm JL (0000-0002-4697-8827)* contribuiu para concepção e planejamento, aquisição, análise e interpretação de dados, redação e elaboração, e aprovação da versão final do manuscrito. Porto MF (0000-0002-9007-0584)* contribuiu para concepção e planejamento, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Fasanello MT (0000-0003-4759-5075)* contribuiu para concepção, revisão intelectual crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Rocha DF (0000-0002-7909-2125)* contribuiu para redação, elaboração, revisão intelectual crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Souza J (0009-0003-1196-8666)* contribuiu para análise e interpretação de dados, revisão intelectual crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Santos APC (0009-0003-9269-001X)* contribuiu para aquisição de dados e aprovação da versão final do manuscrito. Santos RCF (0009-0000-5225-4078)* contribuiu para concepção e planejamento, aquisição, análise e interpretação de dados e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Santos BSS. O Fim do Império Cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul. Belo Horizonte: Autêntica; 2021.
2. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Institucional Territórios Sustentáveis e Saudáveis PITSS. Termo de Referência conceitual e metodológico e proposta de governança. Rio de Janeiro: Conselho Deliberativo da Fundação Oswaldo Cruz; 2019.
3. Machado JM, Martins WJ, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com Ciências Saúde*. 2017;28(2):243249. DOI: <https://doi.org/10.51723/ccs.v28i02.245>
4. Porto MFS, Rocha DF, Fasanello MT. Saúde, Ecologia e Emancipação: conhecimentos alternativos em tempos de crise(s). São Paulo: Hucitec Editora; 2021.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Porto MFS, Rocha D, Finamore R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(10):4071-4080. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.09062014>
6. Porto MFS. Crise das utopias e as quatro justicas: ecologias, epistemologias e emancipação social para reinventar a saúde coletiva. *Ciênc e saúde coletiva*. 2019;24(12):4449-4457. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25292019>
7. Santos BSS. O futuro começa agora: da pandemia à utopia. São Paulo: Boitempo; 2021.
8. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Edusp; 2006.
9. Haesbaert R. Limites no espaço tempo: a retomada de um debate. *R Bras Geogr*. 2016;61(1):5-20. DOI: https://doi.org/10.21579/issn.2526-0375_2016_n1_art_1
10. Haesbaert R. Território e Multiterritorialidade: um debate. *GEOgraphia*. 2010;9(17):19-46. DOI: <https://doi.org/10.22409/GEOgraphia2007.v9i17.a13531>
11. Fasanello MT, Nunes JA, Porto MFS. Metodologias colaborativas não extrativistas e comunicação: articulando criativamente saberes e sentidos para a emancipação social. *Rev Eletron Comum Inf Inov Saúde*. 2018;12(4):396-414. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v12i4.1527>
12. Fasanello MT, Porto MFS. Luz, câmera, cocriação: o cinema documentário como inspiração para descolonizar a produção de conhecimentos. *Saúde debate*. 2022;46(esp6):70-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E607>
13. Lourenço AV, Gonçalves LS, Grisa C, et al. Brasil: do flagelo da fome ao futuro agroecológico - uma análise do desmonte das políticas públicas federais e a agroecologia como alternativa. Rio de Janeiro: AS-PTA; 2022.
14. Ministério do Desenvolvimento Social (BR), Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Mapeamento dos Desertos Alimentares no Brasil. Brasília, DF: Caisan; 2019.
15. Krenak A. Futuro ancestral. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
16. Movimento dos Sem Teto da Bahia, Fundação Rosa Luxemburgo. Luta pela cidade e construção das comunidades do Bem Viver. [local desconhecido]: MSTB; [data desconhecida].
17. Ploeg JD. Camponeses e impérios alimentares. Lutas por autonomia e sustentabilidade na era da globalização. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2008.
18. Luiz JT, Silva UC, Biazoti AR. Agricultura urbana. In: Dias, AP, Stauffer AS, Moura LHM, et al., organizadores. *Dicionário de agroecologia e educação*. São Paulo: Expressão Popular; 2021. p. 51-58.
19. Porto MFS, Fasanello MT, Rocha D, et al. Emancipatory urban greening in the Global South: interdisciplinary and intercultural dialogues and the role of traditional and peasant peoples and communities in Brazil. *Front Sustain Cities*. 2021;3. DOI: <https://doi.org/10.3389/frsc.2021.686458>
20. Palm JL, Porto MFS. Agroecologia urbana, alimentação, saúde e emancipação social: emergências da re-existência do tradicional nas cidades. In: Porto MFS, Nunes JÁ, organizadores. *Do sofrimento à emancipação: diálogos entre saúde coletiva e as epistemologias do Sul*. São Paulo: Hucitec; 2023.

Recebido em 13/06/2023

Aprovado em 14/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o projeto de pesquisa contou com o financiamento do 'Programa INOVA Fiocruz - Territórios Sustentáveis e Saudáveis no contexto da pandemia Covid-19', com o número de inscrição 64170465183530

Editores responsáveis: Edmundo Gallo e Bruna Drumond Silveira

Promoção de territórios saudáveis: assessoria técnica à habitação social no Setor 1 da Colônia Juliano Moreira

Promotion of healthy territories: Technical advice on social housing in Sector 1 of Colônia Juliano Moreira

Luís Carlos Soares Madeira Domingues¹, Gilson Antunes da Silva¹, Celia Beatriz Ravera¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18708P

RESUMO O artigo propõe contribuir para a reflexão sobre princípios e estratégias promotoras de saúde em territórios vulnerabilizados, tendo como objetivo específico avaliar o papel que pode ser desempenhado por uma política e serviço público de base local, permanente e participativo, desenvolvido por meio de assessoria técnica com enfoque na requalificação do espaço da moradia e do *habitat* que favoreça a população mais vulnerabilizada e promova soluções positivas em sua qualidade de vida. O trabalho tem sua fundamentação teórico-metodológica no campo da saúde urbana, referenciada na perspectiva crítica da complexidade do fenômeno saúde-doença, mais especificamente quando relaciona a vulnerabilidade socioambiental e os condicionantes do ambiente construído à saúde coletiva. O artigo utiliza como caso referência a experiência desenvolvida pela Fiocruz Mata Atlântica, da Fundação Oswaldo Cruz, e busca verificar a identificação dos fatores determinantes e de processos de determinação social da saúde, bem como a apropriação de princípios e estratégias de ação desse campo disciplinar. Os resultados parciais dessa experiência em curso apresentam avanços não somente nas transformações objetivas dos fatores determinantes relacionados com o ambiente construído, mas também na organização social e na articulação intersetorial nesse contexto, assim como na construção de referências para políticas públicas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde urbana. Determinação social da saúde. Desenvolvimento sustentável. Cidade saudável.

ABSTRACT *The article proposes to contribute to reflection on health promoting principles and strategies in vulnerable territories, aiming at the specific objective to evaluate the role that can be played by a local, permanent, and participatory policy and public service, developed through technical assistance with a focus on improving the housing space and the habitat that favors the most vulnerable population and promotes positive solutions in their quality of life. The work has its theoretical methodological foundation in the field of urban health, referenced from the critical perspective of the complexity of the health-disease phenomenon, more specifically when it relates the social and environmental vulnerability and the conditions of the built environment to collective health. The article uses as a reference the experience developed by FIOCRUZ Mata Atlântica, of the Oswaldo Cruz Foundation, and seeks to verify the identification of social determinants and processes of social determination of health as well as the appropriation of principles and strategies of action of this disciplinary field. The partial results of this ongoing experience have advances not only in the objective transformations of determining factors related to the built environment, but also in the social organization and intersectoral articulation in this context, as well as the construction of references for public policies.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
luis.madeira@fiocruz.br

KEYWORDS *Urban health. Social determination of health. Sustainable development. Healthy city.*



Introdução

O contexto atual apresenta o enfrentamento de várias crises associadas: social, econômica e ambiental, com atenção para a crise sanitária evidenciada pela pandemia da covid-19, que definem riscos sistêmicos e crescentes vulnerabilidades que são desigualmente distribuídas no território em suas diversas escalas. Na atual conjuntura do sistema neoliberal, registra-se ainda a ausência do Estado na garantia dos direitos à cidade e à moradia digna, sendo substituído pelo mercado formal e informal, na oferta de alternativas de aquisição da terra e da moradia. Observam-se um crescente processo de financeirização da economia e retrocessos em direitos e políticas, dificultando as respostas a esse contexto. Após o início da pandemia da covid-19, as desigualdades sociais foram explicitadas e os riscos a que as populações estão expostas foram ampliados, incorporando novos desafios aos que já eram enfrentados, principalmente nos países periféricos¹.

A finalização desse ciclo, com um novo projeto de desenvolvimento pautado pela inclusão social e pela ampliação da cidadania, não prescinde da inserção na política urbana de um modelo mais incluyente e democrático de cidade para todos. É nesse contexto que se propõe contribuir para a reflexão sobre princípios e estratégias promotoras de saúde em territórios vulnerabilizados, tendo como objetivo específico avaliar o papel que pode ser desempenhado por uma política e serviço público de base local, permanente e participativo, desenvolvido por meio de assessoria técnica com enfoque na requalificação do espaço da moradia e do *habitat*, que favoreça a população mais vulnerabilizada e promova soluções positivas sobre a sua qualidade de vida. O trabalho tem sua fundamentação teórico-metodológica no campo da saúde urbana, referenciada na perspectiva crítica da complexidade do fenômeno saúde-doença, mais especificamente quando relaciona a vulnerabilidade socioambiental e os condicionantes do ambiente construído à saúde coletiva.

O artigo utiliza como caso referência a experiência em assessoria técnica às comunidades que ocupam parcela do Setor 1 da Colônia Juliano Moreira, desenvolvida, desde 2007, pelo Programa de Desenvolvimento do *Campus* Fiocruz Mata Atlântica (PDCFMA) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), instituição pública e estratégica de Estado para a saúde, comprometida com o enfrentamento das desigualdades e iniquidades em saúde. Nesta análise, verificamos a identificação dos fatores determinantes e de processos de determinação a partir da recuperação do processo histórico social e urbanístico no diagnóstico participativo realizado com e sobre as comunidades, bem como a apropriação de princípios e estratégias de ação pautadas por um trabalho interdisciplinar e interinstitucional que buscaram articular as várias dimensões da determinação da saúde mediante um enfoque sistêmico e interdisciplinar. Alguns resultados parciais dessa experiência são apresentados, assim como a inflexão da estratégia de ação a partir da mudança de elementos contextuais que impactaram os cenários originalmente definidos para o território.

O aprendizado acumulado nessa experiência, que permanece em desenvolvimento, tem oferecido contribuições relevantes como referência às políticas públicas, em especial, aquelas que visam à elaboração e à implementação de programas de assistência técnica no contexto da política habitacional e urbana municipal, tal como demonstrado em trabalho recente realizado com representantes da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e da sociedade civil organizada². Da mesma forma, essa experiência busca contribuir continuamente para o debate sobre princípios e estratégias promotoras de territórios saudáveis e sustentáveis que a Fiocruz tem promovido, principalmente após a aprovação de um programa institucional para se dedicar ao tema, cujo termo de referência apresenta a fundamentação teórico-metodológica e as convergências na abordagem institucional sobre o tema³.

Déficit, inadequação habitacional e risco

O déficit e a inadequação habitacional são retrato da profunda desigualdade urbana reforçada pela dinâmica histórica e contemporânea da urbanização, comum à América Latina, que concentra as iniquidades em saúde nas áreas de maior pobreza urbana, favelas e periferias^{4,5}. O contexto da América Latina aponta que aproximadamente 85% da população é urbana, mais da metade da ocupação do território das cidades se reproduz sem ou com restrito investimento público, fazendo com que relevante parcela da população residente permaneça sem urbanização, nem saneamento e sem habitações adequadas, vulnerabilizada por um conjunto de condições desfavoráveis à saúde, a despeito da diversidade dessas condições e necessidades habitacionais, sendo esse um problema estrutural central de nossa realidade urbana⁶.

O déficit e a inadequação habitacional devem ser compreendidos, respectivamente, como a necessidade de nova habitação e de superação das condições inadequadas oferecidas pelas moradias, ambas representando indicadores que oferecem uma noção mais ampla das necessidades habitacionais de um país, em seus diversos recortes territoriais, sendo indispensáveis como orientadores de políticas públicas que lidam com um direito fundamental da população. As informações sobre o déficit e as inadequações habitacionais para a realidade brasileira são ilustrativas desse quadro anteriormente apresentado. O déficit habitacional calculado para os anos recentes de 2016 a 2019 para o Brasil equivale a mais de 8% do estoque total nacional de domicílios particulares permanentes e improvisados do País, e merece destaque o componente referente ao ônus excessivo de aluguel, que representa mais de 50% do total. As informações referentes à inadequação habitacional em domicílios urbanos duráveis, também de 2016 a 2019, apontam a necessidade de oferecer especial atenção às restrições e

aos limites enfrentados pela população mais pobre no acesso à terra, à moradia digna e às condições básicas de saneamento. Ressalta-se a inadequação de infraestrutura urbana que equivale a 23,5% dos domicílios brasileiros, em que o principal subcomponente apresenta o comprometimento do abastecimento regular e com qualidade de água, e a inadequação edilícia que é superior a 18% dos domicílios, na qual o principal subcomponente aponta a inexistência de reservatórios para armazenamento de água.

Com a pandemia da covid-19, os processos de vulnerabilização e os riscos à população se agravaram. A seguir, buscamos exemplificar alguns fatores presentes em três escalas de análise de vulnerabilidade e riscos que foram agravadas pela pandemia e que permanecem como complexa situação social na família, na moradia e no *habitat*.

Na escala da família, podemos citar o impacto devastador sobre o emprego formal e, principalmente, o informal; e, ainda, sobre a renda da população, situação que ampliou a exposição de parcela expressiva da população à fome e as dificuldades de acesso às condições mínimas para o enfrentamento da pandemia e de outras doenças infecciosas e crônicas, tanto em casa quanto fora dela.

Na escala da moradia, podemos citar a ausência de insolação, de ventilação, a presença de umidade e demais patologias da edificação que podem prejudicar as condições de imunidade dos residentes em longas permanências no espaço domiciliar. Além disso, a densidade intradomiciliar elevada e a coabitação de famílias no mesmo domicílio inviabilizam uma eventual necessidade de isolamento.

Na escala do *habitat*, podemos citar a insegurança quanto à posse da terra e da moradia como um problema que se agravou diante do risco de despejos e reintegrações de posse, que teve como resultado visível um aumento considerável da população em situação de rua, situação que ampliou de forma acentuada a exposição dessa população em um contexto em que permanecer em casa era considerada

uma das principais medidas não farmacológicas de contenção da pandemia. A ausência de infraestrutura urbana adequada e de serviços públicos, com especial atenção ao saneamento básico, e a falta de qualidade e o acesso intermitente à água representam outro grave problema, pois são também condições essenciais para a realização das medidas de higiene e prevenção de doenças.

Saúde urbana, a determinação socioambiental da saúde e a assistência técnica à habitação de interesse social

Os campos da saúde urbana e da promoção da saúde apresentam uma concepção ampliada de saúde em que as condicionantes vivenciadas pelas famílias, suas moradias e o ambiente onde estão localizadas constituem-se em alguns dos determinantes socioambientais da saúde e resultam em maior prevalência de doenças infecciosas e doenças crônicas⁷. A corrente latino-americana no campo da saúde coletiva, apesar de reconhecer que houve um avanço na ampliação do conceito e na abordagem da saúde, considera que essa perspectiva, adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), continua atrelada a uma relação causal na qual os determinantes sociais são assumidos como fatores externamente conectados. Essa corrente enfatiza a necessidade de incorporar, como metodologia interpretativa da saúde coletiva, o questionamento sobre as relações de poder da sociedade de mercado, a reprodução das classes sociais e o papel desempenhado pelo Estado como processos de determinação social da saúde, dado que reproduzem as condições que geram desigualdades e iniquidades em saúde.

Breilh⁸ defende que o espaço social urbano comporta processos e fatores mediadores de reprodução social das classes sociais, os quais

operam promovendo a saúde ou como forças destrutivas que negam a vida e promovem a deterioração da vida e a morte. Essa compreensão aponta que não bastaria reconhecer e atuar sobre os determinantes e as evidências dos impactos em saúde, mas seria necessário também reconhecer e atuar sobre os processos que definem a determinação socioambiental da saúde, orientada por uma prática integral de transformação, por meio de processos construídos de forma participativa e que visem fortalecer a autonomia e a capacidade de organização social da população, mediante o conhecimento de seus problemas e o domínio sobre as alternativas para enfrentá-los.

O contexto de emergência sanitária, dada a pandemia da covid-19, apontou para a necessidade de medidas excepcionais de apoio às populações vulnerabilizadas, associadas a medidas de curto e médio prazo de adequação na moradia e seu contexto urbano para a superação dessa histórica dívida social, que ameaça a saúde e a vida dessa população⁹. Corburn e Riley¹⁰ sustentam que a luta política pela equidade em saúde e justiça social nas cidades poderia ser fortalecida, com impacto mais significativo em territórios vulnerabilizados, caso os processos de determinação e os fatores que se destacam como determinantes socioambientais da saúde sejam utilizados como orientadores da formulação, monitoramento e avaliação da política urbana. É nesse sentido que se propõe refletir sobre o papel que a assistência técnica à habitação de interesse social pode assumir como política pública e estratégia promotora de territórios saudáveis.

A assistência técnica à habitação de interesse social propõe a atuação de profissionais no apoio a populações de baixa renda, na elaboração de projetos e no acompanhamento de obras visando à superação de inadequações habitacionais em seus diversos componentes. Em 2008, a assistência técnica foi estabelecida pela Lei federal nº 11.888, como direito e política pública a ser implementada pelas diversas esferas de gestão pública. Entretanto, desde as experiências pioneiras na década de 1970,

ainda são raras as experiências verificadas. Muitas delas são realizadas isoladamente ou de maneira não integrada por organizações não governamentais, grupos sociais organizados, entidades profissionais e instituições acadêmicas e científicas, não se refletindo nas estruturas institucionais públicas.

