

# Relação entre território e residência em saúde: uma possibilidade de experiência decolonial?

*Relationship between territory and health residence: a possible decolonial experience?*

Juciany Medeiros Araújo<sup>1</sup>, Karla Adriana Oliveira da Costa<sup>2</sup>, Fátima Cristina Cunha Maia Silva<sup>1</sup>, Ana Maria Dubeux Gervais<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E617

**RESUMO** A presença da residência em saúde no território pode contribuir para decolonizar a Academia? Este artigo visa refletir sobre a possibilidade de decolonização dos processos de construção do conhecimento nas instituições de ensino, pesquisa e extensão por meio da presença de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo no território. Trata-se de um relato de experiência, com base epistemológica das teorias pós-coloniais e decoloniais, em especial, a Pedagogia do Território. O estudo refere-se à intersecção da formação interdisciplinar e multiprofissional na ótica da relação território e saúde a partir da realidade da comunidade quilombola de Estivas, localizada na zona rural do município de Garanhuns, região agreste de Pernambuco. Conclui-se que a residência multiprofissional como instituidora de espaços coletivos possibilita um novo olhar para o território, a comunidade e o profissional da saúde, a fim de desenvolver suas ações pautadas na interdisciplinaridade e na educação popular como uma práxis. Permite ainda compreender outros modos de produzir saúde, estimulando não só a transformação na comunidade e do profissional de saúde, mas sobretudo da sociedade, sendo, portanto, um espaço potente no contributo para a decolonização da Academia.

**PALAVRAS-CHAVE** Epistemologias. População rural. Território. Residência. Saúde.

**ABSTRACT** *Can the presence of health residency in the territory be a way to decolonize the academy? This article addresses the possibility of decolonizing the academy through a multiprofessional family health residency program focused on rural health in the region. This is an experiential report whose epistemological basis is postcolonial and decolonial theories, especially the pedagogy of the territory, and includes elements of interdisciplinary and multidisciplinary training, the territory and health, the relationship between the territory and the health of the rural population in the Quilombola community of Estivas, in the rural region of Garanhuns, Pernambuco. The conclusion is that the multiprofessional residency, as an institute of collective spaces, allows a new look at the territory, the community and health professionals to develop their actions based on interdisciplinarity, popular education and continuous training as a practice to understand other ways of producing health and stimulate change not only in the community and health professionals, but especially in society, making an important contribution to the decolonization of the academy.*

**KEYWORDS** *Epistemologies. Rural population. Territory. Residence. Health.*

<sup>1</sup>Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) – Recife (PE), Brasil.

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Pernambuco (PE), Brasil.  
karlacostanutri@gmail.com



## Introdução

A educação do campo, seja na modalidade de educação básica, licenciatura ou pós-graduação, com destaque para as Residências Multiprofissionais em Saúde no Campo, é oriunda de um processo de lutas epistemológicas e sociais em defesa de uma formação que contemple um plano político-pedagógico coerente com as especificidades dos sujeitos do campo. Nesse sentido, como preconiza a Pedagogia do Território<sup>1</sup>, esse olhar abrangente e comprometido para a formação em saúde coletiva integra uma possibilidade de decolonização das práticas educativas coloniais, promotoras de desenraizamento de identidades e de territórios.

A Pedagogia do Território idealizada pelo Núcleo Tramas visa alcançar uma metodologia acadêmica mais plural com inspiração nas Epistemologias Feministas<sup>2</sup>, Epistemologias do Sul<sup>3</sup>, Ecologia Política<sup>4</sup>, na proposta da ‘ciência orientada pelo ativismo’<sup>5</sup>, no ‘saber de experiência feita’<sup>6,7</sup>, teorias decoloniais<sup>8</sup>, entre outras. Segundo o Núcleo, essa práxis acadêmica nasce em decorrência da necessidade de ruptura com as formas hegemônicas de relação entre a Academia – entendendo-a como o sistema educacional e o meio intelectual como um todo –, e o território, levando a reflexões sobre uma produção de conhecimento em consonância com os processos de luta em defesa de direitos. Essa ruptura permite desconstruir relações de poder-saber presentes na relação Academia-saúde-território e, com isso, dialogar com culturas historicamente silenciadas, como corriqueiramente acontece com as populações do campo, da floresta e das águas. Dessa forma:

Constitui como práxis intercultural e pluriépistêmica, fazendo dialogar sujeitos, conhecimentos, saberes e fazeres da universidade, da militância dos movimentos sociais, da experiência de moradores e moradoras das comunidades atingidas por injustiças ambientais<sup>1(369)</sup>.

