

# **Estratégia Saúde da Família, pluralismo terapêutico, sofrimento e racismo em quilombos**

Fátima Tavares (UFBA)

## **Introdução**

O trabalho apresenta uma abordagem etnográfica da pluralidade terapêutica em comunidades autoidentificadas como quilombos, do município de Cachoeira, Bahia, Brasil, que são atendidas pelo programa do Governo Federal nomeado Estratégia Saúde da Família - ESF. Implantado na década de 1990, inicialmente denominado Programa Saúde da Família-PSF, a ESF é o principal programa de atenção básica em saúde no país, que busca: a) prevenção e qualidade de vida, ao invés do modelo de atenção centrado no hospital; b) superar a percepção da prática médica que intervém sobre o indivíduo abstrato, priorizando o contexto familiar e a comunidade; c) o cuidado ampliado por meio das equipes multiprofissionais em saúde. Com financiamento federal e gestão municipal, a ESF se estrutura de forma territorializada, com a construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS (os “postos” de saúde), enquanto pontos a partir dos quais se delimitam as áreas geográficas de atuação das equipes compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos e agentes comunitários de saúde, esses últimos residentes nas áreas e responsáveis pelo acompanhamento dos usuários por meio de visitas domiciliares. Trata-se de um modelo de atenção à saúde que vem sendo gradativamente implementado em áreas urbanas e rurais, com desafios específicos para essas últimas, onde se encontram quilombos contemporâneos, comunidades rurais negras remanescentes de pessoas escravizadas, que se reconhecem por meio dos vínculos com a memória do tempo da escravidão.

Considerando as dificuldades de acesso (distância e condição das estradas) às UBS nas áreas rurais, as vulnerabilidades sociais que permeiam essas comunidades, e as experiências cotidianas de racismo, compreender a pluralidade terapêutica em quilombos atendidos pela ESF apresenta desafios adicionais que busquei mapear por meio dos agenciamentos terapêuticos – envolvendo agentes humanos, não humanos e mais que humanos nos processos de cuidado (Tavares, 2017). Com esse “conceito fraco”, de orientação metodológica na perspectiva de Latour (2006), temos uma inflexão em relação aos itinerários terapêuticos, centrados na agência dos humanos, desfazendo premissas como a dualidade entre doenças (biológicas) e mal-estares (representações e crenças); e

de sistemas terapêuticos “separados” (religiosos, tradicionais ou alternativos), em articulação ou em fricção (intermedicalidade) com as práticas biomédicas.

Os estudos de campo realizado nessas comunidades desde 2014 é realizado por pesquisadores do Grupo de Pesquisa ObservaBaia/UFBA, do qual faço parte, em que realizamos etnografias, parcerias (sob demanda das lideranças quilombolas) e assessorias variadas. Os apontamentos apresentados neste trabalho compreenderam dois períodos voltados à investigação dos cuidados em saúde, em que observamos diferentes formas de associação da ESF ao pluralismo terapêutico local. A seguir irei tratar separadamente de cada momento em sua especificidade.

### **ESF e pluralismo terapêutico: atravessamentos**

No primeiro período do trabalho de campo sobre cuidados em saúde (2016-2018) realizamos o mapeamento de práticas terapêuticas quilombolas<sup>1</sup>, em que intervêm rezas, gestos, banhos, chás, xaropes, lambedores etc., feitos a partir das “folhas” (diferentes partes das plantas), de partes de animais, do ambiente (pedras, madeiras, carvão etc.) e de produtos industrializados. São materiais que se agenciam a procedimentos variados para a “feitura” dos remédios, sua aplicação e descarte.

Os agenciamentos terapêuticos que atravessam as ações em saúde das equipes da ESF compreendem a saúde num sentido alargado. Isso significa ir além dos tratamentos para dores, ferimentos, inflamações, alergias, febres, queimaduras, inchaços, constipações, picadas (de cobra), mal-estares (“ansiedades”, “nervosos”, “olhados”, “energias ruins” etc.), doenças prevalentes (AVC, pressão alta, colesterol, derrame, diabetes, gripe, verminoses etc.) doenças não conceituadas em termos biomédicos (ar de vento, cobreiro, impingem, pé desmentido, espinhela caída etc.), mas também os cuidados com o crescimento e proteção das crianças (aprender várias rezas faz parte do aprendizado da maternidade); da pessoa (cabelos, pele, emagrecimento, banho de assento, calmantes), da casa (incensos, decoração); da rede estendida de parentes em contextos de coabitação e vizinhança; do cuidado com os animais e outros viventes (doenças, perda de animais, reprodução etc.); das festas e devoções que fazem a vida desses lugares. São agenciamentos que não constituem sistematizações abstratas, mas apresentam “configurações agentivas” que comunicam processos vitais (crescimentos) com