No entanto, iniciativas recentes têm ampliado a abordagem sobre a assistência técnica, antes concentrada em superar as inadequações nas moradias, passando a considerar em seu escopo as inadequações habitacionais relacionadas com a segurança da posse da terra, portanto, com a regularização fundiária das famílias, bem como aquelas relativas à infraestrutura urbana e à demanda por nova moradia, fortalecendo a perspectiva da integralidade e da intersetorialidade na reflexão e na ação. Novas abordagens nesse tema sugerem também que a política de assistência técnica à habitação de interesse social deveria constituir um serviço público, permanente e considerar a oportunidade de articulação com outras políticas públicas setoriais, especialmente aquelas que apresentam uma ação territorializada, notadamente com as equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as equipes da rede de assistência social².

O Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios doutrinários, a universalização, a equidade, a integralidade e seus princípios que dizem respeito à sua operacionalização, a regionalização, a descentralização e a participação social se apresentam como uma importante estratégia para a transformação social em defesa dos direitos e da saúde humana. A retomada do fortalecimento do SUS como política prioritária, nesse novo ciclo político iniciado em 2023, apresenta a oportunidade de articulação intersetorial com outras políticas que lidam com direitos universais e que tenham compromisso com a transformação da realidade nos territórios. Nesse sentido, o modelo de Atenção Primária à Saúde no Brasil, que define a atuação de equipes vinculadas a recortes territoriais e a um conjunto de famílias, tendo como unidade de análise e

intervenção o território utilizado, considerando suas especificidades, oferece uma estratégia possível de estruturação de uma política de assistência técnica e de sua articulação intersetorial com a saúde e outros setores.

O Programa de assessoria técnica à habitação saudável da Fiocruz Mata Atlântica

O Programa de assessoria técnica à habitação saudável à população residente no Setor 1 da Colônia Juliano Moreira representa parte das atividades realizadas pela equipe da Fiocruz Mata Atlântica no eixo ‘saúde urbana’, propondo uma assessoria técnica integrada e interdisciplinar e o apoio aos processos de autoempredimento pelos residentes. O programa busca atuar de forma prioritária sobre as iniquidades em saúde com atenção especial aos grupos mais vulneráveis e expostos a desastres, além da compreensão e da atuação de forma integral e sistêmica sobre as condicionantes do ambiente socialmente construído, considerando as relações entre determinantes sociais e saúde coletiva, tendo o território usado como base de participação social e intersetorialidade da ação e integração das políticas públicas pautadas em estratégias promotoras de saúde.

O denominado Setor 1 da Colônia Juliano Moreira está localizado na fronteira entre uma unidade de conservação ambiental, o Parque Estadual da Pedra Branca, e o tecido urbano da cidade que pertence aos bairros de Jacarepaguá, Taquara e Curicica, no município do Rio de Janeiro. O *campus* Fiocruz Mata Atlântica, contíguo à área das comunidades objeto deste estudo, também está inserido no Setor 1. Essa é uma área da União originalmente dedicada às atividades de um complexo de unidades voltadas à saúde mental que, desde 1999, iniciou um processo de reforma administrativa e fundiária, cedendo setores dessa área para outras instituições públicas. O Setor 1

foi cedido à Fiocruz com o compromisso de destinar a área às atividades presentes em sua missão institucional, buscando valorizar a relação saúde e ambiente na realização de pesquisas e desenvolvimento tecnológico, bem como apoiar a regularização fundiária das famílias residentes, cuja responsabilidade pela titulação é da Secretaria de Patrimônio da União (SPU), que permanece como proprietária da parcela da área ocupada pelas famílias.

Na *figura 1*, abaixo, é indicada a localização do *campus* da Fiocruz e do conjunto das comunidades onde o primeiro cadastro

social indicou a existência de 220 famílias. O território onde estão assentadas apresenta acentuada vulnerabilidade socioambiental, com um quadro dominante de baixa renda familiar, insalubridade e precariedade sanitária e habitacional, ocupações em áreas de risco geológico e em margens de córregos e linhas de drenagem. O assentamento apresenta uma ocupação fragmentada, em baixa densidade, situada em zona de amortecimento do Parque Estadual da Pedra Branca, o que define condições de difícil implantação de infraestrutura.

Figura 1. Mapa de localização do *campus* Fiocruz Mata Atlântica e das comunidades localizadas no Setor 1 da Colônia Juliano Moreira



Fonte: elaboração própria em QGis. Google Satélite, 2022, SRC utilizado EPSG: 3857 - WGS84. Equipe de Saúde Urbana do PDCFMA/Fiocruz, 2023.

O programa compreende a habitação como o espaço essencial para a garantia dos direitos à cidadania que assegurem um padrão mínimo de equidade e qualidade de vida, tendo sua atuação orientada pela perspectiva de um *habitat* mais saudável. Ademais, tem como

premissa que o acesso à terra e à moradia digna é o alicerce da política urbana e habitacional para a garantia do direito à cidade e o direito à saúde. As atividades são centradas no apoio ao processo de regularização fundiária e urbanística, à requalificação urbanística dos

assentamentos, às melhorias habitacionais nas edificações mais precárias e ao processo de construção de novas habitações para reassentamento de famílias que se encontrem localizadas em áreas de preservação ambiental, em situações de risco geológico ou com condições precárias de habitabilidade, que não seriam passíveis de serem sanadas.

Ao considerar a centralidade que o saneamento ambiental impõe sobre os processos de determinação da saúde e as características específicas desses sistemas, a proposta da Fiocruz envolve a assessoria técnica na aplicação de soluções sociotécnicas não convencionais, que sejam apropriadas e autoempreendidas pela população e que priorizem o caráter ecológico das alternativas adotadas. Além das vantagens relativas aos custos comparativos com soluções que visam integrar as comunidades que apresentam baixa densidade populacional nos sistemas convencionais de infraestrutura, tais propostas apresentam características que permitem prevenir a contaminação e proteger os recursos hídricos pelo não lançamento e o tratamento de efluentes domésticos, a compostagem de resíduos orgânicos e a coleta seletiva de resíduos sólidos e óleo de cozinha. Algumas intervenções na drenagem pluvial são necessárias para garantir a funcionalidade e a eficiência dos sistemas. Para assegurar o acesso à água de boa qualidade, o programa prevê a instalação de sistemas de captação e aproveitamento de água de chuva, melhorias hidrossanitárias, quando necessárias, e a reforma e gestão compartilhada de um sistema de abastecimento de água local que conta com um reservatório natural, localizado no entorno da unidade de conservação, próximo às comunidades.

Essas ações são desenvolvidas de forma integrada a outras que buscam apoiar a agricultura urbana agroecológica, o uso produtivo dos quintais, com efeitos não somente sobre a qualidade e a segurança alimentar como também sobre a renda familiar. Considerando a localização das comunidades na zona de amortecimento do Parque Estadual da Pedra

Branca, cujo bioma Mata Atlântica é considerado Reserva da Biosfera pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), a relação harmônica e equilibrada entre as comunidades e o parque é também propósito do projeto que busca contribuir com referências para as políticas públicas na atuação na comunidades oriundas do processo de urbanização não planejado no entorno de unidades de conservação ambientais urbanas. Para tanto, são desenvolvidas, pela equipe de saúde ambiental, pesquisas e intervenções de fauna e flora, vigilância em zoonoses, ações de restauração vegetal e educação ambiental que se articulam às atividades de saúde urbana.

Uma característica que merece ser destacada nessa experiência se refere à relevância conferida à definição de um pacto territorial sobre o qual se dá a integração das ações que se desenvolvem no território e se estrutura a assessoria técnica nas comunidades. A segurança da posse e o pacto no ordenamento territorial com as comunidades são compreendidos como essenciais para a busca de soluções coletivas, a governança territorial e para uma estratégia intersetorial de ações promotoras de saúde no território, tendo como ponto central a qualificação da residência e do *habitat*. O plano de regularização fundiária e urbanística tem enfoque sistêmico e interdisciplinar, e adota, como premissa fundamental, consubstanciado na missão da Fiocruz, a construção de um território mais equilibrado, inclusivo, sustentável e saudável.

Resultados parciais da experiência em curso

O trabalho foi iniciado com um conjunto de levantamentos e diagnósticos que permitiram à equipe multidisciplinar reunir as principais características socioeconômicas, ambientais e físicas dos assentamentos, tais como a ocupação efetiva de cada família, a identificação de situações de risco ambiental, sanitário e

estrutural presentes nas condições das moradias, em sua localização e considerando outros aspectos presentes nos processos de vulnerabilização que impactam as famílias. O plano foi elaborado por meio de um processo de construção participativa que contou com um conjunto de oficinas, em que todas as famílias eram convidadas, desde o início do recadastramento, até a elaboração dos estudos de urbanização e reordenamento do assentamento, incluindo a identificação de unidades a serem reassentadas e aquelas que seriam indicadas para receber melhorias habitacionais.

As especificidades locais orientaram o gradiente de ocupação sugerido, a proposta de titulação aos moradores e o redesenho urbanístico cuja proposta apresentou dimensões de lotes superiores aos recomendados pela legislação federal para projetos de habitação de interesse social, justificado pela necessidade de controle do adensamento e expansão da ocupação. Já a proposta para o título de posse da terra que deverá ser outorgado às famílias residentes busca evitar os efeitos perversos da especulação imobiliária, oferecendo a segurança jurídica da posse mediante o instrumento da concessão de direito real de uso para fins de moradia. Esse instrumento legal preserva a destinação social dos lotes e possibilita a inserção de cláusulas resolutorias, de caráter ambiental, que preservam o uso adequado da terra.

O Plano de regularização fundiária e urbanística foi aprovado, em 2011, pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e pelo órgão público federal responsável pelo financiamento de obras públicas, a Caixa Econômica Federal. Em 2013, essa prefeitura aprovou o projeto de urbanização integrada que incluiu os projetos que permitiam a licitação de obras para implementação do sistema viário, da iluminação pública, da infraestrutura de abastecimento de água, esgotamento sanitário e drenagem de águas pluviais, todos aprovados também pelas respectivas concessionárias públicas. O projeto contém os lotes para todas as famílias cadastradas, incluindo os lotes de reassentamento, bem

como os projetos das novas casas para essas famílias a serem reassentadas. Define ainda os limites de áreas privadas e públicas, as medidas dos lotes e o alinhamento dos logradouros públicos, assim como as áreas destinadas ao uso público.

O processo de planejamento participativo se deu em um contexto de articulação institucional com o governo federal e o governo municipal que, desde 2006, buscavam viabilizar a implementação da regularização fundiária e urbanística das comunidades localizadas nos diversos setores da Colônia Juliano Moreira. Desse esforço, resultou a aprovação de financiamento público à Prefeitura pelo programa federal de urbanização de assentamentos precários. O Programa de Aceleração de Crescimento (PAC) foi criado pelo governo federal, em 2007, para planejamento e execução de grandes obras de infraestrutura social, urbana e logística energética do País. O PAC Urbanização de Assentamentos Precários, também conhecido como PAC UAP ou PAC Favelas, tratou do investimento em obras de urbanização em assentamentos precários no Brasil.

O PAC UAP na Colônia Juliano Moreira foi implementado entre os anos de 2007 e 2015, quando foram elaborados os projetos básicos de urbanização e de novas moradias, mas nem todas as comunidades foram contempladas com investimentos em urbanização, provisão de unidades habitacionais para reassentamento e melhorias habitacionais, entre elas, as famílias do Setor 1. Uma das justificativas para a ausência de investimentos nesse setor se refere ao alto custo que representa integrar, no sistema convencional de saneamento básico, comunidades localizadas na periferia dos sistemas de infraestrutura que apresentam baixa densidade, lotes de dimensões maiores que a média e proximidade a uma unidade ambiental. Essas condições de localização e densidade se expressam em numerosas comunidades periféricas do município e do estado do Rio de Janeiro, também negligenciadas pelos investimentos públicos.

Com o encerramento dos investimentos previstos pela Prefeitura no PAC Colônia Juliano Moreira, as ações da Fiocruz no Setor 1 que estavam antes ancoradas na perspectiva do investimento público a ser realizado pela municipalidade passaram a estar também orientadas a processos de assessoria técnica por intermédio de diálogos sociotécnicos, centrada em processos de autoempredimento coletivos e individuais. A assessoria é realizada por meio de processos participativos com oficinas teóricas e práticas, ampliando a importância do espaço de acolhimento, escuta, mediação de conflitos e troca de saberes e informações com famílias moradoras do Setor 1. As ações desenvolvidas são coerentes com os planos e projetos já definidos pelo poder público responsável e orientadas pela superação das inadequações habitacionais já identificadas no Plano de regularização fundiária e urbanística.

Apontamentos preliminares que visam contribuir para políticas promotoras de saúde em territórios vulnerabilizados

Ao estabelecer a participação comunitária como princípio organizativo, o projeto utilizou as assembleias públicas e as reuniões locais como espaços estratégicos na reivindicação, na formulação, na execução, no controle e na avaliação das intervenções. Juntamente com essa instância de participação, o desafio que atualmente se coloca ao projeto é a construção da cogestão com o poder público nas intervenções de saneamento e a autogestão na realização de melhorias habitacionais e na construção de novas moradias destinadas ao reassentamento de famílias.

A reaplicação de tecnologias sociais que possibilitam a implantação, a gestão e a sustentabilidade na operacionalização de sistemas não convencionais, por meio da cogestão pública/comunitária, oferece alternativas ao

vácuo institucional no que se refere a formas particulares de intervenção sobre as necessidades habitacionais, fundiárias e ao saneamento ambiental. O modelo de operação dessas ações tem como condição o envolvimento da população em sua implementação e operação, que incluem a utilização de informações e conhecimento local para articular as relações entre determinantes socioambientais e a saúde coletiva. Ademais, busca viabilizar o conhecimento e o controle da população sobre seus problemas e direitos, assim como a definição de estratégias de atuação, na organização social e na relação com o poder público, contribuindo para fortalecer a autonomia e uma perspectiva emancipatória de indivíduos, grupos e comunidades.

Recentemente, nos últimos anos, foi possível recuperar a articulação institucional consolidada na assinatura, em dezembro de 2022, de um novo acordo de cooperação interinstitucional entre a Fiocruz, a Superintendência de Patrimônio da União e a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro visando à regularização fundiária e urbanística desses assentamentos. Mesmo considerando a responsabilidade assumida pela Prefeitura para desenvolver o processo de titulação e investimentos na requalificação urbanística, verifica-se o potencial de que esse processo fortaleça a experiência objeto deste trabalho como uma referência para a política municipal na atuação em assentamentos precários e, de forma específica, em contextos similares na cidade do Rio de Janeiro e em outras cidades – portanto, em assentamentos de baixa densidade, em franjas urbanas e em áreas de transição com áreas ambientalmente frágeis, oferecendo benefícios à saúde da população e melhores condições de preservação de importantes ecossistemas naturais.

Com relação ao enfrentamento das consequências da recente emergência sanitária e demais desafios epidemiológicos que permanecem, além da necessária ação emergencial de apoio às famílias em territórios vulneráveis, é fundamental implementar estratégias de

médio e longo prazo que possam lidar com os condicionantes habitacionais e urbanísticos que afetam a saúde e a qualidade de vida. Esse é um caminho que busca alterar qualitativamente as condições de enfrentamento dessa e de futuras emergências sanitárias e climáticas por essas populações, fortalecendo sua resiliência e sua capacidade de adaptação para condições cada vez mais adversas a serem enfrentadas.

A experiência apresentada reforça a perspectiva acima e ressalta a importância de que haja um processo participativo efetivo que compreenda um pacto territorial e possua definições claras em relação à segurança da posse da terra, que devem ser resultado de ações efetivas de regularização fundiária e urbanística, condicionantes para um processo sustentável e com potencial transformador sobre os processos de determinação social da saúde e, portanto, sobre seus determinantes. Da mesma forma, valoriza a perspectiva de uma assessoria técnica que integre os determinantes sociais da saúde na escala da família, da moradia e do *habitat*, e que esteja orientada em priorizar os grupos sociais mais vulnerabilizados, o que demonstra a relevância de equipes multidisciplinares afins ao campo da saúde urbana em ações territorializadas e intersetoriais e justificaria o emprego de recursos públicos humanos e materiais para esse fim. A gestão das soluções pelos próprios moradores de assentamentos populares, associada a assessorias técnicas de caráter público, apresenta o potencial de constituir iniciativas que unam a superação de vulnerabilidades socioambientais à capacitação profissional e geração de trabalho e renda, contribuindo para uma perspectiva emancipatória da população.

A articulação intersetorial nesses processos de assessoria técnica orientados por princípios promotores de territórios sustentáveis e saudáveis sugere a articulação de diversos setores das políticas municipais, com atenção para as políticas habitacionais, urbanas, socioambientais e de saúde. As reflexões e as estratégias que

foram apresentadas neste artigo evidenciam a oportunidade de implementar políticas públicas para assistência e assessoria técnica para habitação de interesse social, como serviço público, permanente e acessível a todos, na escala local, em uma abordagem territorializada. Nesse sentido, deve ser considerado o aprendizado com programas como a ESF do SUS, observadas as especificidades dos demais campos disciplinares, assim como o potencial de articulação intersetorial dessas políticas nos territórios.

A abordagem integrada em relação a escalas territoriais, aspectos da realidade, processos e fatores de determinação demanda a integração das ações de planejamento, gestão e de intervenção no território, de fortalecimento da resiliência e da capacidade de adaptação da população a desastres e na gestão de riscos, ampliando o compromisso da gestão pública com sua responsabilidade socioambiental. Outrossim, apresenta coerência e potencial de contribuir de forma efetiva para a agenda de construção de territórios potencialmente saudáveis e sustentáveis, a Nova Agenda Urbana (Habitat III – Quito 2016), a Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e a agenda de saúde urbana da OMS.