Por sua vez, vale refletir o porquê da necessidade de decolonizar a relação Academia-saúde-território. Talvez porque, como aponta Krenak<sup>9(3)</sup>:

Seria interessante a gente pensar o que chamamos de cuidado, de saúde, e não ficar prisioneiro dessas marcas já determinadas sobre o que é saúde, doença, bem-estar; essas ideias cristalizadas sobre o corpo, um corpo que não se constitui, um corpo que é dado.

Dessa forma, essa e outras epistemologias contra hegemônicas surgem em contraponto à contínua tentativa de negação dos saberes tradicionais, em especial, nos contextos dos campos, das florestas e das águas. Essa negação, por sua vez, é herdada da perspectiva eurocêntrica e consequente do processo de colonialidade, que, de acordo com o grupo Modernidade/Colonialidade, permanece por meio de novas leituras, norteando olhares, saberes e existências, compondo a tríade: Poder, Saber, Ser<sup>8</sup>.

O conceito de colonialidade do Poder, inicialmente abordado pelo sociólogo Aníbal Quijano<sup>10</sup>, aponta para uma estrutura de poder simbólica e material, que sustenta um sistema de subalternidade. A partir da ampliação da concepção de poder, Mignolo<sup>11</sup> cunhou os conceitos de colonialidade do Ser e do Saber, por meio da ideia de que o ‘ser-colonizado’ emerge quando poder e pensamento se tornam mecanismos de exclusão. No entanto, Maldonado-Torres<sup>12</sup> (a partir de Quijano, Levinas, Fanon e outros) aprofundou a teoria sobre o Ser dizendo que a colonialidade do poder ganha uma dimensão ontológica quando idealiza graus de humanidade segundo a raça.

Para Santos<sup>13</sup>, essas formas a violência pelo Saber, Poder e Ser são ferramentas de conformar e aprofundar uma linha abissal, que se caracteriza pela polaridade – epistêmica, geográfica, social, política – entre aqueles considerados visíveis (que estão

do lado de cá da linha) e os invisíveis (que estão do lado de lá da linha); ou dito pelo autor, entre o Norte e o Sul global respectivamente. Está linha por sua vez, decorre de um processo de colonialismo que vai além da estrutura jurídico-administrativa entre territórios, mas que diz respeito a diversas formas de dominações-apropriações-violências de corpos-indivíduos-coletivos. Dessa forma, essa abissalidade configura-se na negação dos corpos e dos saberes, pois estes são produzidos como invisíveis; e, com isso, passíveis de dominação, exploração e/ou eliminação.

A formação em saúde possui como base epistemológica tais concepções, pois está ancorada em uma ciência (biomédica) que, além de se apropriar dos saberes populares, os nega. Diante disso, na visão monolítica da biomedicina, os saberes tradicionais são realidades inferiores que nada ou pouco contribuem para o cuidado em saúde, porém, ao contrário da medicina ocidental que visa majoritariamente à doença e à fragmentação do corpo, a medicina tradicional constitui-se simultaneamente como instâncias terapêuticas, jurídicas, políticas e espirituais<sup>14</sup>. Devido a isso, é urgente que as instituições responsáveis pelas formações em saúde transformem sua própria atuação e o seu olhar sobre o indivíduo, uma vez que devem romper com a perspectiva hegemônica eurocentrada do indivíduo como ser individual, e não enquanto parte de uma coletividade, para, com isso, romper com as diversas formas de controles impostas pelo poder, entre elas, o saber e o ser, ou seja, com as faces da colonialidade.