---

<sup>1</sup> Uma parceria sob demanda das comunidades, resultando numa brochura apresentando os terapeutas, transformada em seguida em livro. Cf. Tavares *et al.*, 2019.

fabricações (artefatos / intencionalidades / devoções / rituais) por meios de associações e emaranhamentos (Bassi; Tavares; Sá, 2021).

Nas terapêuticas tradicionais, os processos vitais das folhas/ervas (categorias nativas) se associam aos processos vitais de humanos e não humanos, isto é, que o ciclo de crescimento, potência curativa, visibilidade (para que colhe), processo de murcha são conectados de várias formas com agências diversas e heteróclitas do território (ventos, marés, mato, quintal, astros, horários, dias da semana etc.) e de outros humanos e não humanos vivos (entidades, espíritos, irradiações). Essas associações impedem a “extração” (separação) dos princípios ativos das ervas, numa forma de fabricação isolada dos processos vitais que lhes são intrínsecos: “os procedimentos fitoterápicos não constituem a parte técnica de uma ciência nativa, que seria assim parasitada por crenças e procedimentos ingênuos (uma ciência julgável, ainda, como não sistemática e marcada pelo mero empirismo).” (Bassi; Tavares; Sá, 2021, p. 8). Os emaranhamentos entre os processos vitais e fabricação nos agenciamentos dos terapeutas recusam a clivagem tanto entre rezas (fabricação de intencionalidades) e ervas/folhas (processos vitais), como na compreensão da agentividade das rezas em si, em que as palavras dos “praticantes terapêuticos”<sup>2</sup> são aprendidas com os mais velhos, mas também “incorporadas” no trabalho de individuação por meio de maneirismos, transformadas com a prática ou ainda podendo “nascer do coração”. Nas ervas/folhas, emaranhados de crescimento e fabricação podem ser percebidos no uso – curativo / apotropaico / propiciatório –; na coleta – horários, dias da semana, lugares (permissão para entrar, intenção para retirar), no procedimento (que por vezes deve “arrancar” a planta integralmente); na transformação/ degenerescência – que ao murchar evidencia uma agência compartilhada com a rezadeira; no descarte – a intenção, direção e local. Por fim, na eficácia dos procedimentos temos emaranhamentos entre capacidade técnica e crescimento na performance do praticante terapêutico, não separando aspectos devocionais à feitura das rezas e aspectos técnicos às fabricações curativas com as ervas/folhas.

Nas redes intersticiais de rezadoras(es), erveiras(os) e pessoas leigas os emaranhados que não separam processos vitais de artefatos, pode aparecer a noção de “fé” como uma variável destacável, para que a cura possa ser elicitada, “extraída” dos

---

<sup>2</sup> Utilizamos esse termo ao invés de “especialistas” terapêuticos para sublinhar as fronteiras imprecisas entre aquelas que são reconhecidas como rezadoras e erveiras e as pessoas em geral, incluindo os jovens, que detêm algum conhecimento das folhas para o uso cotidiano, sempre aprimorado em situações específicas por meio das trocas de informações com vizinhos e parentes (Tavares et al., 2019).

processos vitais – ela não coincide com a noção de crença interiorizada das religiões de conversão (embora possa recobrir essa possibilidade), mas implica numa intencionalidade espraiada pelo rezador, pelo poder das palavras (da reza), pelo receptor, pela coparticipação nessas formas de vida. Essa percepção se aproxima da observação de Bispo dos Santos (2023, p. 38) a propósito da transformação de habitantes para compartilhantes nesses ambientes: “No quilombo, somos compartilhantes, desde que tenhamos nascido aqui ou que tenhamos uma relação de pertencimento. [...] uma relação com o ambiente como um todo, com os animais e as plantas.” A relação entre as práticas dos terapeutas e a fé do paciente parece ser um ponto crítico da eficácia, posto que as rezas e folhas funcionam com animais doentes ou perdidos, mas o mesmo não se passa com as pessoas quando duvidam ou quando não são do lugar, incertezas que são relatadas tangencialmente em muitas etnografias, mas que, como aponta Graeber (2019), temos certo pudor de falar sobre elas, de lidar com esse “problema”.