Colaboradores

Domingues LCSM (0000-0002-0902-2770)* contribuiu para aporte teórico-metodológico e contribuições substanciais para concepção do trabalho, coleta e sistematização das informações, análises sobre o caso referência, primeira redação, revisão e edição final do manuscrito. Silva GA (0009-0003-5714-2050)* contribuiu para debate sobre o aporte teórico-metodológico, análises sobre o caso referência e revisão do manuscrito. Ravera CB (0009-0002-0127-9739)* contribuiu para debate sobre o aporte teórico-metodológico, análises sobre o caso referência e revisão do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização das Nações Unidas. Informe: El impacto del Covid en América Latina y el Caribe [Internet]. [local desconhecido]: ONU; 2020 [acesso em 2023 abril 17]. Disponível em: <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020/07/informe-el-impacto-de-covid-19-en-america-latina-y-el-caribe#view>
2. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (RJ). Programa de Assessoria e Assistência Técnica e Melhorias Habitacionais em Habitação de Interesse Social – Diretrizes para elaboração. Relatório elaborado pelo Grupo de Trabalho, formalizado pelo Decreto Nº 48.408/2021. Rio de Janeiro: PCRJ; 2021.
3. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Institucional Territórios Sustentáveis e Saudáveis. Termo de Referência conceitual e metodológico e proposta de governança. Documento elaborado pelos membros do Grupo de Trabalho e Grupo Executivo instituídos pela Portaria 1284/2018-PR. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
4. Fundação João Pinheiro, Diretoria de Estatística e Informações. Déficit Habitacional e Inadequação de Moradias no Brasil. Principais resultados para o período de 2016 a 2019. Belo Horizonte: FJP; 2021.
5. UN-Habitat. Cities and Climate Change: Global Report on Human Settlements 2011. Washington: Earthscan; 2011.
6. Ezeh A, Oyebode O, Satterthwaite D, et al. The history, geography, and sociology of slums and the health problems of people who live in slums. *Lancet*. 2017;389(10068):547-558. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31650-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31650-6)
7. Buss PM, Pellegrini Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
8. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*, Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 87-125.
9. Ortiz C, Virgilio MM. Asentamientos precarios y vivienda social: impactos de la covid-19 y respuestas. [local desconhecido]: Laboratorios de Viviendas (LAVs); 2020.
10. Corburn J, Riley L, editores. *Slum health. From the cell to the street*. Oakland, California: University of California Press; 2016.

Recebido em 16/06/2023

Aprovado em 26/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Adriana Miranda de Castro e Franco Antonio Neri de Souza e Lima

Territorio y carencia de agua: una experiencia educativa en asentamientos informales en Turbo, Antioquia (Colombia)

Territory and lack of water access: an educational experience in disadvantaged neighborhoods in Turbo, Antioquia (Colombia)

Luz Natalia Rodríguez Villamil¹, Paulina Díaz-Mosquera²

DOI: 10.1590/2358-28982024E18569E

RESUMEN Esta reflexión emerge de un proyecto educativo orientado a mejorar algunos aspectos relacionados con el acceso y manejo del agua en tres barrios informales. El objetivo es reflexionar acerca de las nociones de territorio que se construyen en el contexto de proyectos educativos en comunidades que habitan barrios informales. El proyecto inició con la conformación de un grupo de participantes quienes realizaron la cartografía social de sus barrios para identificar aspectos críticos sobre agua y saneamiento. La validación de los mapas y los recorridos por cada sector aportaron elementos para los talleres relacionados con acceso, manejo, cuidado y derecho al agua, que posteriormente fueron multiplicados en cada comunidad. Este proceso permitió reconocer situaciones relacionadas con la negación del derecho al agua, el malestar, la tensión entre ilegalidad e informalidad, las maneras en que las comunidades resuelven sus necesidades y las relaciones que establecen con su territorio, en medio de grandes inequidades. En conclusión, existe una relación profunda entre salud y territorio, que se hace más evidente en comunidades en condiciones críticas. Los proyectos de educación para la salud requieren hacer un trabajo situado y establecer una mirada interdisciplinaria, que reconozca la complejidad e interdependencia de las dinámicas sociales y ambientales.

PALABRAS CLAVE Abastecimiento de agua. Agua potable. Educación en salud. Territorio sociocultural. Condiciones sociales.

ABSTRACT *This reflection derives from an educational project focused on raising awareness about some aspects related to the access and management of water in three disadvantaged neighborhoods. The objective is to reflect on the notions of territory build in the context of educational projects in communities inhabiting disadvantaged neighborhoods. The project began with the formation of a group of participants who carried out social mapping of their neighborhoods to identify critical aspects of water and sanitation. Map validation and the paths followed in each sector provided the input to design the workshops, related to access, management, care and the right to water, which were subsequently multiplied in each community. This process allowed us to understand the situations derived from the denial of access to water, discomfort, and tension between illegality and informality as the modes people in these communities have chosen to address their needs, and the relationships they establish with their territory in the midst of huge inequalities. In conclusion, there is a deep relationship between health and territory which is blatant in communities that face critical life conditions. The projects on health education require situated work and to define an interdisciplinary perspective that acknowledges the complexity and interdependence of social and environmental dynamics.*

KEYWORDS *Water supply. Drinking water. Health education. Social conditions. Sociocultural territory.*

¹Universidad de Antioquia, Escuela de Nutrición y Dietética - Medellín (ANT), Colombia. luz.rodriguez@udea.edu.co

²Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología - Medellín (ANT), Colombia.



Introducción

Aproximarnos a la cotidianidad de quienes habitan zonas sin cobertura de servicios públicos nos sitúa frente a la brecha entre el derecho al agua y su materialización. La Organización de las Naciones Unidas define al agua como “bien público fundamental para la vida y la salud”⁽¹⁾ y establece “el derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico”⁽²⁾. La fundamentación de ese derecho pasa por reconocer el agua como bien ambiental, económico, social y cultural².

Según las Naciones Unidas, una de cada tres personas carece de acceso seguro a agua potable³. La Organización Mundial de la Salud reconoce que la migración y los procesos de urbanización acelerada dificultan las capacidades de responder a la demanda de servicios⁴. En Colombia, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida evidencia las inequidades sociales: en 2019, en las cabeceras municipales, el acceso al acueducto era del 97,2%, mientras en el resto (centros poblados y rural disperso) sólo llegaba al 54%⁵.

La comprensión plena de esta realidad implica reconocer la perspectiva de quienes padecen diariamente tales situaciones. Esta fue la premisa de un proyecto de investigación realizado en comunidades sin acceso al agua, que continuó con uno de extensión universitaria. Los aprendizajes de esta experiencia dieron lugar a la presente reflexión.

Esta experiencia se situó en Turbo, municipio con un área de 3090 kilómetros cuadrados, ubicado en el departamento de Antioquia, Colombia, en la subregión de Urabá, zona estratégica de gran riqueza ecosistémica, con costa en el mar Caribe y una economía basada en la producción de plátano y banano para exportación, ganadería, otros cultivos para consumo interno y pesca^{6,7}.

A pesar de su importancia, en Urabá se expresan las diferencias en el desarrollo

interregional. Mientras la Encuesta de Calidad de Vida de Antioquia 2021, reporta para el Valle de Aburrá, subregión de mayor desarrollo económico, un 4,5% de hogares pobres⁸ (pobreza multidimensional) y una cobertura residencial de agua potable, para 2020, de 95.3%⁹, en Urabá el porcentaje alcanza el 16%⁸ y 58,9%⁹ respectivamente. Por su parte, en Turbo, la cobertura de agua potable, en 2020, fue de 43,6%⁹.

El trabajo que aquí presentamos tuvo lugar en los barrios Pescador 1, Pescador 2 y El Esfuerzo. Los dos primeros se empezaron a poblar en los años 70, en un área de manglares de gran importancia ambiental. Por su parte, El Esfuerzo se conformó hacia 2010, mediante invasión a una zona aledaña a las lagunas de aguas residuales de la zona urbana. En los barrios, cada familia ha construido y adecuado su vivienda según sus posibilidades económicas.

Buena parte de la población llegó a estos barrios por desplazamiento forzado, en especial del vecino departamento del Chocó, en donde tenían acceso al agua de ríos que, aunque no reunía condiciones de calidad, les permitía resolver necesidades cotidianas.

Durante la etapa de investigación, se reconocieron prácticas y usos relacionados con el agua; los hallazgos fueron la base para diseñar y ejecutar, dos años después, la propuesta de extensión como una manera de contribuir, mediante un proceso educativo, al mejoramiento de algunas situaciones cotidianas, en coherencia con consideraciones éticas como la reciprocidad y el retorno social de la información¹⁰.

Antecedentes: el momento de la investigación

La investigación, realizada desde la perspectiva etnográfica, inició en febrero de 2012, con el objetivo de describir las percepciones, prácticas y usos relacionados con el agua por parte de los habitantes de estos barrios y permitió describir las diversas fuentes de agua, usos,

manejo de acuerdo con la calidad percibida y las dinámicas para obtenerla¹¹. Entre sus resultados cabe mencionar: el agua se obtenía mediante compra a vendedores informales, recolección de agua de lluvia, agua de mar, pozas, quebradas y pozos artesanales, o compra de agua potable envasada; cada familia, según sus posibilidades de acceso, conocimientos y experiencias, establecía prácticas de obtención, transporte, tratamiento y almacenamiento de agua, así como usos según la calidad percibida; se identificaron prácticas de tratamiento, como dejarla asentar, tratarla con productos en cantidades no estandarizadas para desinfectar y evitar la propagación de mosquitos, pero pocas veces reportaron la práctica de hervirla; las tareas relacionadas con el agua se designaban a una o varias personas del hogar según la conformación, dinámica familiar y capacidad económica. La categoría ‘vivir sin agua’ describe el malestar y las implicaciones de esta carencia en la vida cotidiana: se invierte más tiempo, dinero y esfuerzo para tener agua en condiciones inadecuadas; se experimenta preocupación por no contar permanentemente con agua; de ahí se derivan dinámicas vecinales que van desde la solidaridad hasta las tensiones; la noción del derecho al agua se desdibuja porque se aspira a contar con agua aún sin las condiciones de acceso y calidad, además, se prolonga la sensación de malestar ante la falta de respuestas institucionales; la carencia de agua limita las posibilidades de una alimentación saludable y coherente con sus prácticas alimentarias; finalmente, aún en las precarias condiciones de sus barrios, las personas expresan el valor e importancia que tiene para ellos su vivienda, porque representa la certeza de tener un espacio que habitan y sobre el cual deciden.

El proyecto de extensión

La propuesta fue planteada por tres profesoras de unidades académicas del área de la salud: Facultad de Enfermería, Facultad de Odontología y la Escuela de Nutrición

y Dietética, quienes tuvieron como perspectiva de comprensión la salud colectiva, entendida como campo científico y ámbito de prácticas, cuyo objeto de conocimiento se sitúa en los límites de lo biológico y lo social, que reconoce la salud como estado vital, articulado a la estructura social y a los procesos de producción y reproducción social, reconoce su complejidad e historicidad, entiende las acciones en salud como prácticas sociales¹² y surge como desafío ante un modelo médico hegemónico que no responde a las necesidades de salud de las poblaciones¹³.

Un aspecto esencial en la propuesta de extensión fue reconocer que las condiciones de vida en estos barrios evidenciaban la negación de derechos fundamentales y que, aunque el proyecto no tenía a su alcance solucionar el problema, podía contribuir con aspectos relacionados con los conocimientos y prácticas de las personas en su relación con el agua.

El abordaje de esta realidad nos remite al concepto de territorio como escenario de comprensión de las condiciones sociales y de las prácticas relacionadas con la salud y el ambiente. Basados en Giménez, podemos decir que el territorio hace referencia a la apropiación social e instrumental del espacio y a su apropiación cultural, simbólica, de soporte de identidades individuales y colectivas y a un entramado de relaciones y significaciones¹⁴. El territorio no sólo se refiere a lo físico, sino que incluye a los procesos sociales y sujetos, con quienes se establece una relación en la cual se transforman mutuamente¹⁵.

Por todo lo anterior, el presente texto surge como reflexión de la experiencia vivida a partir de preguntas relacionadas con la relación salud y territorio y el desarrollo de proyectos educativos en comunidades. Su objetivo es reflexionar acerca de las nociones de territorio que se construyen en el contexto de proyectos educativos con comunidades que habitan espacios urbanos informales.

Material y métodos

El proceso metodológico estableció como soportes la participación, la memoria y la construcción de un camino común que diera sentido a las comprensiones de la investigación previa, en armonía con las dinámicas de los territorios y con base en preguntas que fueron un punto de partida para el trabajo con las comunidades: ¿cómo aportar desde la academia a un problema cuya solución está más allá de su alcance?, ¿cómo retribuir a las comunidades su participación en investigación con un proyecto educativo?, ¿cómo dialogar con las expectativas de las personas frente a la carencia de agua?

Para los encuentros iniciales, se convocaron participantes del proyecto de investigación realizado previamente, a quienes se les solicitó invitar otros vecinos, con lo cual se conformó un grupo de treinta representantes de los barrios. Así mismo, con la intención de construir y fortalecer vínculos con actores territoriales, acudimos a instituciones de la región que participaran con conocimientos y aspectos logísticos. Estos momentos enriquecieron la comprensión del problema con los puntos de vista institucionales, que explicaban desde sus lógicas las limitaciones para solucionar el problema de carencia de acueducto. Un elemento particularmente sensible fue la temporada de sequía de ese momento, reconocida como la más drástica de los últimos años, que representaba tensión con un proyecto que no prometía mejoras inmediatas de la situación.

Gran parte del proyecto se estructuró en siete talleres propuestos con base en los hallazgos ya mencionados, que abarcaron entre otros temas: calidad del agua, métodos no convencionales de tratamiento, cuidado corporal y derecho al agua. Los talleres incluían un momento para compartir experiencias sobre el tema, diálogo con invitados institucionales y construcción conjunta de reflexiones, prácticas y posibles aplicaciones. Cada participante consignaba en un portafolio los materiales y realizaba actividades de reflexión y consulta para consolidar aprendizajes.

Dar sentido a estos talleres requirió del reconocimiento y apropiación del territorio; con este fin, se propuso partir de la cartografía social, definida por Barragán como una “metodología cualitativa, de carácter territorial”¹⁶⁽¹⁴⁸⁾, que permite “llegar al fondo de las representaciones y significaciones que se realizan de los territorios”¹⁶⁽¹⁵²⁾. Según Montoya, la elaboración de mapas ha sido una manera de que las comunidades y los movimientos sociales expresen “desde sus lugares y conocimientos, las realidades sociales, ambientales, económicas, culturales y políticas que quieren confrontar, resistir y cambiar”¹⁷⁽¹⁴⁹⁾.

En cada barrio se conformó un grupo de participantes para elaborar el mapa de su entorno cercano e identificar allí lugares y momentos relacionados con la situación del agua. La actividad empezó con una puesta en común de conocimientos previos a partir de preguntas tales como: ¿qué es un mapa?, ¿por qué es importante?, ¿para qué sirve?. Un plano municipal, facilitado por la alcaldía local ayudó a identificar los barrios y dar sentido a esta representación. A partir de allí, reconociéndose como habitantes de su territorio, empezaron la elaboración colectiva del mapa de su barrio, en el cual representaron referentes y dinámicas relacionadas con el agua.

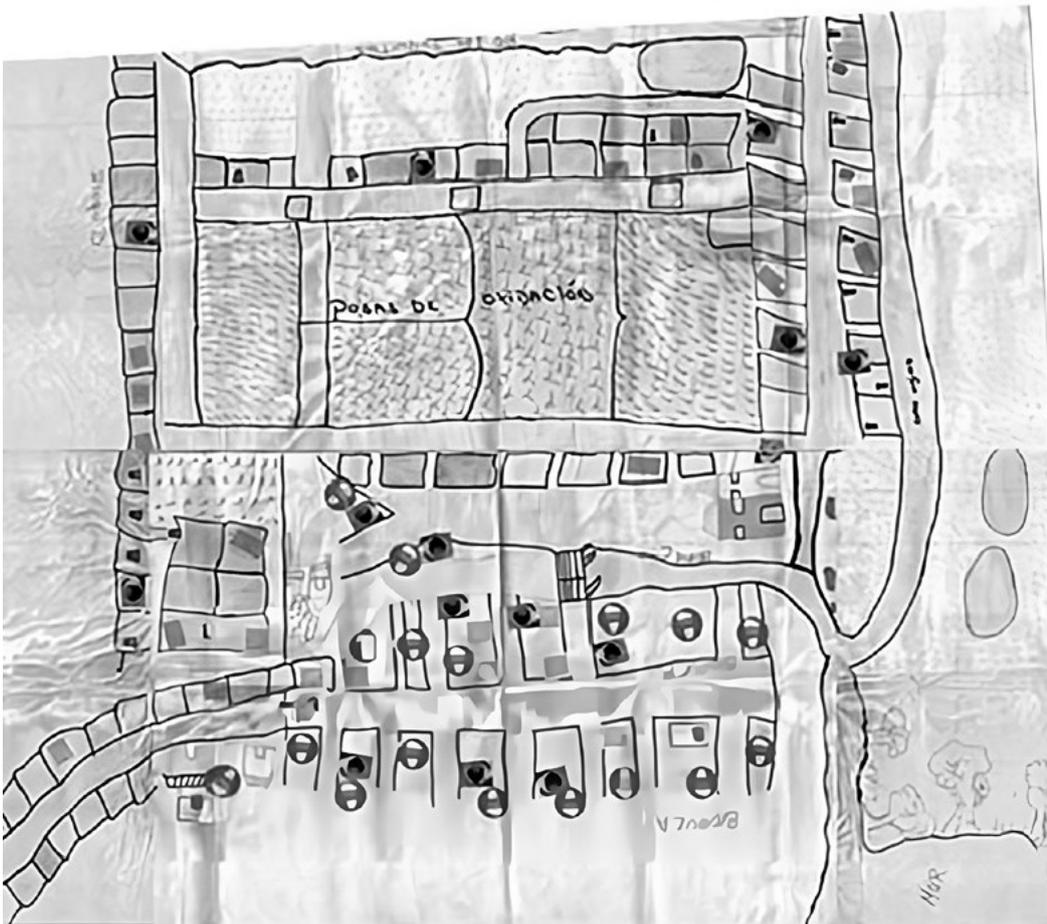
El ejercicio se realizó en tres momentos: elaboración del mapa, recorridos por los barrios y resignificación de los mapas; se vincularon al ejercicio niños y jóvenes familiares y vecinos de los adultos participantes. Para el primer momento, se dispusieron materiales de papelería e imágenes autoadhesivas validadas por los participantes que representaban elementos del entorno relacionados con el manejo del agua. En un proceso de diálogo y concertaciones, se decidieron los límites, se escogieron los primeros dibujantes y se plasmó la imagen. Cada participante vigilaba que su casa estuviera presente, que sus situaciones quedarán plasmadas y compartieron historias mientras dibujaban, coloreaban o ubicaban los símbolos. La elaboración fue un momento para expresar tensiones, dificultades y alternativas acerca del agua en los barrios.