Nessa última perspectiva e considerando o contexto do campo, em uma suposta tentativa de ampliar a reflexão-ação sobre a saúde, destacam-se, no âmbito da formação em saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS): a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)<sup>15</sup>; a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das

Águas (PNSIPCFA)<sup>16</sup>; a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)<sup>17</sup> e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo (RMSFC)<sup>18</sup>. Tais estratégias apontam como importante e necessário romper com o modelo médico-centrado, uniprofissional, fragmentado e hierarquizado de formação e atenção à saúde. Com isso, tendem a aumentar a capacidade resolutiva pela atuação interdisciplinar e, também, a possibilidade de cuidado a partir do olhar integral sobre os indivíduos e as coletividades, valorizando os diversos saberes, a ancestralidade, o diálogo e o território.

Apesar dessas perspectivas políticos-institucionais mais equitativas, entende-se que essas estratégias estão inseridas em um contexto sustentado por concepções de saúde capitalistas e coloniais centradas no controle do corpo biológico e social que dicotomiza entre: sujeito-objeto, saber universal-saber parcial, saber neutro-saber implicado, ou seja, ancorado no paradigma colonial biomédico de formação<sup>19</sup>. Assim, como pergunta Krenak<sup>9(4)</sup>:

[...] em que momento é possível cruzar a ideia da integralidade e equidade quando o próprio complexo todo não tem equidade, e mesmo quando busca a integralidade o faz de uma maneira manipulada e com o objetivo de controle? O sistema da saúde do Ocidente é controle.

Com isso, lançamos a seguinte inquietação: a presença da residência em saúde no território pode ser uma forma de decolonizar a Academia? Assim, este artigo, na forma de relato de experiência, visa refletir sobre a possibilidade de decolonização da Academia por meio da presença de um Programa de RMSFC no território da comunidade quilombola de Estivas, localizada na zona rural do município de Garanhuns, região agreste de Pernambuco.

## **Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo: um percurso a ser trilhado**

O Programa de RMSFC surge como uma das estratégias de interiorização da saúde e de superação da invisibilidade histórica da atenção à saúde das populações do campo, da floresta e das águas. Além disso, a Lei Orgânica da Saúde<sup>20</sup> e a Constituição Federal de 1988<sup>21</sup> dispõem ao SUS a competência de ordenador da formação de recursos humanos no campo da saúde. A partir desses marcos políticos institucionais, inicia-se um movimento de construção de novos paradigmas com repercussões na organização dos serviços de saúde e, principalmente, com o modelo de formação dos profissionais de saúde interdisciplinar.

Apesar de as residências em saúde terem surgido no final da década de 1970, nosso estudo trata de RMSFC coordenada pela Universidade de Pernambuco, em parceria com o Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), com as Comunidades Quilombolas de Garanhuns, com a Escola Nacional Florestan Fernandes e com o Coletivo de Saúde no Campo a partir de 2015. A experiência aconteceu em um assentamento de Caruaru e em uma comunidade quilombola de Garanhuns, ambos em Pernambuco. Ao longo desses seis anos, o programa se expandiu para outros locais, a exemplo do Distrito Federal, e vem sendo construído por meio de uma gestão compartilhada envolvendo o território, a Academia, a Secretaria de Saúde (Estadual e Municipal) e o Ministério da Saúde.

O programa tem como eixos norteadores a educação pelo e para o trabalho e a Pedagogia da Alternância. A Pedagogia que surge no Brasil em 1969,

[...] é uma metodologia que favorece o acesso e a permanência dos jovens e adultos do campo

nos processos escolares, antes dificultada por sua característica sem articulação com a realidade e os modos de vida rural<sup>22(120)</sup>.

As residências em saúde do campo buscam apoio nos referenciais da pedagogia da alternância e possuem como eixos norteadores a educação popular (em saúde), a partir dos princípios: saber ouvir; transformar a ingenuidade em ação política; aprender com o outro; saber dialogar; viver pacientemente impaciente; correr riscos; perceber que ninguém está só no mundo; saber ser amoroso etc.<sup>23-25</sup> e as metodologias ativas e participativas. O objetivo é de formar trabalhadores da saúde cujo perfil denote maior preocupação com a realidade local, condizentes com os princípios do SUS e da educação popular em saúde. Dessa forma, além de formar trabalhadores comprometidos com o enfrentamento das iniquidades em saúde, possuem capacidade técnica de olhar não somente o indivíduo, mas sobretudo o território em que está inserido, o seu modo de vida, de produção e reprodução social, construindo uma perspectiva decolonial.