A disseminação da cultura biomédica de prevenção e tratamento de doenças tem resultado na diminuição dessas práticas tradicionais, reconhecimento que convive com a avaliação positiva sobre as mudanças em curso, vista como a “chegada da saúde”, em que se luta por mais postos de saúde, melhores estradas, mais médicos e ambulâncias. No entanto, vida cotidiana esses movimentos não apontam para uma tensão ou concorrência: os agenciamentos terapêuticos quilombolas se fazem por adição, incorporando as práticas biomédicas quando convém, e mobilizando práticas tradicionais nas frestas da relação médico-paciente, com os agentes de saúde ou mesmo durante a permanência em hospitais. Dessa forma, ao invés da convivência entre diferentes “sistemas” de saúde, observamos uma rede espraiada, com práticas tradicionais que atravessam os espaços intersticiais da organização dos serviços de saúde.

### **ESF, sofrimento e racismo: cortes e disjunções**

No segundo período (2020-2023), que investigou a percepção dos quilombolas sobre a ESF, vimos que os agenciamentos terapêuticos produzem cortes na rede, condensando emoções e produzindo disjunção com a ESF por meio de experiências de sofrimento e racismo. O sofrimento ordinário da vida cotidiana, “não dramático” (Das, 2023), é explicitado nas difíceis condições da vida e de acesso à saúde (às consultas, aos especialistas, aos exames, ao hospital), em que se percebem à margem desses serviços, como veremos nas duas situações apresentadas a seguir.

Numa reunião online em abril de 2021, entre quilombolas e a então secretária da saúde do município (com a presença de algumas enfermeiras da ESF), no início do processo de aplicação das vacinas contra a covid-19, relatos de vários quilombolas apontavam problemas da dinâmica de organização das enfermeiras que não levavam em consideração as especificidades das comunidades (falta de adequação dos horários de atendimento no posto para marisqueiras e agricultores, falta de comunicação no cronograma de aplicação da vacina, ambulâncias que não ficam disponíveis). Uma enfermeira especialmente era criticada pelas dificuldades de comunicação ao ser comparada com a profissional anterior, que tinha as pessoas em consideração, que teria “procurado caminhos por onde entender as comunidades”, como destacava Rosângela, do quilombo Kaonge. Durante a vacinação nas comunidades, essa enfermeira, inclusive, não teria saído do carro da secretaria de saúde (com ar refrigerado), delegando à assistente a aplicação da injeção para a covid-19. Uma imagem evocada por Rosângela foi especialmente provocativa ao se referir à enfermeira citada: “O que está faltando realmente é ela descer do salto e pisar na lama, pisar no massapê, dialogar diretamente falando a nossa língua, é isso que está precisando”. Ananias, liderança local, logo no início da reunião resume o abandono a que essas comunidades foram submetidas fazendo menção aos desafios do dia seguinte à abolição da escravidão, o dia 14 de maio (como já fez em outras situações): “Falsa abolição porque a partir desse período a gente foi totalmente abandonado. Eu tô dizendo a gente porque isso torna a gente que estamos hoje nas comunidades. Doeu nos nossos ancestrais e dói também na gente que estão dentro dessas comunidades até hoje.”

Em outro momento, em julho de 2022, numa roda de conversa sobre racismo em saúde no quilombo Engenho da Cruz, Luciene, que não é uma liderança como Ananias, fez um longo e emocionado relato a propósito de sua vivência do racismo, do qual extraio um pequeno trecho:

[...] tudo aquilo que eu quero comprar eu compro..., porque eu trabalho pra isso. Não é a falta do dinheiro, é racismo mesmo. O Brasil é um país racista, que foi construído na base da chicotada [...] porque até hoje nós ainda somos escravo ... ou seja, né? nós não somos amarrados no tronco, mas somos ainda negados nossos direitos [...] então o Brasil nos deve respeito. E falta respeito pra nós, né? A gente, comunidade negra, filhos e netos de escravos. Nosso direito ainda tá sendo negado, então a gente continua sendo escravo, né? [...] porque se a gente não tiver saúde e educação, jamais a gente vai alcançar um Brasil livre, porque a gente só diz

no papel que somos livres, mas não verdade somos reféns ainda... dos nossos gestores.