El proceso continuó con los recorridos por cada barrio, en los cuales se reconocieron los lugares significativos y las prácticas de obtención, transporte, almacenamiento y tratamiento plasmadas en los mapas. Las personas expresaron las dificultades que viven con el agua, las prácticas y formas de acceso y las visiones acerca del futuro de sus territorios;

además, los profesionales del proyecto tuvieron la oportunidad de comprender estas experiencias.

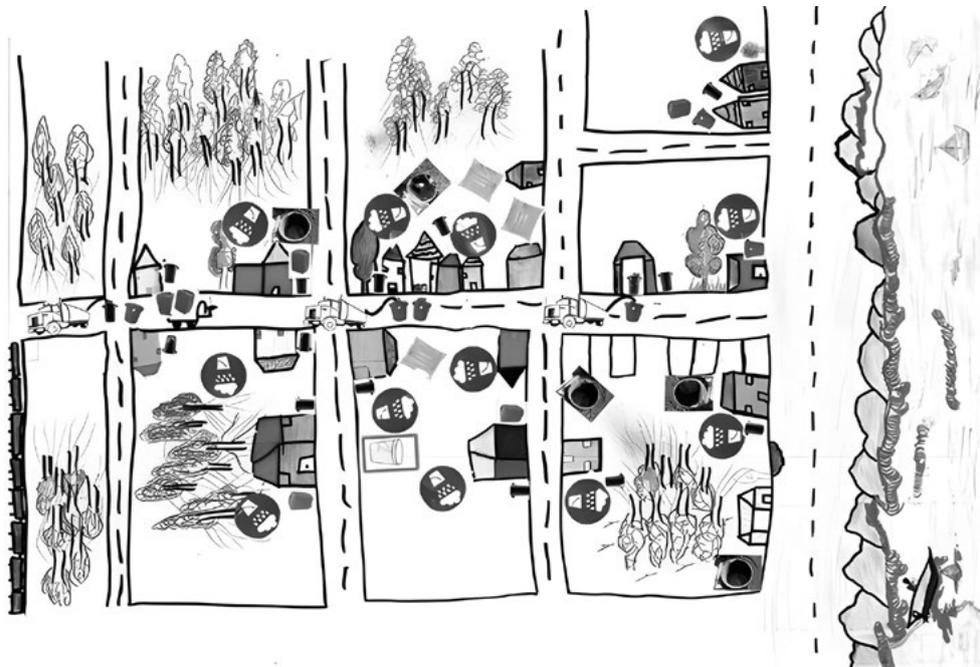
En el tercer momento, los mapas fueron revisados y ajustados por los participantes, hasta tener las versiones definitivas, que se reconocieron como construcciones vividas de sus territorios (*figuras 1, 2 y 3*).

Figura 1. Mapa del barrio El Esfuerzo



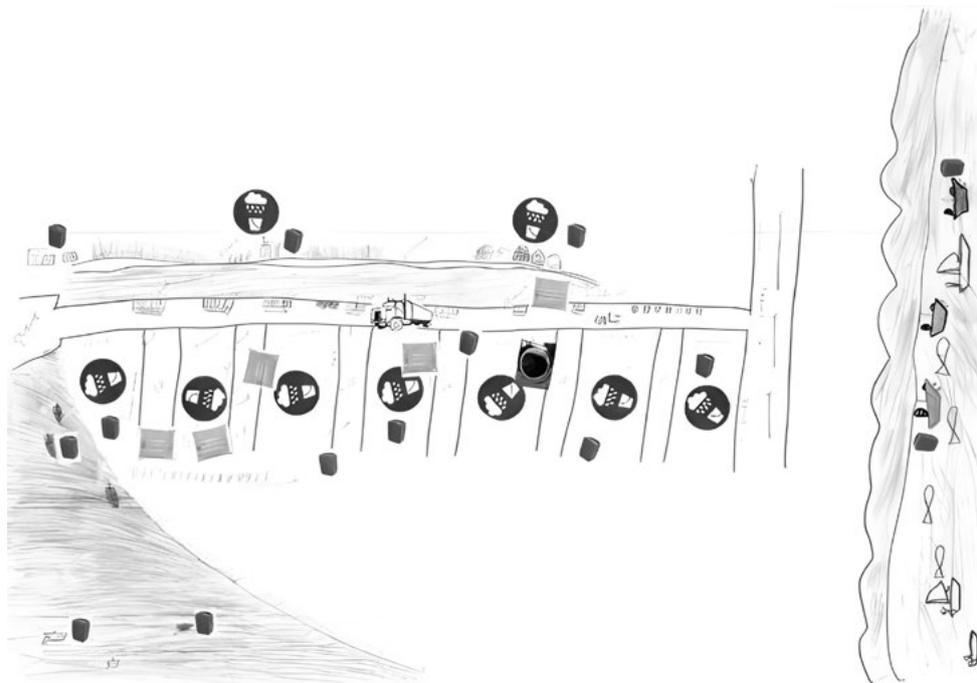
Fuente: elaboración de la comunidad.

Figura 2. Mapa del barrio El Pescador 1



Fuente: elaboración de la comunidad.

Figura 3. Mapa del barrio El Pescador 2



Fuente: elaboración de la comunidad.

Luego de la cartografía, se consolidó un grupo de 18 líderes quienes participaron en el proceso educativo. El proceso se apoyó con una cartilla y una lotería, cuyos diseños y contenidos se basaron en los temas de los talleres y la realidad de los barrios.

En la etapa final, los líderes planearon y divulgaron lo aprendido a sus familias y comunidades, acompañados en algunos momentos por profesionales y estudiantes vinculados al proyecto.

El registro de toda esta experiencia se recopiló en relatorías, entrevistas a algunos participantes, fotografías e informes.

La ética fue un asunto permanente en el proyecto; antes de vincularse, las personas recibieron información sobre los objetivos y propuestas, posteriormente concretaron su aprobación con la firma de un consentimiento informado grupal. Se propusieron constantes reflexiones éticas en los espacios colectivos más allá de los marcos institucionales¹⁸ y las lógicas académicas, relacionadas con los alcances del proyecto ante problemas estructurales y complejos, la relación entre quienes llegamos desde afuera y quienes viven en estos territorios. Igualmente, fueron criterios permanentes el reconocimiento de los participantes como sujetos portadores de conocimiento y experiencia y el respeto a sus decisiones¹⁰. Aunque los proyectos de extensión no tienen establecido como requisito, por parte de la Universidad, el aval de un comité de ética, un equipo de evaluadores analizó aspectos relacionados con la pertinencia académica y social, los objetivos, las acciones previstas y el plan de manejo que establece cómo prevenir, corregir, mitigar y compensar efectos y daños que se pudieran ocasionar a las personas o al ambiente. Luego de la evaluación, el proyecto fue aprobado mediante Resolución 042, de 1º de diciembre 2014, de la Vicerrectoría de Extensión de la Universidad de Antioquia y posteriormente se elaboró y firmó el acta de inicio 3241141, el 2 de febrero de 2015.

Resultados

La cartografía social permitió poner en común problemas relacionados con el agua y con el hecho de vivir en zonas sin cobertura de acueducto; se expresaron tensiones y malestares con las instituciones estatales, percibidas como negadoras del derecho al agua y se reconocieron las dinámicas establecidas en las comunidades para consolidar sus viviendas y proveerlas informalmente de servicios básicos; se propiciaron diálogos acerca de la historia de los pobladores, se expresaron cansancio, agotamiento y malestar relacionados con la carencia del agua y se expusieron alternativas a la situación.

Con la cartografía, se posibilitó una lectura del territorio que expresa asuntos que no aparecen en los discursos oficiales y tienen que ver con la connotación de ilegalidad de estos barrios, como manifiesta una participante:

[...] el mapa, sí... muy importante... tenemos las pozas, tenemos la comunidad, el caserío, miramos que eso es una geografía que de pronto no existe municipalmente, no está en la geografía del municipio porque es una invasión. Nosotros la tenemos asentada como comunidad. (entrevista mujer participante barrio El Esfuerzo).

También las personas expresaron sus experiencias como sujetos que, enfrentando una realidad adversa, llegaron a un entorno y enfrentaron dificultades para convertirlo en su territorio:

[...] uno se acostumbra, uno se adapta. Mire que por ejemplo si usted es de clima frío y se viene para clima cálido, los primeros días sufre, pero después ya la coge... todo es sacrificio en la vida, si vamos a lucharle por algo, hay gente que está metida en el cuento y quieren superarse o quieren salir adelante, entonces hay que someterse al cuento. (entrevista hombre participante, barrio El Pescador 1).

[...] en las casas construidas sobre el manglar habitan unas 220 familias... preguntamos acerca de posibilidades de reubicación, y él nos dice que se ha planteado en un terreno cercano a la plaza de mercado, pero las personas no quieren irse tan lejos, porque piensan que allá no podrán vender el pescado. Y afirma: 'la que come es el hambre y la que camina es la necesidad'. (diálogo con participante de El Pescador 2, relatoría abril)

Estos fragmentos expresan que, al apropiarse de este espacio desde sus posibilidades materiales, incluso afectando al ecosistema, las familias defienden su derecho a habitarlo y ser reconocidos como ciudadanos; ahí residen tensiones con el discurso institucional que ha justificado el no proveer los servicios de agua:

[...] nos vienen a decir que no tenemos derecho a nada, que no nos ponen el agua porque están en zona de riesgo [...] si no tenemos derecho a nada, entonces ¿cómo los otros barrios tienen agua? (entrevista, mujer participante, barrio El Pescador 2).

Con la elaboración de los mapas y los recorridos, los profesionales que acompañaron el proyecto pudieron acercarse a la comprensión de las maneras como las personas habitan sus barrios y con ello, superar un abordaje centrado en el riesgo de enfermedad, lo no saludable y proyectar sus actividades con base en el reconocimiento de los sujetos, las lógicas que tienen sus prácticas y los conocimientos que comparten.

El proceso también propició en los participantes reflexiones acerca de la comprensión de los espacios que habitan, su pertenencia comunitaria y la necesidad de actuar para transformar, que contribuyeron a reforzar el respeto y la solidaridad:

[...] hemos creado una amistad grande, porque con el barrio del Esfuerzo no me conocía con ellos ni el barrio y lo conocí a través de este proyecto. Lo había oído mencionar, pero no sabía dónde quedaba y para mí fue algo especial por tener otro barrio cercano, otros

compañeros, otros vecinos... (relatoría noviembre, mujer participante barrio El Esfuerzo).

En medio de condiciones como las aquí presentadas, la reflexión acerca del derecho al agua pasa por reconocer la evidente negación, incluso de los mismos pobladores de los barrios, quienes desde su vivencia terminan limitando su perspectiva sobre este derecho a aspectos mínimos que mitiguen algunas de las situaciones cotidianas, como lo expresan incluso niños y niñas que se integraron a algunas actividades:

Quisiera que metieran el agua por acá, no me gusta ir a conseguir agua los pozos porque pesa mucho. (niña participante de actividad, barrio El Pescador, relatoría junio).

[...] quisiera que el servicio siquiera llegara acá, que pudiera uno ir a un zanjón así como hay allá afuera y sacarla de ahí... muy bueno sería... porque realmente esa agua que utilizamos acá pa' bañarnos, es muy mala. (hombre participante, barrio el Esfuerzo, entrevista individual).

Finalmente, emergen las tensiones relacionadas con el proceso de poblamiento de estos barrios en zonas no aptas para vivienda; lo que afecta seriamente a un ecosistema tan frágil e importante como los manglares. Hay diversas implicaciones ambientales y sociales frente a las cuales la respuesta estatal ha sido débil, poco oportuna y desarticulada.

Discusión

La comprensión del territorio para un trabajo situado

La mirada territorial puede asumirse como marco de comprensión de las lógicas y prácticas de las personas que habitan su espacio, las particularidades del poblamiento de los barrios, las maneras en que cada comunidad

y familia ha construido su espacio vital y unos referentes simbólicos; también, de la diversidad de aprendizajes vividos en este proyecto.

En este sentido, la cartografía social significó la posibilidad de construir conocimiento dialógico y reconocer a los pobladores como agentes activos que, en su proceso de asentamiento y adecuación del espacio, producen conocimientos desde sus territorios¹⁹. Se ha reconocido la contribución de la cartografía social para que ante sus necesidades en salud, una comunidad evidencie sus elementos territoriales y fortalezas más allá de los enfoques centrados en el riesgo²⁰; al respecto, Muñoz y colaboradores proponen no limitarse a identificar ciertos territorios como de riesgo sino reconocer y adentrarse en las dinámicas sociales y las lógicas de quienes los habitan, para llegar a la idea de riesgos territorializados²¹; que alude en este caso a la manera como se perciben desde lo institucional los habitantes de los barrios.

Nociones de territorio que se construyen

Situados en el territorio, emergen los sentidos que tienen para sus habitantes vivir allí, su relación con el espacio que habitan, el sentido de dignidad que representa para ellos tener una vivienda y las maneras cómo resuelven sus necesidades desde sus posibilidades, mientras sienten el abandono del Estado. La diferencia de poblaciones que habitan territorios ancestrales y han establecido una vinculación social, cultural y de reconocimiento a lo que les ofrece el medio natural, con lo cual construyen conocimiento empírico, dinámico y abierto²², en el caso que aquí nos ocupa, cabe preguntarse cómo entender la apropiación del territorio por parte de comunidades que llegaron por desplazamiento forzado y carencias económicas y deben enfrentarse a un espacio frágil ante la presencia humana y muchas veces distinto al que tenían en sus lugares de origen. ¿cómo se configuran sus prácticas en condiciones adversas como las

de estos barrios, para adaptarse a un entorno distinto y suplir sus necesidades básicas, con las subsiguientes tensiones y conflictos derivados de esas maneras de habitar el territorio? Aquí la reflexión abarca la relación con agua, manglares, aire y peces, particularmente sensibles cuando la supervivencia implica ejercer presión sobre ellos.

Lo anterior cobra importancia, como afirma Rincón²³, en las múltiples esferas y dinámicas de pertenencia a un territorio que se construyen en la condición de migrante a partir de diversas experiencias biográficas que aportan a la configuración de la identidad propia, con nexos múltiples que atraviesan la subjetividad.

Un estudio realizado en una comunidad de pescadores del mismo municipio concluyó que las incertidumbres socioeconómica, ambiental y política impiden que la comunidad construya sentido de pertenencia y territorialidad, así como usos y manejos de los recursos para que puedan renovarse y permanecer para futuras generaciones²⁴. Por su parte, Bocarejo²⁵ propone considerar, en la gobernanza del agua, las prácticas cotidianas de las poblaciones y su relación con plantas, animales, objetos y, en síntesis, lo que hacen alrededor de la gestión del agua.

En cuanto a la connotación de ilegalidad/informalidad, Santillán y Puga²⁶ en un estudio en barrios asentados en zonas de riesgo, enfatizan en la comprensión de las relaciones entre pobladores y territorio, que suelen desconocerse desde las instituciones y autoridades; destacan que quienes habitan estos barrios reconocen sus condiciones, ante lo cual no tienen otra opción; por lo tanto, se requiere una lectura cultural del riesgo que implica reconocer el arraigo, la presencia de los sujetos en los espacios comunes de vida pública y, en últimas, profundizar en el concepto de 'habitar'.

Al respecto, Zuluaga y Grisales²⁷ plantean que se generan injusticias espaciales cuando la expansión del espacio urbano se planea desde una lógica tecnócrata, cuyas obras no alivian la pobreza de sectores que no pueden acceder a la vivienda, los cuales ganan una connotación

de ilegalidad y son invisibilizados, lo que a su vez lleva a que ellas causen injusticias en sus maneras de ocupar el territorio. Así mismo, Borde y Torres²⁸ toman de Firpo-Porto el concepto de zonas de sacrificio, aquellas en donde se evidencia la contaminación ambiental, lo insustentable del modelo de desarrollo y la negación de los derechos fundamentales.

Territorio, agua y salud confluyen en esta experiencia para evidenciar la relación entre el derecho a la ciudad, que hace referencia a poder habitar y “ciudades, pueblos y asentamientos urbanos justos, inclusivos, seguros, sostenibles y democráticos”²⁹, las aspiraciones de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en relación con el acceso universal participativo y equitativo al agua potable³ y el derecho a la salud, en lo expresado por Águila:

si las ciudades representan y perpetúan diferencias, desigualdades y exclusiones, el derecho al disfrute más alto de salud posible se verá mermado en su ejercicio y cumplimiento³⁰.

Las perspectivas ambientales que proponen abordajes complejos tienen mucho que aportar, Faccendini³¹ afirma que los daños ambientales vulneran el desarrollo sustentable y el abordaje de estos problemas requiere entender aspectos jurídicos, sociales, económicos y políticos. Realidades como la aquí presentada son propicias para reconocer lo ambiental y a los seres humanos como parte integrante, quienes afectan el equilibrio, pero a la vez reclaman un espacio para vivir y habitar.

Conclusiones

Las reflexiones aquí planteadas aportan desde una realidad concreta a la discusión sobre la complejidad de los fenómenos de salud y su innegable relación con el territorio. Estas comunidades viven profundas inequidades, que las han llevado a establecer unas maneras de habitar el territorio y unas prácticas de

acceso, tratamiento y almacenamiento del agua que generan conflictos con otros actores: naturaleza, instituciones y otras comunidades, situación que se hace más compleja en la medida en que el Estado se ha ausentado de sus responsabilidades.

El planteamiento de un proyecto educativo en salud en comunidades asentadas en zonas informales debe comprender cómo se viven desde el territorio las relaciones con el medio, superar abordajes limitados al riesgo sanitario y reconocer las maneras con las cuales las personas se relacionan con el entorno, no siempre de forma segura ni sustentables, para buscar alternativas pertinentes de las cuales ellas sean partícipes.

Es condición para estos trabajos el reconocimiento mutuo entre habitantes y actores externos desde la premisa de que habrá divergencias y no todo se resolverá en el diálogo. Una visión que reconozca que estos asuntos no son competencia de una sola disciplina y que las personas hacemos parte de la naturaleza podrían ser punto de partida para aportar en la concreción del derecho al agua y en el avance hacia condiciones dignas para las comunidades, en mejores relaciones con su entorno.

Agradecimientos

A la Universidad de Antioquia, seccional Urabá por el acompañamiento humano, logístico y técnico. A los participantes del proyecto por su compromiso y todo lo aprendido.