Devido à especificidade do contexto, observa-se também a necessidade de atualização e formação de preceptores e tutores com qualificação permanente. Entretanto, há uma escassez de referencial político-metodológico para a formação em serviço e principalmente voltado às populações do campo, da floresta e das águas. Sendo assim, além de ser uma estratégia fundamental para os residentes, contribui com a atuação profissional do preceptor (profissional vinculado ao serviço) e tutor (profissional vinculado a instituição de ensino).

Essas estratégias são essenciais para identificar e, de alguma forma, suprir os vazios existentes de políticas públicas de saúde e trazer resolutividade no contexto dos serviços de saúde por meio de outra forma de aprender e ensinar, que entenda que o processo saúde-doença integra os valores e as crenças e, assim, necessita de um outro modo de agir em saúde. Diante do exposto, apesar dos avanços das residências em saúde, a residência em saúde

do campo aponta como um marco a formação e a assistência à saúde da população do campo, pois contribui com uma abordagem teórica, prática, crítica e reflexiva específica, uma vez que as primeiras ainda são muito focadas nas populações urbanas, possuindo pouco olhar e valorização do conhecimento da população do campo, tendo em conta a localização das instituições de ensino.

## **Residência Multiprofissional em Saúde do Campo: relato de experiência na Comunidade Remanescente de Quilombo do Sítio Estivas**

Desde a promulgação da Constituição de 1988, o conceito de ‘Povos Tradicionais’ tem avançado muito, legitimando, cada vez mais, o caráter das identidades coletivas e de territorialidade. Esse conceito é, hoje, uma categoria jurídica e um objeto de política pública, consolidando um amplo conjunto de grupos sociais e ressaltando características próprias quanto aos seus modos de vida e especificidades culturais e históricas<sup>26</sup>. O Decreto nº 6.040/2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, define, no art. 3º, que:

Povos e Comunidades Tradicionais: grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição<sup>27</sup>.

Atualmente, reforça-se a essa temática os quilombos ou as Comunidades Remanescentes de Quilombos. Uma das formas de organização social mais antigas do País, podem ser

consideradas formas de resistência ao projeto colonial, outrora quando confrontavam o sistema escravista e hoje ao enfrentar o neocolonialismo na busca e na luta por acesso à terra, que foi e é, assim como a outros povos, historicamente negada ou retirada à força. Para Carril<sup>28(61)</sup>,

A paisagem atual dos quilombos, contudo, reatualiza a luta do negro na sociedade brasileira, nesse período histórico do território, quando as forças do capital alienam o território em uma economia cada vez mais mundializada.

No âmbito da política de saúde, em 2004, a partir da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.434<sup>29</sup>, foi criada a política de inclusão da população quilombola, instituindo equipes de Estratégia Saúde da Família para as comunidades quilombolas; e, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra por meio da Portaria nº 992, traçando metas de melhorias à saúde com atenção especial à população quilombola<sup>30</sup>.

A Comunidade Remanescente de Quilombos do Sítio Estivas fica situada no agreste do Pernambuco. Originalmente, suas terras eram ocupadas pelos indígenas do ramo dos Cariris, quando, por volta do século XVII, brancos e negros fugidos da sujeição dos holandeses ocuparam as regiões de brejos, lá estabelecendo-se em aldeias esparsas.

A experiência relatada no presente artigo parte de uma vivência na disciplina ‘Descolonialidade e diálogos de saberes em territórios’, promovida pela Fiocruz-Recife em parceria com a Universidade Federal Rural de Pernambuco. Como finalização do curso, foi sugerida aos discentes a apresentação de um seminário que teve como referência as teorias decoloniais a partir do texto: ‘A pedagogia do território: desobediências epistêmicas e insurgências acadêmicas na práxis do núcleo Tramas’<sup>1</sup>. Essa reflexão permitiu ao grupo problematizar a relação território e residência a partir da seguinte questão: a Academia pode ser decolonial?