Situações como essa explicitam o sofrimento social no diálogo com políticas de saúde e racismo. Penso que podem ser compreendidas como experiências incorporadas, que atualizam dores ancestrais como no reconhecimento da falta de “consideração” da enfermeira mencionada na reunião, no sentido abordado por Pina Cabral e Silva (2013): a consideração não é algo que se dá, mas algo que se tem e que propicia a emergência dos sujeitos; “[...] é algo que as cria como pessoas conjuntamente.” (p. 26). Nessa feitura continuada das pessoas, interessa especialmente o poder curativo da “consideração”, que implica em “atenção”, em valorização da honra, e na capacidade de apaziguar as pessoas (p. 27).

A escravidão também pode tomar a forma de “evento crítico” no sentido de Venna Das (2023) para nossos interlocutores, mas alcançar os dias atuais como sofrimento ordinário para gestões e profissionais de saúde, explicitando equívocos de parte a parte nas expectativas do cuidado que podem sobredeterminar as eventuais diferenças nos procedimentos das equipes de saúde, conforme apontado por Kelly (2015) para as relações entre médicos (brancos) e pacientes (yanomami) no Alto Orinoco, Venezuela. A vida nas comunidades quilombolas, especialmente essas do Recôncavo Baiano, é feita nesses mesmos territórios de sofrimento de seus antepassados escravizados, antigos engenhos de cana de açúcar, na plantation açucareira, coração do sistema colonial. Os “registros” são visíveis pelo território (nos vestígios das casas grandes, senzalas, rodas de engenho, capelas etc.), nos discursos emaranhados com a emoção da violência, nos corpos. Visto de lá, o tempo da escravidão não está longe. A luta pelo reconhecimento dos direitos, intensamente mobilizado por essas comunidades em múltiplas ações étnicas, culturais e políticas não parece dissipar as dores ancestrais que são revividas cotidianamente.

### **Conclusão, algumas palavras**

Problematizar o pluralismo terapêutico nos quilombos é considerar atravessamentos, cortes, disjunções e ambiguidades na relação com os serviços de saúde da ESF. Os agenciamentos terapêuticos moleculares – rizomáticos ou condensados em sofrimentos - desestabilizam os processos molares da medicalização da vida, provocando

“ruídos” variáveis nas equipes de saúde. Por outro lado, o sofrimento também vem sendo agenciado como “evento crítico” da memória da escravidão, por meio da luta contra o racismo, tanto no sentido universalista do direito à saúde (inclusão de todas as comunidades quilombolas na política da ESF), quanto na reivindicação de especificidades da ESF para os quilombos (como “política de reparação” das injustiças sociais; como política para doenças prevalentes entre os negros e para doenças ocupacionais; como preservação de práticas terapêuticas tradicionais).

### Referências

BASSI, Francesca; TAVARES, Fátima; SÁ, Sílvia Michele Macedo de. Terapeutas populares no Recôncavo da Bahia, Brasil: configurações agentivas em ontologias híbridas. **Revista de Antropologia**, v. 64, p. e189651, 2021.

BISPO DOS SANTOS, Antônio. **A terra dá, a terra quer**. São Paulo: Ubu Editora/Piseagrama, 2023.

DAS, Veena. **Aflicção: saúde, doença, pobreza**. São Paulo, Editora Unifesp, 2023.

GRAEBER, D. Alteridade radical é só outra forma de dizer “realidade”: resposta a Viveiros de Castro. **Revista Práxis Comunal**, v. 2, n. 1, 2019.

KELLY, José Antonio. Notas para uma teoria do "virar branco". **Mana**, v. 11, p. 201-234, 2005.

LATOUR, Bruno. **Changer de société. Refaire de la sociologie**. Paris: Éditions La Découverte, 2006.

PINA CABRAL, J.; SILVA, V. A. **Gente livre**. Consideração e pessoa no Baixo Sul da Bahia. São Paulo: Ed. Terceiro Nome, 2013.

TAVARES, Fátima. Rediscutindo conceitos na antropologia da saúde: notas sobre os agenciamentos terapêuticos. **Mana**, 23 (1): 201-228, 2017.

TAVARES, Fátima; CAROSO, Carlos; BASSI, Francesca; PENAFORTE, Thais; MORAIS, Fernando. **Fazeres e saberes terapêuticos quilombolas**, Cachoeira, Bahia. Salvador: EDUFBA, 2019.