Colaboradores

Rodríguez-Villamil LN (0000-0001-7237-1917)* y Díaz-Mosquera P (0000-0002-4885-6807)* contribuyeron por igual tanto en la elaboración del presente manuscrito como en la realización del proyecto que le dio origen. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referencias

1. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Observación general N° 15 (2002). Ginebra; UN; 2003.
2. Colombia. Defensoría del pueblo. Avance del derecho humano al agua en la Constitución, la ley, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales 2005-2011. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2012.
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de desarrollo sostenible. Objetivo 6: Agua limpia y saneamiento [Internet]. [localización desconocida]; UN; 2023 [acceso en 2022 mar 11]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/water-and-sanitation/>
4. World Health Organization. UN-Habitat. Global report on urban health: equitable healthier cities for sustainable development. WHO: Genva; 2016.
5. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín Técnico: Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2019 [Internet]. Bogotá: DANE; 2020 [acceso en 2023 feb 4]. p. 1-24. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2019/Boletin_Tecnico_ECV_2019.pdf
6. Turbo. Alcaldía municipal. Mi municipio [Internet]. Turbo: Alcaldía; [data desconhecida] [acceso em 2022 sep 12]. Disponible en: <https://www.turbo-antioquia.gov.co/MiMunicipio/Paginas/Informacion-del-Municipio.aspx>
7. Turbo. Alcaldía municipal, Concejo municipal. Plan de Desarrollo 2016-2019. Turbo educado y en paz. Turbo; 2016.
8. Antioquia. Gobernación. Encuesta calidad de vida 2021 [Internet]. Medellín: Gobernación de Antioquia; 2021 [acceso em 2023 mar 4]. Disponible en: <https://www.antioquiadatos.gov.co/index.php/calidad-de-vida-2021/>
9. Antioquia. Gobernación. Anuario Estadístico de Antioquia 2020 [Internet]. Medellín: Gobernación de Antioquia; 2020 [acceso em 2023 mar 3]. Disponible en: <https://www.antioquiadatos.gov.co/index.php/biblioteca-estadistica/anuario-estadistico-de-antioquia/anuario-estadistico-de-antioquia-2020/servicios-publicos-2020/>
10. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Eafit; 2004.
11. Rodríguez-Villamil N, Restrepo-Mesa S, Zambraño-Bejarano I. Carencia de agua y sus implicaciones en las prácticas alimentarias en Turbo, Antioquia. *Rev Salud Pública*. 2013;15(3):421-433.
12. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública*. 1998;32(4):299-316. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>
13. Casallas AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Rev Cienc Salud (Bogotá)*. 2017;15(3):397-408. DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
14. Giménez G. Territorio, cultura e identidades. La región socio-cultural. En: Rosales R, coordinadora, editor. *Globalización y regiones en México*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2000. p. 19-51.
15. Echeverría MC, Rincón A. Ciudad de territorialidades: polémicas de Medellín [Internet]. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, Centro de Estudios del Hábitat Popular; 2000 [acceso en 2023 sep 7]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/70030>

16. Barragán-León AN. Cartografía social: lenguaje creativo para la investigación cualitativa. *Soc y Econ*. 2019;(36):139-159. DOI: <https://doi.org/10.25100/sye.v0i36.7457>
17. Montoya-Arango V. Cartografías y diversidad epistémica en la producción de conocimiento. En: Eschenhagen ML, Vélez-Cuarta G, Maldonado C, et al. editores. *Construcción de problemas de investigación: diálogos entre el interior y el exterior*. Medellín: Universidad de Antioquia, Fondo Editorial FCSH, Universidad Pontificia Bolivariana; 2018. p. 149-73.
18. Rodríguez A, Viñar ME, Reyno M, et al. La ética en el encuentro. Reflexiones a partir de la instrumentación del consentimiento informado en investigaciones cualitativas. *Psicol Conoc Soc*. 2020;10(1):252-281. DOI: <https://doi.org/10.26864/PCS.v10.n1.12>
19. Montoya-Arango V, García-Sánchez A, Ospina-Mesa C. Andar dibujando y dibujar andando: cartografía social y producción colectiva de conocimientos. *Nómadas*. 2014;(40):190-205.
20. Loaiza Betancurth DP, Vélez Álvarez C, Sánchez Palacio N. Cartografía social: construyendo territorio a partir de los activos comunitarios en salud. *Entramado*. 2020;16(1):138-151. DOI: <https://dx.doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.1.6081>
21. Muñoz-Duque LA, Restrepo-Ochoa DA, Agudelo-Cadavid RM, et al. De geografías del riesgo a riesgos territorializados. Un abordaje multinivel como apuesta ante la esencialización del riesgo y los territorios en salud pública. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2020;19:1-15. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.grrt>
22. Vásquez A, López R. Las disputas por el territorio: saberes ancestrales y políticas gubernamentales sobre la naturaleza en regiones indígenas de Querétaro, México. En: Barrera-Bassols N, Floriani N, editores. *Saberes locales, paisajes y territorios rurales en América Latina*. Popayán: Universidad del Cauca; 2017. p. 131-158.
23. Rincón Zárate U. Fenomenología de la inmigración: frontera, territorialización, desplazamiento y sentido de pertenencia. *Rev Interdiscip Mobili-dade Humana*. 2021;29(61):241-256. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006114>
24. Gómez Aguirre AM, Turbay S. Relación de una comunidad de pescadores del golfo de Urabá (Colombia) con los ecosistemas de manglar y su conservación. *Rev Estud Soc*. 2016;12(55):104-119. DOI: <https://doi.org/10.7440/res55.2016.07>
25. Bocarejo Suescún D. Gobernanza del agua: Pensar desde las fluctuaciones, los enmarañamientos y políticas del día a día. *Rev Estud Soc*. 2018;(63):111-118. DOI: <https://doi.org/10.7440/res63.2018.09>
26. Santillán A, Puga-Cevallos E. Habitar territorios en riesgo: apropiaciones espaciales y disputas simbólicas en dos barrios periféricos de Quito. *Íconos*. 2022;(75):81-102. DOI: <https://doi.org/10.17141/iconos.75.2023.5511>
27. Zuluaga L, Grisales A. La (in)justicia espacial y la producción social de los asentamientos informales en Colombia. *Cuad Geogr Rev Colomb Geogr*. 2020;29(1):118-132. DOI: <https://doi.org/10.15446/rcdg.v29n1.73099>
28. Borde E, Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde debate*. 2017;41(esp2):264-275. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s222>
29. ONU-Hábitat. Componentes del derecho a la ciudad [Internet]. [localización desconocida]: ONU-Hábitat; 2020 feb 24 [acceso en 2023 sep 8]. Disponible en: <https://onuhabitat.org.mx/index.php/componentes-del-derecho-a-la-ciudad>
30. Águila-Kiwi R. Intersecciones entre el derecho a la salud y el derecho a la ciudad. *Crítica urbana*

[Internet]. 2022 [acceso en 2023 sep 8];(26):28-29. Disponible en: <https://criticaurbana.com/intersecciones-entre-el-derecho-a-la-salud-y-el-derecho-a-la-ciudad>

31. Faccendini A. La nueva humanización del agua. Una lectura desde el ambientalismo inclusivo. Buenos Aires: CLACSO; 2019. 158 p. DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctvt6rmpm>

Recibido en 15/05/2023

Aprobado en 16/10/2023

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: el Banco Universitario de Programas y Proyectos de la Universidad de Antioquia, en la IX Convocatoria de proyectos de Convergencia Académica y Social 2014 financió la ejecución del proyecto. La Corporación para el Desarrollo Sostenible de Urabá, Corpourabá cofinanció el diseño y elaboración de materiales educativos

Editores responsables: Adriana Miranda de Castro y Bruna Drumond Silveira

Intervenções territoriais e comunitárias em saúde mental de comunidades tradicionais de Paraty

Territorial and community interventions in mental health of traditional communities in Paraty

Helena Fonseca Rodrigues^{1,2}, André Vinicius Pires Guerrero¹, Mauro de Lima Gomes^{1,2}, Leon de Souza Lobo Garcia³, Jaqueline Tavares de Assis¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18701P

RESUMO Relato de experiência que apresenta parceria entre o Núcleo de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, o Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina e o Fórum de Comunidades Tradicionais de Angra dos Reis, Paraty e Ubatuba, o qual resultou em um projeto de intervenções territoriais e comunitárias em saúde mental em Paraty. O objetivo foi promover intervenções nesse campo considerando aspectos socioeconômicos, ambientais e de saúde, integrando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as metas da Agenda 2030. O projeto desenvolveu atividades de diagnóstico, articulação, intervenção e monitoramento, utilizando metodologias como educação popular, educação permanente, pesquisa-ação e sistematização de experiências. Participaram residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Escola de Governo Fiocruz Brasília, além de um supervisor clínico institucional bolsista, fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial do município. Atividades como reconhecimento do território, rodas de conversa, entrevistas e trabalho em equipe multiprofissional foram realizadas para compreender o sofrimento mental valorizando os saberes comunitários e as tradições. A relação com a rede formal de saúde mental foi estabelecida para implementar o matriciamento e ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental nas comunidades.

PALAVRAS-CHAVE Comunidades tradicionais. Saúde mental. Intervenção comunitária. Redes de Atenção à Saúde. Reconhecimento do território

ABSTRACT Experience report presenting a partnership between the Mental Health Alcohol and Other Drugs Center, the Observatory of Sustainable and Healthy Territories of Bocaina, and the Forum of Traditional Communities of Angra dos Reis, Paraty, and Ubatuba resulted in a project of territorial and community interventions in mental health in Paraty. The goal was to promote interventions in this field considering socioeconomic, environmental, and health aspects, integrating the Sustainable Development Goals and the targets of the 2030 Agenda. The project developed diagnostic, articulation, intervention and monitoring activities, using methodologies such as popular education, permanent education, action research and systematization of experiences. Residents of the Multiprofessional Residency Program in Mental Health, Alcohol, and other Drugs from the FIOCRUZ Brasília School of Government participated, as well as an institutional clinical supervisor fellow, strengthening the municipality's Psychosocial Care Network. Activities such as territory recognition, conversation circles, interviews, and multiprofessional teamwork were carried out to understand mental suffering valuing community knowledge and traditions. The relationship with the formal mental health network was established to implement matrix support and expand access to mental health care in communities.

KEYWORDS Traditional communities. Mental health. Community intervention. Health care networks. Territory recognition.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília, Brasil. zedirodrigues@gmail.com

²Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina (OTSS) – Paraty (RJ), Brasil.

³Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Instituto da Psiquiatria do Hospital das Clínicas (IPq) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

O objetivo do presente artigo é apresentar um relato de experiência de projeto desenvolvido por meio da parceria entre o Núcleo de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas (Nusmad), o Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina (OTSS) – ambos vinculados à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – e o Fórum de Comunidades Tradicionais de Angra dos Reis, Paraty e Ubatuba (FCT), em que se executou o projeto de intervenções territoriais e comunitárias em saúde mental voltado às comunidades tradicionais do município de Paraty.

Comunidades tradicionais muitas vezes enfrentam desafios únicos relacionados com a saúde mental devido a fatores socioeconômicos, culturais, ambientais e estruturais. Ademais, estigma, acesso limitado a serviços de saúde mental, falta de recursos e barreiras linguísticas ou culturais podem dificultar o acesso a cuidados adequados. Além desses fatores, as comunidades tradicionais também estão sujeitas a riscos específicos relacionados com desastres ambientais e tecnológicos, que podem ter impactos significativos no bem-estar psicossocial e no bem-viver. Portanto, a vulnerabilidade dessas comunidades é ampliada, requerendo intervenções específicas que considerem não apenas os aspectos clínicos da saúde mental, mas também os determinantes sociais, culturais e ambientais que influenciam diretamente na saúde mental dessas populações.

O problema abordado no artigo reflete uma lacuna na prestação de serviços de saúde mental que atendam adequadamente às necessidades das comunidades tradicionais de Paraty. A falta de intervenções adaptadas às realidades dessas comunidades pode resultar em altos índices de sofrimento mental não tratado, baixa qualidade de vida e dificuldades adicionais no enfrentamento de desafios sociais e ambientais.

Detalham-se as diferentes intervenções e atividades realizadas no projeto, incluindo

diagnóstico das necessidades das comunidades, articulação com os diversos atores envolvidos, intervenções específicas em saúde mental, tecnologias de cuidado e atenção psicossocial, monitoramento dos resultados e integração com a rede formal de saúde mental do município.

O conceito transversal do projeto aqui relatado é o de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (TSS), que se referem a áreas geográficas onde são adotadas práticas e políticas integradas que promovem o desenvolvimento sustentável, equilibrando aspectos socioeconômicos, ambientais e de saúde. Esses territórios visam à promoção da saúde, qualidade de vida, preservação do meio ambiente, assim como buscam garantir a sustentabilidade em longo prazo. Impulsionada por essa ideia, a Fiocruz criou a iniciativa institucional de articulação de saberes e práticas sobre a determinação socioambiental da saúde, considerando a integralidade aspiracional da Agenda 2030, visando assegurar qualidade de vida e sustentabilidade nos territórios, o Programa Institucional de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (Pitss), que, em 2020, abriu edital para projetos, contemplando 13 estratégias territorializadas em TSS, entre elas, a experiência ora apresentada^{1,2}.

O Projeto visou desenvolver intervenções em saúde mental, tecnologias de cuidado e atenção psicossocial considerando as especificidades culturais e os dispositivos públicos como recurso, partindo da geração de dados sobre o impacto da pandemia na saúde mental das comunidades tradicionais do município de Paraty, mais especificamente, aquelas que se encontram na bacia do rio Carapitanga. Observações empíricas oriundas do diálogo com lideranças do FCT indicaram que problemáticas relacionadas com o uso de substâncias psicoativas e violência foram agravadas pela situação de isolamento social, aumentando a demanda por atenção e promoção à saúde. A isso, agreguem-se fatores do processo de marginalização do território e do modo tradicional de vida causado por leis ambientais que desconsideram a ocupação ancestral dessas áreas.

A atuação do projeto no território se tornou campo de Estágio Eletivo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Escola de Governo Fiocruz Brasília (especialização *latu sensu* com enfoque na atenção psicossocial) durante o ano de 2021, que não pôde se estender durante o ano de 2022 devido à ocorrência de catástrofes climáticas na região, direcionando os esforços do projeto ao fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do município por meio de ações de matriciamento e supervisões clínico-institucionais, assim como para a temática dos riscos de desastres ambientais e tecnológicos e das consequências à saúde mental das comunidades tradicionais.

A intervenção buscou produzir compreensões sobre sofrimento mental que dialoguem com o pensamento decolonial, rompendo paradigmas e instaurando práticas embasadas nos saberes comunitários, nas tradicionalidades, historicidade, cosmovisões, sistemas simbólicos e suas múltiplas determinações. Os referenciais da Educação Popular em Saúde permitiram ampliar as possibilidades de promoção de saúde na perspectiva de produção de sentidos e sentimentos, afirmando seus princípios orientadores: o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com o projeto social democrático e popular. Ações de supervisão clínico institucional complementam as iniciativas de produção de subjetividades requeridas para a promoção do bem viver.

Material e métodos

O presente estudo propõe uma análise baseada na vivência dos autores durante a condução do projeto ‘Intervenções territoriais e comunitárias em saúde mental’. A partir das experiências compartilhadas, busca-se não apenas relatar as atividades realizadas, mas também promover reflexões sobre processos, desafios, conquistas e aprendizados obtidos

ao implementar o matriciamento em saúde mental e a supervisão clínico-institucional na Raps no município de Paraty. O objetivo central está na prestação de cuidados às comunidades tradicionais, que enfrentam pressões e ameaças sociais, ambientais e econômicas que impactam diretamente seus modos de vida e seu bem-estar.

Este relato de experiência oferece uma oportunidade para explorar os complexos aspectos envolvidos na integração de serviços de saúde mental em contextos comunitários específicos. Ao destacar os sucessos alcançados, bem como os desafios enfrentados ao lidar com as necessidades dessas comunidades, o estudo proporciona *insights* valiosos para profissionais da área da saúde e formuladores de políticas.

Além disso, o enfoque na supervisão clínico-institucional ressalta a importância de fortalecer a capacidade das redes de atenção psicossocial para oferecer um cuidado mais abrangente e centrado em seus usuários. Ao promover uma cultura de supervisão e aprendizado contínuo, o projeto buscou melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental disponíveis, garantindo um atendimento mais eficaz e inclusivo para as comunidades tradicionais e outras populações vulnerabilizadas do território.

O projeto, teve financiamento vinculado ao edital do programa Inova para Territórios Sustentáveis e Saudáveis sob a numeração 64171556725729, e conforme exigido, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 61032222.6.0000.8027, tendo sido aprovado por meio do parecer consubstanciado de número 5.699.218.

Resultados

A proposta inicial do projeto o organizava em quatro etapas: 1) Diagnóstico; 2) Articulação e pactuação; 3) Intervenção; e 4) Monitoramento

e avaliação das atividades. Cada etapa, de forma coerente com os objetivos pretendidos, ancorou-se nos seguintes referenciais metodológicos:

- **Educação Popular:** inclui os movimentos sociais no campo da saúde, ampliando as possibilidades de promoção de saúde a partir da perspectiva de produção de sentidos e sentimentos, orientados pelo diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a construção do projeto social democrático e popular³.
- **Educação permanente:** possibilita a transformação dos processos de trabalho das equipes dos dispositivos de cuidado, por meio da reflexão crítica das práticas, teorização pelo conhecimento científico e valorização do trabalhador e do trabalho na saúde⁴.
- **Pesquisa-Ação:** metodologia de investigação-ação que valoriza os participantes como sujeitos, construtores de conhecimentos advindos da vivência real, organizados em um processo de retroalimentação em duas dimensões – ação e investigação – e em quatro etapas – planejar uma melhoria da prática; agir para implementar a melhoria planejada; monitorar e descrever os efeitos da ação; avaliar os resultados da ação; em que a dimensão da ação gera elementos para a dimensão da investigação, que gera elementos para reformular a ação⁵.
- **Sistematização de experiências:** processo dialógico, político e pedagógico da ‘interpretação crítica dos processos vividos’, que contribui para refletir sobre as experiências, implicando a identificação, a classificação e o reordenamento dos elementos da prática; utiliza a experiência como objeto de estudo e interpretação teórica, possibilitando a formulação de lições e a disseminação. É instrumento para a prática transformadora, realizada por metodologias participativas

testadas na América Latina, a sistematização busca reconstruir experiências. Sistematizar implica compreender, registrar, ordenar, de forma compartilhada, a dimensão educativa de uma experiência vivenciada⁶.

- **Supervisão clínico-institucional** (Portaria GM nº 1.174, de 7 de julho de 2005): dispositivo de formação das equipes de cuidado que visa à gestão compartilhada da clínica psicossocial, nas dimensões clínica e institucional, possibilita a construção de projetos terapêuticos que articulem os conceitos de sujeito, rede, território e autonomia. Sustenta a ação dos profissionais nos serviços, conduzindo a uma produção de conhecimento a partir da própria prática clínica. O supervisor opera como facilitador do trabalho e produção em equipe⁷.

A experiência agregou também os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e as metas da Agenda 2030, visto que a saúde mental é crucial na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, adotada pelas Nações Unidas em 2015. Composta por 17 ODS, a agenda abrange áreas como erradicação da pobreza, igualdade de gênero, energia limpa e saúde. A saúde mental é mencionada explicitamente em dois ODS: o ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, e o ODS 16, que busca sociedades pacíficas e inclusivas, acesso à justiça e instituições responsáveis. No ODS 3, a saúde mental é considerada essencial para o bem-estar geral e a saúde das pessoas. Destaca-se a importância de acesso a serviços de saúde mental de qualidade, prevenção e tratamento de transtornos mentais, bem como a promoção do bem-estar psicológico em todas as idades. No ODS 16, a saúde mental é vista como essencial para a construção de sociedades pacíficas e inclusivas. Reconhece-se a importância do acesso a serviços adequados de saúde mental para promover justiça, igualdade e inclusão social. A participação significativa das pessoas com experiência em sofrimento

mental também é valorizada na tomada de decisões e na formulação de políticas.

A proposta, em sua dimensão analítica, ancorou-se nos referenciais teóricos do 'Bem Viver'. Oriunda da cosmologia indígena, a expressão traduz o modo de vida dos povos originários, uma cosmovisão que integra várias culturas, portanto, o 'Bem Viver' pode ser entendido como uma plataforma de pensamento intercultural em construção, que olha para o futuro para construir alternativas de desenvolvimento⁸.

As primeiras atividades desenvolvidas foram de alinhamento e articulação entre as unidades da Fiocruz envolvidas, começando com a realização de reunião com a coordenação do FCT para pactuação das atividades nas comunidades, roda de conversa virtual com a equipe do OTSS para apresentação do projeto e *podcast* com a temática da saúde mental, introduzindo a pauta no circuito do território. Já os residentes, antes da vinda para o território, tinham encontros semanais com a pesquisadora do projeto, em que o tema da saúde mental das comunidades tradicionais e o contexto do território foram estudados e debatidos.

Destes encontros semanais com os residentes, destaca-se a análise das publicações do Projeto Povos, que foi um importante instrumento de reconhecimento do território e especificidades das comunidades onde as intervenções comunitárias são realizadas. O projeto, fruto de uma exigência ambiental para a produção de petróleo e gás pela Petrobras na Bacia de Santos e executado pelo OTSS, utilizou metodologias de cartografia social que possibilitaram a caracterização das comunidades e a dinâmica de seus territórios. No documento, tornam-se evidentes todas as pressões, os conflitos, as humilhações sociais, as violências e as vulnerabilidades às quais essas comunidades estão submetidas e que invariavelmente afetam as condições de saúde mental dessas populações. Igualmente, evidencia-se que práticas tradicionais, valorização da cultura e tecnologias sociais atuam de maneira

protetiva à saúde mental, uma vez que trazem vivacidade às interações comunitárias⁹.

A participação presencial dos residentes foi organizada em trios ou duplas, de maneira que, na vinda deles para atuação no projeto, permitia a colaboração dos profissionais em equipe multiprofissional. Em 2021, entre os meses de agosto e novembro, uma dupla e dois trios de residentes estiveram no território por aproximadamente 25 dias, onde puderam desenvolver atividades de reconhecimento da rede que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS) e entrevistas, atividades de reconhecimento e rodas de conversa nas comunidades.

Desde o início da elaboração do projeto, estabeleceu-se interlocução com a rede formal (SUS) de saúde mental do município e com as equipes das unidades de saúde indígena presentes no território de atuação. O município conta com 1 Centro de Atenção Psicossocial (Caps) tipo I localizado na região central da cidade, e com outras 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo que o cuidado e a atenção dos casos de saúde mental (leves, graves ou moderados) estão hoje sob responsabilidade exclusiva do Caps. Nesse contexto, os esforços do projeto na relação com a rede de saúde se direcionaram à implementação do matriciamento em saúde mental para todo o município, de forma que outras comunidades tradicionais de outros microterritórios também passem a ser beneficiadas pelas ações do projeto, possibilitando que o cuidado dos casos leves e moderados sejam incorporados pela 12 UBS do município. Essa estratégia tem por objetivo facilitar o acesso universal ao cuidado em saúde mental por aqueles que precisam e fortalecer o SUS no município.

A opção pelo matriciamento em saúde mental se deve ao fato de se tratar de uma estratégia que visa integrar equipes de saúde mental especializadas com equipes de atenção básica, promovendo colaboração e melhorando o cuidado em saúde mental. O objetivo é fortalecer a capacidade das equipes de atenção básica por meio de suporte técnico, capacitação

e consultoria, aumentando a resolutividade de suas ações de saúde mental. O matriciamento envolve a troca de conhecimentos, a discussão de casos clínicos, as capacitações e a definição conjunta de estratégias de cuidado. Isso amplia o acesso, melhora a qualidade do cuidado, reduz o estigma e promove trabalho em equipe, interdisciplinaridade e continuidade do cuidado. Em suma, o matriciamento busca integrar equipes de saúde mental às de atenção básica, fortalecendo o cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS)^{10,11}.

Tal estratégia foi adotada e pactuada com a Secretaria Municipal de Saúde de Paraty (SMS-Paraty) a partir da análise dos diálogos com as equipes, visitas aos serviços e articulações realizadas, bem como dos diálogos com as comunidades. Chegou-se a um entendimento de que as pessoas das comunidades abrangidas pelo projeto muitas vezes necessitam de atenção em saúde mental e não o fazem por possuírem dificuldade (financeiras e de mobilidade) em seguir o acompanhamento no serviço especializado. Inicialmente, as atividades do matriciamento ocorreram de maneira virtual em decorrência da pandemia da covid-19, bem como pelos impactos das fortes chuvas que assolaram a região e inviabilizaram a locomoção pelo território durante um período. Os encontros virtuais semanais também viabilizaram a criação de um grupo em aplicativo de mensagens, que se tornou um canal de comunicação permanente de troca de informações e demandas entre os profissionais da APS, Caps e hospital.

Os encontros quinzenais com as equipes da rede (divididas em dois grupos) passaram a contar com a participação de um supervisor clínico-institucional. Os encontros buscaram levantar com os trabalhadores da rede as manifestações de sofrimento mental mais relevantes do ponto de vista da saúde coletiva. O uso prejudicial de substâncias psicoativas e as tentativas de suicídio emergiram como temas que mais preocupam a comunidade e os trabalhadores da saúde. Optou-se por centrar

a discussão na compreensão das diversas dimensões da vida nos territórios que produzem sofrimento mental, localizando riscos e potencialidades dos recursos que as comunidades e seus sujeitos dispõem. Discutiram-se ainda recursos da prática de cuidado em saúde mental, como projeto terapêutico singular e atividades grupais, e a articulação de rede entre APS, Caps e o hospital geral como estratégias de potencializar e ampliar as ações nesse campo. Essas discussões visaram aprimorar o cuidado oferecido às pessoas que sofrem, garantindo uma abordagem mais abrangente e centrada nas pessoas, suas comunidades no contexto de pressões e conflitos aos quais os povos e comunidades tradicionais estão submetidos em seus territórios.

Durante todos os encontros, tanto com os residentes como nas atividades com a rede do município, nas discussões, foi possível refletir com as equipes sobre o território da Serra da Bocaina, que se encontra entre as duas maiores metrópoles do país – Rio de Janeiro e São Paulo – e estende-se por três municípios: Angra dos Reis (RJ), Paraty (RJ) e Ubatuba (SP). Nesse território, vivem mais de cem comunidades tradicionais caiçaras, indígenas e quilombolas, ameaçadas por megaempreendimentos, como o Terminal Baía da Ilha Grande (Tebig), o estaleiro Brasfels, as usinas nucleares Angra 1 e 2, a economia do petróleo e gás, a pesca industrial e um grande projeto de turismo, com condomínios e *resorts* que causam vários impactos socioambientais e à saúde, incluindo a pressão sobre os territórios tradicionais.

OS temas relacionados com riscos, danos e impactos das mudanças climáticas e catástrofes e as consequências psicossociais de tais eventos e pressões também foram abordados durante a execução do projeto, no entanto, não somente com as equipes da Raps do município de Paraty, mas também com equipes de outros projetos desenvolvidos pelo OTSS. Destas discussões, destacam-se dois desdobramentos: a elaboração e implementação de projeto de formação prática de trabalhadores do SUS em elaboração de planos de recuperação e

contingência multirrisco em comunidades tradicionais, contemplando discussões e ações de atenção psicossocial; e o apontamento de impactos à saúde mental gerados pela presença da economia do petróleo e gás no território.

Discussão

A execução do projeto possibilitou maior entendimento e compreensão sobre as demandas de saúde mental das comunidades tradicionais da bacia do rio Carapitanga e viabilizou importante articulação com a rede sus local para que as ações de atenção à saúde mental do município, antes centralizadas no Caps, pudessem se capilarizar pelas unidades da atenção primária, ampliando o acesso e a possibilidade de cuidado no território das comunidades tradicionais.

O matriciamento se consolidou como um importante espaço de discussão e cuidado em saúde mental na APS, que seguirá como um legado do projeto no território. Ademais, a presença da pauta no OTSS abriu diversas perspectivas e ampliou o debate sobre saúde mental, além do *podcast* produzido e das rodas de conversa. O tema foi incorporado a outras discussões em andamento, como no grupo de trabalho que debate os impactos da presença da economia do petróleo no território e nos espaços de discussão sobre planos de recuperação e contingência para catástrofes ambientais, que têm sido cada vez mais recorrentes na região; assim trazidas à tona de forma ainda mais evidente as demandas relacionadas com a saúde mental no território, uma vez que tais eventos geram traumas em comunidades. Destaca-se que os desdobramentos aqui relatados aproximaram o projeto, suas reflexões e as produções da proposta do *campus* avançado e do plano de trabalho interinstitucional, colocando a saúde mental e o fortalecimento do SUS em definitivo no OTSS.

O projeto contribui para o fortalecimento dos SUS por meio de ofertas para a qualificação das ações de cuidado em saúde mental local

com a previsão de desenvolvimento de ações de educação permanente da supervisão clínica dos dispositivos de cuidado em saúde mental. Já a construção de espaços intersetoriais de discussão fortalece a Raps e amplia as possibilidades do cuidado de base comunitária. O desenvolvimento de tecnologias de cuidado psicossocial em liberdade está alinhado aos pressupostos da reforma psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) e coloca o SUS em ações de sustentabilidade nos territórios articuladas aos ODS, fortalecendo a equidade, a universalidade e a integralidade e as diretrizes da participação social, possibilitando a promoção da saúde integrada à cultura local. O campo de estágio da residência multiprofissional contribui para o SUS pela formação de profissionais de saúde críticos e sensíveis às necessidades e à realidade das comunidades tradicionais

Pode-se afirmar que o projeto mudou a perspectiva de atenção à saúde mental no município de Paraty, em especial, a atenção voltada aos povos e às comunidades tradicionais, uma vez que, durante a etapa diagnóstica, foi percebido que os casos leves e moderados presentes nas comunidades não encontravam seu ponto de atenção nas unidades de atenção primária. As discussões de caso e as superviões clínico-institucionais tiveram enfoque na pessoa em sofrimento, e em seu contexto de vida, possibilitando o olhar sobre as comunidades tradicionais a partir dos geradores desse sofrimento, como os conflitos e as pressões do modo de vida e produção hegemônico, o racismo ambiental entre outros.

O projeto passou por importante mudança de rota após os 12 primeiros meses devido à catástrofe ambiental ocorrida na região, inviabilizando a circulação de residentes no território por período suficiente para desconectar as ações do projeto ao calendário da residência. As condições de segurança de vidas humanas foram ameaçadas na região em decorrência de fortes chuvas entre os dias 31 de março de 2022 e 3 de abril de 2022 na cidade de Paraty-RJ, onde foram registradas diversas ocorrências de alagamentos, obstruções de

vias e rodovias vicinais, deslizamento de terra, desmoronamento de casas e devastação de roçado (meio de alimentação).

Diante disso, a estratégia se voltou ao fortalecimento da Raps por meio da contratação de supervisor, que colaborou de maneira efetiva nas discussões. Diante do cenário dos desastres climáticos, do compromisso da Fiocruz em apoiar a região e dos inevitáveis impactos à saúde mental em ocorrências catastróficas, os esforços do projeto se voltaram também para esse tema e a outros riscos, como a presença da economia do petróleo, usina nuclear e outros. Dessa forma, além do fortalecimento da Raps de Paraty, o projeto passou também a colaborar com o amadurecimento do debate sobre planos de recuperação e contingência, assim como na análise de entrevistas realizadas no âmbito do Projeto Povos para identificação de sinais e sintomas da saúde mental relacionados com as pressões presentes na comunidade, o que resultou em relatório técnico interno para discussão nas comunidades.

Considerações finais

De modo geral, o projeto cumpriu suas metas e objetivos, e pode se debruçar nas consequências psicossociais da pandemia nas comunidades tradicionais da Bacia do rio Carapitanga, bem como pode colaborar com reflexões e compreensões sobre outras pressões presentes no território que impactam negativamente na saúde mental e no modo de vida tradicional. Percebe-se que o tema passou a integrar de maneira mais efetiva as discussões, os projetos e as atividades do OTSS e do FCT e que alguns desdobramentos e espaços de debate criados pelo projeto permanecem presentes independentemente do encerramento do projeto. No entanto, avalia-se que uma possível continuidade possibilitaria intervenções mais efetivas para o cuidado em saúde mental das comunidades tradicionais do território na APS de Paraty.

Devemos destacar também a relação existente entre o OTSS/Fiocruz e o FCT, que

nasceu da perspectiva da geografia crítica, em que o território indica suas necessidades e prioridades. Foi a partir do exercício de organizar as prioridades do território por meio da utilização do planejamento estratégico situacional que o OTSS conseguiu contribuir com o FCT na busca das soluções para as necessidades e os problemas do território. Nessa oportunidade, a questão da saúde já era uma necessidade apontada pelas comunidades tradicionais, assim como que o advento da pandemia da covid-19 agudizou as questões relativas à saúde mental.

A iniciativa viabilizada pelo edital Inova/Pitss desempenhou importante papel de articulação das demandas de saúde dos povos e das comunidades tradicionais na SMS-Paraty, promovendo discussões e reflexões acerca das pressões presentes no território como geradoras de sofrimentos diversos, que contribuem para o processo de adoecimento das comunidades tradicionais. Deve-se ressaltar que, para além das severas pressões na saúde mental causadas pela pandemia, essas populações e esse território sofrem as pressões do capital, envolvidas nos grandes empreendimentos e mudanças climáticas.

A busca pelo Bem Viver, como modelo alternativo e que aponta caminhos para o etnodesenvolvimento em detrimento ao 'desenvolvimento' clássico para a conquista da autonomia e promoção da saúde, mostra-se como modelo mais sensível às nuances de vida que acabam impactando na saúde mental dessas populações, sendo, portanto, necessário encarar as questões psicossociais de maneira mais holística e integrada ao território.

Nesse percurso, a parceria com a SMS-Paraty mostrou-se fundamental para o melhor atendimento das necessidades de saúde mental das comunidades tradicionais do município e de toda a sua população, uma vez que possibilitou um olhar para sua organização buscando a capilarização e a dinamização para a atenção e cuidado psicossociais.

Colaboradores

Rodrigues HF (0000-0002-6754-4155)* contribuiu para organização do manuscrito. Guerrero AVP (0000-0001-7240-1506)* contribuiu para elaboração, apoio ao planejamento do estudo

e aprovação final do manuscrito. Gomes ML (0009-0002-9925-8054)* e Assis JT (0000-0003-1737-5936) contribuíram para revisão final do manuscrito. Garcia LSL (0000-0002-0815-0543)* contribuiu para coleta e análise de dados, escrita e revisão final do manuscrito. ■

Referências

- Gallo E, Setti AFF. Abordagem ecossistêmica e comunicativa na implantação de agendas territorializadas de desenvolvimento sustentável e promoção da saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17:1433-1446. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600008>
- Fundação Oswaldo Cruz (BR). Portaria nº 5578, de 14 de agosto de 2020. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 14 Ago 2020.
- Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
- Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ Pesqui*. 2005;31(3):443-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022005000300009>
- Holliday OJ. A Sistematização de Experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis. Brasília, DF: Contag; 2006.
- Figueiredo AM, Figueiredo DCMM, Gomes LB, et al. Social determinants of health and COVID-19 infection in Brazil: an analysis of the pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(supl2):e20200673. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0673>
- Acosta A. O “Bem Viver” – uma oportunidade de imaginar outros mundos. São Paulo: Editora Elefante; 2015.
- Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina, Fórum de Comunidades Tradicionais. Projeto Povos: Território, Identidade e Tradição. Territórios do Carapitanga. Rio de Janeiro: Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina; 2021.
- Ministério da Saúde (BR). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.
- Machado DKS, Camatta MW. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso em 2023 jun 10];21(2):224-232. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/7tBHt6hxRRRxK64d6qSQbVv/>

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 12/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: financiamento vinculado ao edital do programa Inova para Territórios Sustentáveis e Saudáveis sob a numeração 64171556725729

Editores responsáveis: Ricardo Moratelli e Bruna Drumond Silveira

SAÚDE EM DEBATE

Diretrizes para autores

Instruções para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADAS EM MAIO DE 2023

POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que apótem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

A revista 'Saúde em Debate' conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial, revista periodicamente. Seus membros integram o Comitê Editorial e o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

O título abreviado do periódico é **Saúde debate**, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

Todo o conteúdo do *periódico*, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0. Esta informação está disponível na *homepage* do site e na primeira página de todos os artigos.

DIREITOS AUTORAIS

Em caso de aprovação e publicação do artigo no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista. Os

autores devem, no ato da submissão, preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais conforme modelo: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

CUSTOS

É cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 600,00 (**atualizado em junho de 2023**) para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Não cobramos taxas de submissão. Após a aprovação dos artigos os autores receberão *e-mail* orientando os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

POLÍTICA DE ACESSO ABERTO

A revista 'Saúde em Debate' oferece acesso livre ao seu conteúdo, sem custos, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização deste conhecimento, adotando a Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0.

Todo o conteúdo da revista está disponível para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores. A reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, deve ter a prévia autorização dos editores da revista.

POLÍTICA DE INCENTIVO À CIÊNCIA ABERTA

Preprint

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints*. Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'. No caso de submissão em *preprint* o autor deve informar à revista o número DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado.

Compartilhamento de dados

A revista 'Saúde em Debate' incentiva o compartilhamento de dados. Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório de Acesso Aberto que considerarem mais adequado para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Informações sobre compartilhamento de dados em repositórios públicos podem ser encontradas em: <https://data.scielo.org/>.

Com base nos critérios da Ciência Aberta, solicitamos aos autores o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO (modelo anexo), que deve ser anexado ao sistema da revista no momento da submissão do manuscrito como ‘Componentes do artigo – Documento complementar’.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

A revista adota as ‘Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas’ – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), ‘Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas’ recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis em http://www.icmje.org/urm_main.html. A ‘Saúde em Debate’ segue o ‘Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica’ do SciELO. Recomenda-se a leitura pelos autores.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsink, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver.

Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos devem deixar claro, no último parágrafo, na seção de ‘Material e métodos’, o cumprimento dos princípios éticos, número da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e encaminhar cópia do parecer de aprovação no ato da submissão.

Política anti-plágio

A revista ‘Saúde em Debate’ adota as diretrizes, orientações e fluxos recomendados pelo Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Ao serem recebidos os manuscritos passam por *softwares* detectores de plágio. É possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada a existência de semelhanças com outros textos já publicados o manuscrito será excluído do processo de avaliação.

Conflito de interesses

Os autores devem informar sobre relações que podem estabelecer conflito de interesses financeiro e/ou de filiação ao assinarem a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais.

Autoria e contribuição

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações de todos os autores devem ser incluídas no formulário de submissão em: ‘Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor’, contendo: nome completo, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail. As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo.

Na submissão do manuscrito, todos os autores devem preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais colocando o nome por extenso e a sua contribuição detalhada conforme recomendado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para concepção ou desenho do trabalho;
- b) para coleta, análise e interpretação dos dados;
- c) para redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- d) para aprovação final da versão a ser publicada.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no artigo, no item ‘Colaboradores’, localizado antes das referências.

Financiamento

Em trabalhos científicos financiados, os autores devem enviar a informação à revista sobre a fonte de financiamento, com registro do número do processo. A revista ‘Saúde em Debate’ atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação dos textos científicos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’, em qualquer das modalidades previstas, é submetido a revisão por pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação. Procuramos promover a inclusão, diversidade e equidade. Nenhum artigo será liminarmente recusado com base em características dos autores como raça, religião, orientação sexual, crença política ou qualquer outro aspecto depreciativo.

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido à análise técnica prévia para identificar cumprimento das normas da revista. Os trabalhos não conformes às normas de

publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo editor-chefe e por editores associados, que avaliam a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos aprovados nesta etapa de pré-avaliação, são encaminhados ao editor associado que indicará dois pareceristas, levando em consideração o tema do trabalho e sua *expertise*, os quais poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, os editores podem, a seus critérios, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, aos autores para revisão final, que deverão devolver no prazo estipulado.

Ao final do artigo constará informações sobre: data de recebimento, data de aprovação, suporte financeiro e conflito de interesses.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A

integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Entrevista: texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter

Na primeira página:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados

etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

No corpo do texto:

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos.

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados.

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada.

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o 'Manual de Normalização de Referências' elaborado pela editoria do Cebes.

Para contribuir com a qualificação e divulgação da revista recomendamos que sejam utilizados artigos publicados pela própria revista.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de

obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrecritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser de, no máximo, cinco por texto (com no máximo duas laudas cada). As figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em formato aberto/editável, não retirar de outros arquivos. No caso de figuras como por exemplo, fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em preto e branco ou escala de cinza. Devem ser submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

ERRATA:

Após a publicação do artigo, caso haja necessidade de retratações, erratas ou modificações o autor deve entrar em contato por meio do e-mail da revista (revista@saudeemdebate.org.br). A revista segue os procedimentos indicados no 'Guia para registro e publicação de errata' do SciELO.

RECLAMAÇÕES E RECURSOS:

Os autores têm direito de pedir explicações, se perceberem má conduta em quaisquer políticas que envolvam éticas de publicação da revista. A reclamação deve ser feita por meio de carta, enviada ao editor pelo e-mail revista@saudeemdebate.org.br. Recebida a reclamação, inicia-se processo de investigação, pela equipe executiva da revista, sob orientação do editor-chefe. Ao final da apuração, elaborará-se relatório e encaminha-se, por e-mail, a resposta ao interessado com a decisão tomada.

Acreditamos que as reclamações contribuem para a melhoria do processo de avaliação, tempo de processamento e publicação dos manuscritos submetidos à revista.

DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO

1. Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais

Todos os autores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, anexar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

3. Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta - SciELO

Os autores devem preencher o formulário: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-de-Conformidade-Ciencia-Aberta.docx>, e anexar ao sistema da revista como 'Componentes do artigo - Documento complementar'.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A revista utiliza o *software* OJS (Open Journal Systems) para avaliação de seus manuscritos. Este sistema prevê o *backup* de todo conteúdo registrado. Além disso, a 'Saúde em Debate' encontra-se disponível nos acervos digitais da empresa Docpro desde seu primeiro número, lançado em 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

(HEALTH IN DEBATE)

Authors' Guidelines

Instructions for preparing and submitting articles

UPDATED MAY 2023

EDITORIAL POLICY

The 'Saúde em Debate' (Health in Debate) journal was created in 1976 and is a Brazilian Center for Health Studies (CEBES) publication. This Center aims to disseminate studies, research, and reflections that contribute to the debate in the field of collective health, especially those that address issues related to health policy, planning, management, work, and evaluation. We value studies based on different theoretical-methodological approaches and with contributions from different branches of science.

The journal is published quarterly, and, at the editors' discretion, special issues that follow the same submission and evaluation process as the regular issues are published. 'Saúde em Debate' accepts original and unpublished works that make relevant contributions to the scientific knowledge accumulated in the field.

The authors are entirely and exclusively responsible for the papers submitted to the Journal and may not submit their papers simultaneously to another journal in whole or in part. 'Saúde em Debate' has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy, reviewed periodically. Its members are part of the Editorial Committee and the base of reviewers in their specific areas.

The abbreviated title of the Journal is **Saúde debate**, which should be used in bibliographies, footnotes, references, and bibliographic captions.

INTELLECTUAL PROPERTY POLICY

Except where noted, all the Journal's content is licensed under a Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. This information is available on the site's homepage and the first page of all articles.

COPYRIGHT

In case of approval and publication of the article in the Journal, its copyright will become the property of the Journal. Authors must, upon submission, complete and sign a Declaration of Liability and Cessation of Copyright according to the following model: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

FEES

A publication fee of BRL 600.00 (**updated in June 2023**) is charged for articles approved in any section of the Journal. We do not charge submission fees. After approval of the articles, the authors will receive an e-mail with instructions on the procedures for paying the publication fee.

The authors with an article approved for publishing in any modality are responsible for language revision (mandatory) and translation into English (optional) based on a list of reviewers and translators indicated by the Journal.

OPEN ACCESS POLICY

The 'Saúde em Debate' journal offers free access to its content, following the principle that making scientific knowledge freely available to the public provides greater democratization of this knowledge, adopting the Creative Commons License type BY attribution (CC-BY 4.0).

All of the Journal's content is available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse, and distribute, with proper citation of the source and authorship. In these cases, no permission is required from the authors or publishers. The Journal's editors must previously authorize the total or partial reproduction by any means of dissemination.

OPEN SCIENCE INCENTIVE POLICY

Preprint

'Saúde em Debate' accepts articles in preprints from academically recognized national and international databases such as SciELO preprints. Submitting the article in preprint is not mandatory, and this does not prevent the simultaneous submission to the 'Saúde em Debate' journal. In the case of submission in preprint, the author must inform the Journal of the assigned DOI number and the server's name where it was deposited.

Data sharing

The 'Saúde em Debate' journal encourages data sharing. To deposit Research Data, authors must choose the Open Access repository they consider most suitable for sharing their data and make the deposit. Information on data sharing in public repositories can be found at: <https://data.scielo.org>.

Based on Open Science criteria, authors are asked to complete the Open Science Compliance Form – SciELO (model enclosed), which must be attached to the Journal's system upon submitting the manuscript as 'Article components – Supplementary document'.

RESEARCH ETHICS AND INTEGRITY POLICY

The Journal adopts the 'Standards for the presentation of articles proposed for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) and the Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing recommended by the Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org. These integrity and ethical standards recommendations in conducting and reporting research are available at http://www.icmje.org/urm_main.html. 'Saúde em Debate' follows SciELO 'Guidelines on Best Practices for Strengthening Ethics in Scientific Publication'. We recommend the authors to read them.

Human research ethics

The publication of articles with human research results is subject to compliance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, and 2008 by the World Medical Association. It also complies with the specific legislation of the country where the research was conducted, wherever applicable.

In the last paragraph, human research articles must make clear compliance with the ethical principles in the 'Material and methods' section, mention the Research Ethics Committee (CEP) approval number, and forward a copy of the approval opinion upon submission.

Anti-plagiarism policy

The 'Saúde em Debate' journal adopts the guidelines, instructions, and flows recommended by the Committee on Publication Ethics - COPE <http://publicationethics.org/>.

Upon receipt, manuscripts are submitted to plagiarism detector software. The authors may be asked about information identified by the tool to ensure the originality of the manuscripts, referencing all the research sources used. Plagiarism is unacceptable editorial behavior. Thus, if any similarities with other published texts are proven, the manuscript will be excluded from the evaluation process.

Conflict of interests

When signing the Declaration of Liability and Cessation of Copyright, authors must report on relationships that may establish a financial or affiliation conflict of interest.

Authorship and contribution

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information on all authors must be included in the submission form at: 'Enter Metadata - List of Contributors - Add Contributor', containing full name, affiliation institutions with up to three hierarchies, Orcid code (Open Researcher and Contributor ID), and e-mail. Individuals designated as authors must have substantially participated

in the preparation of the manuscript and assume responsibility for its content.

Upon submission of the manuscript, all authors must complete and sign the Declaration of Liability and Cessation of Copyright - writing the full name and their detailed contribution as recommended by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) in the work conception or design;
- b) in the data collection, analysis, and interpretation;
- c) in the article's drafting or its critical review;
- d) in the final approval of the version to be published.

Information about the participation of each author, with the respective Orcid, will appear in the article in the item 'Collaborators' before the 'References'.

Funding

In financed scientific works, the authors must send the information to the Journal about the funding source, with the process registration number. 'Saúde em Debate' complies with Ordinance N° 206 of 2018 of the Ministry of Education/Foundation Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel/Office on mandatory citation of CAPES for works produced or published in any medium, resulting from activities totally or partially financed by CAPES.

EVALUATION PROCESS

The evaluation process of scientific texts submitted to the 'Saúde em Debate' journal, in any of the modalities provided, is submitted to peer review, and academic merit is the criterion adopted in all evaluative stages. We seek to promote inclusion, diversity, and equity. No article will be outright rejected based on characteristics of the authors, such as race, religion, sexual orientation, political belief, or any other derogatory aspect.

Every manuscript the 'Saúde em Debate' journal receives is submitted to prior technical analysis to identify compliance with the Journal's rules. Works that do not comply with the Journal's publication standards are returned to the authors for adaptation and new submission.

Once the Journal's norms are fully complied with, the editor-in-chief and associate editors appreciate the originals, who assess the originality, scope, timeliness, and compliance with the Journal's editorial policy. Papers approved in this pre-assessment stage are forwarded to the associate editor, who will appoint two reviewers, considering the paper's topic and expertise, who may approve, reject, or make recommendations for changes to the authors. Any opinion

divergence will require the work to be forwarded to a third reviewer. Editors may, at their discretion, issue a third opinion. The referees will recommend accepting, refusing, or reformulating the works submitted. In the case of reformulation, the authors must return the revised work within the stipulated period, after which the work will be excluded from the system.

The Editorial Committee has full authority to decide on the final acceptance of the work and the changes made.

Additions or modifications will not be accepted after the final approval of the work. Eventual suggestions for changes in structure or content by the Journal's editors will be previously agreed upon with the authors through e-mail communication. The formatted version (press proof) will be sent by e-mail to the authors for final review, and authors must return it within the stipulated period.

The end of the article will include information about the date of receipt, approval, financial support, and conflict of interest.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF WORKS

Papers must be submitted through the website: www.saudeemdebate.org.br. After registration, the author responsible for the submission will create a login and password to monitor the procedure.

Types of texts accepted for publication

Original article: The result of empirical research that can be generalized or replicated. The text must contain a maximum of 6,000 words.

Essay: A critical analysis of a specific topic of relevance and interest in the context of Brazilian or international health policies. The text must contain a maximum of 7,000 words.

Systematic or integrative review: Critical reviews of the literature on current health issues. A systematic review rigorously synthesizes research related to an issue. The integrative provides broader information on the subject. The text must contain a maximum of 8,000 words.

Opinion article: Exclusively for authors invited by the Editorial Committee, with a maximum length of 7,000 words.

Case study: Description of academic, care, or extension experiences, with up to 5,000 words that significantly contribute to the field.

Critical review: Reviews of books of interest to public health at the discretion of the Editorial Committee. The texts must present an overview of the work's content, its theoretical

assumptions, and the public to which it is addressed, with a length of up to 1,200 words. The high-resolution cover must be submitted through the Journal's system.

Interview: Text produced by at least two people in which the respondent is always the first author, with a maximum of 7,000 words.

Document and testimonial: Works referring to themes of historical or situational interest at the discretion of the Editorial Committee.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the article body and the references. It does not include title, abstract, keywords, tables, boxes, figures, and graphs.

Text preparation and submission

The text can be written in Portuguese, Spanish, or English. It must be typed in Microsoft® Word or compatible, saved in doc or docx format, to be attached to the submission form's corresponding field. It should not contain any information that identifies the authors or institutions to which they are affiliated.

Type on a standard A4 sheet (210X297mm), 2.5 cm margins on each of the four sides, Times New Roman font size 12, 1.5 line spacing.

The text should include

On the first page:

Title: that clearly and succinctly expresses the text content, containing a maximum of 15 words. The title must be in bold, with capital letters only for proper names. The text in Portuguese and Spanish must have a title in the original language and English. The text in English must have a title in English and Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, with a maximum of 200 words, in which the objectives, the method used, and the work's main conclusions are clear. Except for internationally recognized abbreviations, it must be unstructured, without using topics (introduction, methods, and results), citations, or acronyms.

Keywords: at the end of the abstract, include three to five keywords, separated by a period (only the first initial capitalized), using the terms listed in the structured vocabulary (DeCS), available at: www.decs.bvs.br.

Registration of clinical trials: 'Saúde em Debate' supports the policies for registering clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing their importance for registration and international dissemination of clinical trial information. In this

sense, clinical trials must contain the identification number in one of the registers of clinical trials validated by the WHO and ICMJE, available at: <http://www.icmje.org>. In these cases, the identification number must appear at the end of the abstract.

In the text body:

The style and creativity of the authors are respected for text composition of the text. However, the text must include conventional elements, such as:

Introduction: with a clear definition of the investigated problem, justification, and objectives.

Material and methods: described objectively and clearly, allowing research reproducibility. The number of the Research Ethics Committee (CEP) approval opinion must be registered if it involves human beings.

Results and discussion: can be presented together or in separate items.

Conclusions or final considerations: which depend on the research type.

References: should contain only authors cited in the text and follow ICMJE's Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals used to prepare references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend accessing the Reference Standardization Manual prepared by CEBES editors.

We recommend using articles published by the Journal to contribute to the Journal's qualification and dissemination.

OBSERVATIONS

The Journal does not use underlines and bold for emphasis. Use single quotation marks to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages must be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for those absolutely necessary. Testimonials from subjects should be in italics and double quotation marks in the text body (if shorter than three lines). If they are longer than three lines, they must be written in italics, without quotation marks, highlighted from the text, with a 4 cm indent, single space, and 11 font.

Do not use footnotes in the text. Footnote markings, when absolutely essential, should be superscripted and sequential.

Avoid data or information repetition in the different parts of the text.

The maximum number of figures, graphs, boxes, or tables is five (with a maximum of two pages each). Figures, graphs, boxes, and tables must be in an open/editable format, not taken from other files. Figures such as photographs, drawings, and maps should be sent in high resolution (at least 300 DPIs), in black and white or grayscale. They must be submitted in separate files from the text, one by one, following their sequential order in the study (they must be numbered and contain title and source). Please identify the place where they should be inserted in the text.

In the case of photos, the subjects can only be identified if they so authorized in writing for scientific dissemination purposes.

ERRATA:

Any retraction, errata, or modifications after the article's publication must be informed by the author to the Journal by e-mail at revista@saudeemdebate.org.br. The Journal follows the procedures indicated in the SciELO 'Guide for registering and publishing errata'.

COMPLAINTS AND APPEALS:

Authors can ask for explanations if they identify misconduct in the Journal's publication ethics policies. Complaints must be made in writing, with a letter sent to the editor by e-mail at revista@saudeemdebate.org.br. Once the complaint is received, the investigation process begins by the Journal's Executive team under the guidance of the Editor-in-Chief. A report is prepared at the end of the investigation, and a response is sent by e-mail to the interested party with the decision taken.

Complaints improve the evaluation process, processing time, and publication of manuscripts submitted to the Journal.

DOCUMENTS LISTED BELOW MUST BE SCANNED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM UPON ARTICLE REGISTRATION

1. Declaration of Liability and Cessation of Copyright

All authors must complete and sign the declaration per the model available at: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

2. Research Ethics Committee (CEP) Approval Opinion

In the case of human research conducted in Brazil, attach the document of research approval by the Research Ethics Committee of the institution where the work was performed. If institutions do not have a CEP, the CEP document by which it was approved must be presented. Regarding research conducted in

other countries, attach a statement indicating full compliance with ethical principles and specific legislation.

3. Open Science Compliance Form – SciELO

Authors must complete the form: https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Open-Science-Compliance-Form_en.docx, and attach it to the Journal system as 'Article components – Supplementary document'.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE FORWARDED AFTER ARTICLE APPROVAL

1. Spelling and Grammar Review Declaration

Approved articles must undergo a spelling and grammatical review by a qualified professional based on the Journal's accredited reviewers. The reviewer's declaration must accompany the revised article.

2. Translation Declaration

Approved articles may be translated into English at the discretion of the authors. In this case, the translation will be performed by a qualified professional based on a list of translators accredited by the Journal. The translator's declaration must accompany the translated article.

PRIVACY POLICY

The names and addresses informed in this journal will be used exclusively for the services provided by this publication. They shall not be made available for other purposes or to third parties.

The journal employs the OJS (Open Journal Systems) software to evaluate its manuscripts. This system provides for the backup of all registered content. Furthermore, 'Saúde em Debate' has been available in the digital collections of the company Docpro since its first issue launched in 1976 (<http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>).

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

(SALUD EN DEBATE)

Directrices para los autores

Instrucciones para preparar y enviar artículos

ACTUALIZADO EN MAYO 2023

POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileño de Estudios de Salud (Cebes) que tiene como objetivo difundir estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan al debate en el campo de la salud colectiva, especialmente aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión, el trabajo y la evaluación en salud. Valoramos estudios basados en diferentes enfoques teórico-metodológicos y con aportes de diferentes ramas de la ciencia.

La periodicidad de la revista es trimestral y, a criterio de los editores, se publican números especiales que siguen el mismo proceso de envío y evaluación que los números regulares.

La 'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que hagan aportes relevantes al conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de plena y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser enviados simultáneamente a otra revista, total o parcialmente.

La revista 'Saúde em Debate' cuenta con un Consejo Editorial que contribuye para la definición de su política editorial, revisada periódicamente. Sus miembros forman parte del Comité Editorial y del banco de revisores en sus áreas específicas.

El título abreviado de la revista es Saúde debate, que debe ser utilizado en bibliografías, notas a pie, referencias y leyendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Todo el contenido de la revista, excepto donde se indique, tiene una licencia de Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. Esta información está disponible en la homepage del sitio web y en la primera página de todos los artículos.

DERECHOS DE AUTOR

En caso de aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referentes al mismo se convertirán en propiedad

de la revista. Los autores deben, en el momento del envío, completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor según el modelo: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

COSTES

Se cobra una tasa de publicación de BRL 600,00 (**actualizada en junio de 2023**) para los artículos aprobados en cualquier sección de la revista. No cobramos tarifas de envío. Tras la aprobación de los artículos, los autores recibirán un correo electrónico instruyendo acerca de los procedimientos para el pago de la tasa de publicación.

Una vez aprobado para publicación, en cualquier modalidad, es de responsabilidad de los autores la revisión idiomática (obligatoria) y la traducción al inglés (opcional), según una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

POLÍTICA DE ACCESO ABIERTO

La revista 'Saúde em Debate' ofrece acceso libre a su contenido, sin coste, siguiendo el principio de que poner el conocimiento científico a disposición del público de manera gratuita proporciona una mayor democratización de ese conocimiento, adoptando la Licencia Creative Commons tipo CC-BY4.0.

Todo el contenido de la revista está disponible para que cualquiera lo lea, descargue, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida mención de la fuente y la autoría. En estos casos, no se requiere ningún tipo de permiso de los autores o editores. La reproducción total o parcial en cualquier medio de difusión, debe contar con la autorización previa de los editores de la revista.

POLÍTICA DE INCENTIVOS A LA CIENCIA ABIERTA

Preimpresión

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en preprints de bases de datos nacionales e internacionales reconocidas académicamente como SciELO preprints. El envío del artículo en preprint no es obligatorio y esto no impide el envío simultáneo a la revista 'Saúde em Debate'. En el caso de envío en preprint, el autor deberá informar a la revista el número DOI asignado y el nombre del servidor donde fue depositado.

Intercambio de datos

La revista 'Saúde em Debate' fomenta el intercambio de datos. Para depositar Datos de Investigación, los autores deben elegir el repositorio de Acceso Abierto que consideren más adecuado para compartir sus datos y realizar el depósito. Se encuentra información acerca de cómo compartir datos en repositorios públicos en: <https://data.scielo.org/>.

Basado en los criterios de Ciencia Abierta, se solicita a los autores completar el Formulario sobre Conformidad con la Ciencia abierta - SciELO (modelo adjunto), que debe adjuntarse al sistema de la revista al momento de enviar el manuscrito como 'Componentes del artículo - Documento adicional'.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La revista adopta los 'Estándares para la presentación de artículos propuestos para publicación en revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de Transparencia y Buenas Prácticas en Publicaciones Académicas' recomendados por el Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Tales recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos en la realización y presentación de informes de investigación, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La 'Saúde em Debate' sigue la 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Buenas-Practicas-para-el-Fortalecimiento-de-la-Etica-en-la-Publicacion-Cientifica.pdf>. Lectura recomendada para los autores.

Ética en la investigación con seres humanos

La publicación de artículos con resultados de investigación que involucren a seres humanos está sujeta al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008, de la Asociación Médica Mundial; además de cumplir con la legislación específica del país en el que se realizó la investigación, si la hubiere.

Los artículos con investigaciones que involucren seres humanos deben aclarar, en el último párrafo, en la sección 'Material y métodos', el cumplimiento de los principios éticos, el número de aprobación por el Comité de Ética en Investigación (CEP) y enviar una copia del dictamen de aprobación en el envío.

Política antiplagio

La revista 'Saúde em Debate' adopta las directrices, orientaciones y flujos recomendados por el Committee on Publication Ethics - COPE <http://publicationethics.org/>.

Una vez recibidos, los manuscritos pasan por un *software* detector de plagio. Es posible que se pregunte a los autores sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos, referenciando todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable, por lo tanto, si se comprueba la existencia de similitudes con otros textos ya publicados, el manuscrito será excluido del proceso de evaluación.

Conflicto de intereses

Los autores deben informar sobre las relaciones que puedan establecer un conflicto de interés económico y/o de afiliación al firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor.

Autoría y contribución

La revista acepta un máximo de siete autores por artículo. Las informaciones sobre todos los autores deben incluirse en el formulario de envío en: 'Introducir los metadatos - Autoría y colaboradores/as - Añadir colaborador/a', conteniendo: nombre completo, instituciones de afiliación con hasta tres jerarquías, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico. Las personas designadas como autores deben haber participado sustancialmente en la elaboración del manuscrito y asumir la responsabilidad por su contenido.

Al enviar el manuscrito, todos los autores deben completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor, incluyendo el nombre completo y la contribución detallada como lo recomienda la International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para la concepción o diseño del trabajo;
- b) para la recopilación, análisis e interpretación de datos;
- c) para la redacción del artículo o en su revisión crítica;
- d) para la aprobación final de la versión a publicar.

La información sobre la participación de cada autor, con el respectivo Orcid, aparecerá en el artículo, en el ítem 'Colaboradores', ubicado antes de las referencias.

Financiación

En trabajos científicos financiados, los autores deberán enviar a la revista la información sobre la fuente de financiamiento, con registro del número de proceso. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza nº 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citación obligatoria de la Capes para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, resultantes de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

El proceso de evaluación de textos científicos enviados a la revista 'Saúde em Debate', en cualquiera de las modalidades previstas, es sometido a la revisión por pares (peer review), siendo el mérito académico el criterio

utilizado en todas las etapas de la evaluación. Buscamos promover la inclusión, la diversidad y la equidad. Ningún artículo será rechazado en base a características de los autores tales como raza, religión, orientación sexual, ideología política o cualquier otro aspecto despectivo.

Todo manuscrito recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a análisis técnico previo para identificar el cumplimiento de los estándares de la revista. Los trabajos que no cumplan con las normas de publicación de la revista son devueltos a los autores para su adaptación y nuevo envío.

Una vez cumplidas las normas de la revista, los originales son apreciados por el editor jefe y los editores asociados, quienes evalúan la originalidad, alcance, actualidad y cumplimiento de la política editorial de la revista. Los trabajos aprobados en esta etapa de preevaluación son enviados al editor asociado quien designará dos revisores, teniendo en cuenta el tema del trabajo y su experiencia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o recomendar cambios a los autores. En caso de divergencia de opiniones, el trabajo será remitido a un tercer revisor. Asimismo, los editores podrán, a su discreción, emitir una tercera opinión. Corresponde a los revisores recomendar la aceptación, rechazo o reformulación de los trabajos. En caso de solicitud de reformulación, los autores deberán devolver el trabajo revisado dentro del plazo estipulado. Si no hay manifestación de los autores dentro del plazo definido, la obra será excluida del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir sobre la aceptación final del trabajo, así como sobre las modificaciones realizadas.

No se aceptarán adiciones o modificaciones después de la aprobación final del texto. Las eventuales sugerencias de cambios en la estructura o contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores a través de comunicación por correo electrónico.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada por correo electrónico a los autores para su revisión final, quienes deberán devolverla en el plazo estipulado.

Al final del artículo estarán las informaciones sobre: fecha de recepción, fecha de aprobación, apoyo financiero y conflicto de intereses.

DIRECTRICES PARA LA PREPARACIÓN Y SUMISIÓN DE OBRAS

Los trabajos deben ser enviados a través del sitio web: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable del envío creará su nombre de usuario y contraseña para monitorear el procedimiento.

Tipos de textos aceptados para publicación

Artículo original: resultado de investigación empírica que pueda generalizarse o replicarse. El texto debe contener un máximo de 6.000 palabras.

Ensayo: análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para el contexto de las políticas de salud brasileñas y/o internacionales. El texto debe contener un máximo de 7.000 palabras.

Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura sobre temas actuales de salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con un tema. La revisión integradora brinda informaciones más amplias sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con una extensión máxima de 7.000 palabras.

Informe de experiencia: descripción de experiencias académicas, asistenciales o de extensión, con hasta 5.000 palabras que tengan aportes significativos al área.

Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva, a criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar un panorama general del contenido de la obra, sus presupuestos teóricos y el público al que se dirige, con una extensión máxima de 1.200 palabras. La portada en alta resolución deberá ser enviada a través del sistema de la revista.

Entrevista: texto elaborado por al menos dos personas en el que el entrevistado es siempre el primer autor, con un máximo de 7.000 palabras.

Documento y testimonio: trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural, a criterio del Comité Editorial.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y envío de textos

El texto puede estar escrito en portugués, español o inglés. Debe estar mecanografiado en Microsoft® Word o compatible, guardado en formato doc o docx, para ser adjuntado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o instituciones a las que están vinculados.

Escribir en hoja A4 (210X297 mm), márgenes de 2,5cm en cada uno de los cuatro lados, fuente Times New Roman tamaño 12, interlineado de 1,5.

El texto debe contener

En la primera página:

Título: expresar de manera clara y sucinta el contenido del texto, con un máximo de 15 palabras. El título debe escribirse en negrita, con mayúsculas sólo para los nombres propios. El texto en portugués y español debe tener un título en el idioma original y en inglés. El texto en inglés debe tener un título en inglés y portugués.

Resumen: en portugués e inglés o en español e inglés, con un máximo de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones del trabajo. Debe ser desestructurado, sin utilizar tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), mención o siglas, con excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras clave: al final del resumen, incluir de tres a cinco palabras clave, separadas por un punto (solo la primera letra en mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponible en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la 'Saúde em Debate' apoya las políticas de registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo así su importancia para el registro y difusión internacional de informaciones de ensayos clínicos. En este sentido, los ensayos clínicos deberán contener el número de identificación en uno de los registros de ensayos clínicos validados por la OMS y el ICMJE, cuyas direcciones se encuentran disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de identificación deberá figurar al final del resumen.

En el cuerpo del texto:

Se respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto, sin embargo, este debe incluir elementos convencionales, tales como:

Introducción: con definición clara del problema investigado, justificación y objetivos.

Material y métodos: descritos de manera objetiva y clara, permitiendo la reproducibilidad de la investigación. Si involucra a seres humanos, se debe registrar el número del dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP).

Resultados y discusión: pueden presentarse juntos o en ítems separados

Conclusiones o consideraciones finales: depende del tipo de investigación realizada.

Referencias: deben contener sólo autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas, del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocido como 'Estilo Vancouver'). Para mayor aclaración, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencia elaborado por los editores del Cebes.

Para contribuir a la calificación y difusión de la revista, se recomienda utilizar artículos publicados por la propia revista.

COMENTARIOS

La revista no utiliza subrayados ni negritas como marcaciones. Utilice comillas simples para llamar la atención acerca de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Las palabras en otros idiomas deben escribirse en letra bastardilla, con excepción de los nombres propios.

Evitar el uso de mayúsculas en el texto, a excepción de las estrictamente necesarias.

Los testimonios de los sujetos deben presentarse en letra bastardilla y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si tienen menos de tres líneas). Si tienen más de tres líneas, deben escribirse en letra bastardilla, sin comillas, resaltados del texto, con sangría de 4cm, espacio simple y fuente 11.

No usar notas a pie de página en el texto. Las notas al pie de página, cuando sean absolutamente esenciales, deben estar en superíndice y en secuencia.

Evitar la repetición de datos o información en las diferentes partes del texto.

El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser como máximo de cinco por texto (con un máximo de dos páginas cada uno). Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en un formato abierto/editable, no tomados de otros archivos. En el caso de figuras como fotografías, dibujos y mapas, enviar en alta resolución (al menos 300 DPIs), en blanco y negro o en escala de grises. Deben presentarse en archivos separados del texto, uno por uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben estar numerados y contener título y fuente). En el texto, solo identificar el lugar donde deben insertarse.

En caso de utilizar fotografías, los sujetos no podrán ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, con fines de divulgación científica.

FE DE ERRATA:

Después de la publicación del artículo, si hay necesidad de retractaciones, erratas o modificaciones, el autor debe contactar a la revista por el correo electrónico (revista@saudeemdebate.org.br). La revista sigue los procedimientos indicados en la 'Guía para el registro y publicación de erratas' de SciELO.

QUEJAS Y RECURSOS:

Los autores tienen derecho a pedir explicaciones, si perciben una mala conducta en alguna política relacionada con la ética de publicación de la revista. Las denuncias deben hacerse por medio de una carta, enviada al editor por correo electrónico a revista@saudeemdebate.org.br. Una vez recibida, se inicia el proceso de investigación por parte del equipo ejecutivo de la revista, bajo la dirección del editor en jefe. Al final de la investigación, se elabora un informe y se envía una respuesta al interesado con la decisión tomada por correo electrónico.

Creemos que las quejas contribuyen a mejorar el proceso de evaluación, el tiempo de procesamiento y la publicación de los manuscritos enviados a la revista.

LOS DOCUMENTOS INDICADOS A CONTINUACIÓN DEBEN SER ESCANEADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA AL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores deben completar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

2. Dictamen Aprobatorio del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones con seres humanos, realizadas en Brasil, adjuntar documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizó el trabajo. En el caso de instituciones que no cuenten con uno, se deberá presentar el documento mediante el cual fue aprobado. Encuestas realizadas en otros países, adjuntar declaración indicando el pleno cumplimiento de los principios éticos y la legislación específica.

3. Formulario sobre Conformidad con la Ciencia Abierta – SciELO

Los autores deben completar el formulario: https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-sobre-Conformidad-con-la-Ciencia-Abierta_es.docx, y adjuntarlo al sistema de la revista como 'Componentes del artículo - Documento complementario'.

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ENVIAR DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión de ortografía y gramática

Los artículos aprobados deben pasar por una revisión ortográfica y gramatical por un profesional calificado, según la lista de revisores designados por la revista. El artículo revisado debe ir acompañado de una declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados pueden ser traducidos al inglés a criterio de los autores. En este caso, la traducción será realizada por un profesional calificado, según la una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe ir acompañado de una declaración del traductor.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Los nombres y direcciones informados en esta revista serán utilizados exclusivamente para los servicios ofrecidos por esta publicación, no estando disponibles para otros fines ni para terceros.

La revista utiliza el *software* OJS (Open Journal Systems) para evaluar sus manuscritos. Este sistema prevé la copia de seguridad de todo el contenido registrado. Además, 'Saúde em Debate' está disponible en las colecciones digitales de la empresa Docpro desde su primera edición, lanzada en 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

Avenida Brasil, 4036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Diadorim

Directory of Open Access Journals (Doaj)

Capas Periódicos

Google Acadêmico

História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)

Miguelin - Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras

Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

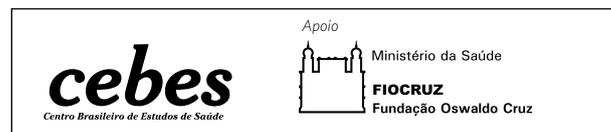
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)

Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública)

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

A revista Saúde em Debate é associada à
Associação Brasileira de Editores Científicos



CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2023-2024)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2023-2024)

Presidente: Carlos Fidelis da Ponte
Vice-Presidente: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora Administrativa: Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial: Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos: Ana Maria Costa
Livia Milena Barbosa de Deus e Mello
Jamilli Silva Santos
Matheus Zuliane Falcão
André Luiz da Silva Lima

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Claudia Maria de Rezende Travassos (Presidente)

Victória Souza Lima Araújo do Espírito Santo

Iris da Conceição

Suplentes | Substitutes

José Leonidio Madureira de Sousa Santos

Maura Vanessa Silva Sobreira

Maria Lúcia Freitas Santos

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Amanda Cavalcante Frota
Carla Daniele Straub
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Dimitri Taurino Guedes
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lizaldo Andrade Maia
Lucia Regina Florentino Souto
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Maria Edna Bezerra da Silva
Maria Eneida de Almeida
Ronaldo Teodoro dos Santos
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Giovanna Bueno Cinacchi

GESTORA FINANCEIRA | FINANCIAL MANAGER

Cristina Santos

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

Matheus Zuliane Falcão
Clara Fagundes
Francisco Barbosa
Fernanda Regina da Cunha

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Cel.: (21) 97198-8249

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2024.

v. 48. n. Especial 1; 27,5 cm

ISSN 2358-2898

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br