A relevância da discussão possibilitou que os participantes do seminário, ao se depararem com uma comunidade negra rural, buscassem contemplar as questões étnico-raciais e culturais em uma abordagem geográfica, bem como compreenderem as relações entre trabalho, modo de vida e vinculação do ser humano com a terra. Para entender tal dinâmica, fez-se necessário explorar o conceito de território, bem como o de territorialidade, de forma a buscar compreender como, por meio do uso do território, a Comunidade Remanescente de Quilombos do Sítio Estivas estabelece as relações com o entorno reafirmando as buscas pela identidade dos afrodescendentes.

O diálogo desse seminário foi construído a partir das falas de três convidadas: uma liderança da comunidade, uma residente da RMSFC R1 (primeiro ano) e uma residente da RMSFC R2 (segundo ano). Previamente, foram lançadas as seguintes perguntas reflexivas: 1. Quem é você e qual é a sua relação com o território? 2. Para você, qual a função social e política da Academia nos territórios? 3. Você acha que houve alguma mudança no território desde que a residência se aproximou? Se sim, quais os impactos positivos e/ou negativos mais importantes que pode citar? 4. Você acredita na união entre os saberes populares e saberes acadêmicos para a transformação social?

As falas das residentes pontuaram a necessidade de conhecer previamente as particularidades do território, compreender como a comunidade se comporta e se relaciona com os diversos aspectos que constituem a saúde-doença, para que as ações em saúde não reproduzam as comumente realizadas em cenário urbano. Para isso, é necessário dialogar, escutar, reconhecer a incompletude do saber acadêmico, ou seja, é preciso experimentar a autonomia e o poder de criação no processo de cuidado com base na realidade. Destaca-se a importância do processo de territorialização para além do processo geográfico, mas como o reconhecimento das relações entre ambiente, condições de vida, situações de saúde e rede de saúde<sup>31</sup>. Aspectos trazidos

como desafiantes para a formação como trabalhador do SUS, uma vez que, mesmo com um olhar diferenciado para a questão do campo, a formação inicial em saúde dos residentes é pautada pelo modelo biomédico de cuidado e que tem como uma das premissas desconsiderar o contexto e o sujeito, que se diferencia da forma como a residência do campo se organiza tradicionalmente por meio de um processo de aprendizagem diária e coletiva.

A ‘(des)territorialização’ histórica de saberes, de identidades, por meio de formas variadas de poder, precisa ser repensada para que haja uma conversa com o pensamento decolonial na afirmação de que é possível convergir os sistemas de saberes científicos com os saberes nascidos da vivência diária dos povos com a natureza.

O diálogo, ferramenta leve e complexa, foi apontado pelas residentes como a possibilidade de unir o mundo das ciências com o universo da sabedoria dos povos tradicionais, respeitando a existência do outro. Nesse sentido, corroboram-se as palavras de Cotta et al.<sup>32(282)</sup> quando apontam que,

Só se cuida adequadamente daquilo que se conhece, do contrário, as ações não passam de esquemas aprendidos na academia e reproduzidos de modo completamente acrítico e desvinculado das necessidades das pessoas.

Outro ponto trazido como essencial para a contribuição da residência para a formação das residentes e apontado como essencial à transformação do seu olhar foi a necessidade de um trabalho interdisciplinar e de equipe entre residentes e comunidade. A interdisciplinaridade, para além da união entre saberes, deve ser entendida como uma práxis, ou seja, um processo de construção de conhecimento e ação que se conforma por meio de consensos e dissensos<sup>33</sup>. Parece ser inquestionável que só é possível construir vínculos fortalecidos e ações de saúde resolutivas se o trabalho for realmente coletivo e colaborativo desde o planejamento até a execução das atividades.

Porém, trabalhar de maneira conjunta é desafiante, pois necessita que todos os envolvidos, em alguma medida, renunciem a suas supostas certezas, exigindo uma constante negociação.

A fala da liderança comunitária apontou para duas questões centrais: a primeira referente a sua relação com o território, completamente marcada pela ancestralidade, já que relata que se descobriu quilombola a partir da sua história familiar e da relação de pertencimento com a Comunidade Remanescente de Quilombo de Estivas. Nesse sentido, ressaltou a importância de considerar aspectos além do corpo físico no cuidado em saúde, bem como de considerar a ancestralidade e os modos de viver como práticas de saúde. Como apontam Farias et al.<sup>34(634)</sup>:

Nessa perspectiva, a promoção, prevenção e recuperação em saúde desta parcela da população precisam ser compreendidas a partir da visão de mundo africana e das formas de conhecimentos afrocentrados. A premissa para essa compreensão ocorre na contextualização do paradigma civilizatório negro-africano e da cosmovisão africana.

Outro ponto importante foi a avaliação positiva da presença da residência no quilombo. Para a liderança, a união entre os saberes tradicionais e os acadêmicos, quando existe um respeito mútuo, engrandece o território e a aprendizagem de todos, uma vez que os residentes contribuem com inovações e outros olhares, inclusive com novas provocações políticas e sociais, retirando o quilombo da sua zona de conforto e levando à necessidade de uma organização interna, inclusive, para receber os residentes. Acrescido a isso, trouxe um pouco da história de como a residência tem contribuído com os quilombolas para o enfrentamento da pandemia e construído atividades para sanar as necessidades imediatas advindas do cenário pandêmico, como, por exemplo, a fome, como veremos a seguir.

Nos primeiros meses da Covid-19, os residentes foram afastados do quilombo para pensar como seria a sua contribuição considerando os riscos a serem enfrentados. Após a compreensão inicial da situação, foi necessário entender o que representava os dizeres ‘fique em casa; use máscara; mantenha distanciamento; lave as mãos’ para uma comunidade que tem vários familiares em casa e que dependem do trabalho com a terra. Além dos cortes das políticas assistenciais e do aumento do preço dos alimentos, outro desafio surgiu: a fome. Assim, a residência no módulo saúde do trabalhador inseriu a discussão da ciência agroecológica ampliando o conceito de saúde na RMSFC.

Com isso, diante da dificuldade de atuar nas casas das pessoas e provocados pela necessidade real de fome, surgiram como propostas imediatas e de urgência a construção de mandalas comunitárias de verduras, um biodigestor e uma cozinha comunitária. No entanto, o desafio foi posto pela necessidade de unir as pessoas dentro das exigências da vigilância sanitária, obedecendo às medidas de segurança para evitar a contaminação pela Covid-19.

*As lideranças foram convidadas a dialogar com os residentes e trazer as suas dificuldades naquele momento, além de pensar como os residentes poderiam estar junto no cuidado com a saúde da comunidade, escrevendo tudo que podia ser feito para diminuir os problemas que estavam surgindo por causa da pandemia. (Liderança).*

Os residentes fizeram grupos no celular para facilitar a comunicação (com aqueles que tem acesso a celular) e, juntos, construíram um cronograma de acordo com a possibilidade da comunidade em se reunir em mutirões para construção das hortas e dos biodigestores. Cada pessoa tinha uma atribuição, e as orientações para distanciamento, uso de máscara e lavar as mãos foram sempre presentes.

Ter água para lavar as mãos não é algo tão fácil na região do Semiárido nordestino, por

isso, pensar em uma forma de disponibilizar água para a população foi uma das primeiras medidas a serem consideradas. Segundo Almeida et al.<sup>35</sup>, a partir de uma tecnologia alternativa com garrafas de plástico, canos e uma torneira para ser colocada em pontos estratégicos na comunidade, foi realizado o primeiro mutirão para estimular a lavagem das mãos e facilitar para os que desejavam lavar, mas não tinham local para fazer. Essa tecnologia trouxe para a comunidade do Sítio Estivas um despertar para novas possibilidades do fazer coletivo.

Após a análise de todas as possibilidades que minimizassem os riscos, o segundo passo foi convidar a liderança comunitária a ser preceptora direta dos residentes no território, para que as ideias pudessem ser construídas para a real necessidade daquele momento, “*e assim foram feitas as mandalas de verduras e o biodigestor*” (Liderança).

Diante do relato da liderança comunitária, percebe-se que esse cenário pandêmico contribuiu para ressaltar a construção coletiva a partir da necessidade local, bem como o compromisso dos residentes de vivenciar a realidade na qual estavam inseridos. Tudo isso, a partir da educação popular em saúde como caminho teórico-metodológico entendido como uma ação política e transformadora na qual teoria e prática representam polos inseparáveis<sup>36</sup>, levou os residentes a refletir com a comunidade soluções, de forma coletiva e interdisciplinar, considerando os fatores de determinações sociais, a integralidade do cuidado e a participação social – além de permitir a compreensão do papel do residente no território e a possibilidade de concretizar os princípios do SUS. Assim, “a ciência traz sua interseção no espaço real da formação dos residentes e trabalhadores do SUS”<sup>36(17)</sup>.

## Considerações finais

A Pedagogia do Território se expressa nesta experiência por meio da construção conjunta,

da escuta atenciosa e criativa, mas principalmente pela recusa de negar e silenciar seres e saberes que historicamente foram e são calados como herança do eurocentrismo, por meio do racismo epistêmico étnico-estrutural. Considerando essa pedagogia, a RMSFC se apresenta como uma estratégia essencial para pensar e produzir saúde com outro olhar para populações específicas, levando a transformação das práticas profissionais, contribuindo para a efetivação das políticas de equidade em saúde e, principalmente, visibilizando essas comunidades.

Diante dos breves relatos, a experiência relatada apresenta alguns caminhos para que essa visibilização seja possível, representando, de forma contextual, possibilidades de pensar e agir a partir de uma perspectiva pós-abissal, tanto referente à vida no território quanto à ação em saúde. Assim, parece que esse espaço de formação se aponta como uma possibilidade potente de decolonização do Saber, do Ser e do Poder da Academia e do SUS nas suas formas de conhecer, cuidar, aprender e vivenciar o território.

No entanto, apesar de tais potências, cabe ressaltar alguns limites da residência em saúde dentro do contexto quilombola. Primeiro, estamos falando de um espaço e de um povo marcados por processos de violência e perseguição históricas, que reverberam em piores condições de vida e de saúde. Segundo, os profissionais residentes, na sua grande maioria (apesar da mudança curricular de algumas universidades), não obtiveram na formação graduada um aprofundamento e uma consistente reflexão histórico-conceitual sobre a saúde da população negra, muito menos em contextos específicos, tampouco sobre aspectos como: racismo, equidade, alteridade. Isso pode fazer com que haja uma maior dificuldade no diálogo com essas comunidades e, também, depositar na residência um caráter de formação inicial. Ademais, por vezes, o olhar criativo e ativo do campo da saúde sobre os quilombos acaba, em certa medida, ficando mais limitado àqueles que recebem residentes,

pois até mesmo a atenção básica, por vezes, está ausente, descontextualizada, não preparada, incompleta e/ou não é priorizada pelas gestões locais e federal nessas e em outras comunidades tradicionais. A consequência dessa limitação é o risco de que as estratégias realizadas pelas residências multiprofissionais em saúde fiquem restritas a uma experiência isolada e ao campo acadêmico, que não tenha continuidade ou que não represente, de fato, mudanças sustentáveis ao território.

## Colaboradoras

Araújo JM (0000-0001-6205-0116)\*, Costa KAO (0000-0001-5585-5768)\* e Silva FCCM (0000-0003-1695-0740)\* contribuíram igualmente para a idealização do desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do estudo; e revisão final e aprovação do manuscrito para submissão. Gervais AMD (0000-0002-1393-529X)\* contribuiu para a revisão final e aprovação do manuscrito para submissão. ■

## Referências

1. Rigotto RM, Leão FAF, Melo RD. A Pedagogia do Território: desobediências epistêmicas e insurgências acadêmicas na práxis do núcleo temas. In: Rigotto RM, Aguiar ACP, Ribeiro LAD. *Tramas para a justiça ambiental: diálogo de saberes e práxis emancipatórias*. Fortaleza: Edições UFC; 2018. p. 345-396.
2. Silva CB, Oliveira NAS. Epistemologia feminista. In: Colling A, Tedeschi LA. *Dicionário crítico de gênero*. Dourados: UFGD; 2015. p. 203-207.
3. Santos BS, Meneses MP. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez; 2010.
4. Porto MFS. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: Um ensaio de epistemologia política. *Rev. Crit. de Cienc. Sociais*. 2011; (93):31-58.
5. Martinez-alier J, Anguelovski I, Bond P, et al. Between activism and science: grassroots concepts for sustainability coined by Environmental Justice Organizations. *J Political Ecol*. 2014 [acesso em 2021 jul 12]; 21(19):19-60. Disponível em: <https://doi.org/10.2458/v21i1.21124>.
6. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
7. Freire P. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: Paz e Terra; 2014.
8. Lander E. *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas*. Argentina: Colección Sur Sur, CLACSO; 2005.
9. Krenak A. Reflexão sobre a saúde indígena e os desafios atuais em diálogo com a tese “Tem que ser do nosso jeito”: participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2020; 29(3): e200711.
10. Quijano A. Colonialidad y modernidad/razionalidad. *Perú Indíg*. 1992; 13(29):11-20.
11. Mignolo W. Os esplendores e as misérias das ciências: colonialidade, geopolítica do conhecimento e pluri-ver-salidade epistêmica. In: Santos BS. *Conhecimento pruden-te para uma vida desce: Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortez Editora; 2004. p. 667-707.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Maldonado-Torres N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. In: Castro-Gómez S, Grosfoguel R. El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Universidad Central; Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana; Instituto Pensar; 2007. p. 127-167.
13. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos CEBRAP*. 2007 [acesso em 2021 ago 10]; (79):71-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004>.
14. Santos BS, Meneses MP, Nunes JA. Para ampliar o cânone da ciência: A diversidade epistemológica do mundo. In: Santos BS. Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005. p. 21-121.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, DF; 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União*. 19 Nov 2013.
18. Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra. Residentes se preparam para atuarem com a Saúde da Família da População do Campo. 2015. [acesso em 2021 agosto 10]. Disponível em: <https://mst.org.br/2015/04/02/residentes-se-preparam-para-atuarem-com-a-saude-da-familia-da-populacao-do-campo/>.
19. Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(12):3595-3604.
20. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
21. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
22. Cordeiro G, Reis N, Hage S. Pedagogia da Alternância e seus desafios para assegurar a formação humana dos sujeitos e a sustentabilidade do campo. Em Aberto. 2011 [acesso em 2021 jul 10]; 24(85):115-125. Disponível: <http://www.emaberto.inep.gov.br/ojs3/index.php/emaberto/article/view/3078>.
23. Ceccim RB. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. p. 32-45.
24. Santorum JA, Cestari ME. A educação popular na prática da formação para o SUS. *Rev. Trab. Educ. Saúde*. 2011; 9(2):223-240.
25. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
26. Alves VLS, Acioli MD. Um olhar decolonial sobre a territorialidade dos pescadores tradicionais do Angari. *Rev Direito Debate*. 2020 [acesso em 2021 junho 23]; 29(54):56-65. Disponível: <https://doi.org/10.21527/2176-6622.2020.54.56-65>.
27. Brasil. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. *Diário Oficial da União*. 8 Ago 2007. [acesso em 2022 nov 11]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm).
28. Carril L. Quilombo, favela e periferia: a longa busca da cidadania. São Paulo: Annnablume; Fapesp; 2006.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.434, de 14 de julho de 2004. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia

- gia Saúde da Família, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 Jul 2004.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União. 13 Maio 2009.
  31. Teixeira CF, Paim JS, VillasBôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf. Epidemiol. SUS.* 1998; (7):7-28.
  32. Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, et al. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev. bras. Educ. méd.* 2007; 29 (1):278-286.
  33. Scherer MDA, Pires DEP, Rémy J. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013 [acesso em 2021 julho 28]; 18(11):3203-3212. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100011>.
  34. Farias KP, Crossetti MGO, Góes MGO, et al. Health practices: the view of the black elderly population in a terreiro community. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(4):590-7.
  35. Almeida MDS, Silva SR, Silva NC, et al. Residência em saúde da família do campo e o enfrentamento a COVID-19: relato de experiência. *Health Resid. J.* 2020 [acesso em 2021 junho 10]; 1(7):52-67. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/89>.
  36. Dantas ACMTV, Falcão IV. Formação integral nas residências multiprofissionais em saúde: uma experiência junto ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Rev. Ed. Popular.* 2014 [acesso em 2021 jul 25]; 13(2):10-24. Disponível: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/26689>.

---

Recebido em 14/08/2021  
Aprovado em 20/06/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve