

Racismo em saúde em comunidades quilombolas do Recôncavo Baiano

Fátima Tavares¹

Carlos Caroso²

Universidade Federal da Bahia

Resumo: O presente artigo resulta do estudo etnográfico que vimos realizando nos serviços de saúde disponíveis nas comunidades quilombolas do município de Cachoeira, no Recôncavo Baiano, especialmente os da Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da perspectiva das pessoas quilombolas com quem trabalhamos há mais de uma década. A partir do acompanhamento de reuniões com gestores municipais, conferências municipais de saúde e de rodas de conversa, pudemos conhecer experiências da doença em situações cotidianas de vidas atravessadas pela pobreza e racialização. Na conclusão, argumentamos que os agenciamentos terapêuticos quilombolas se fazem nas margens e nas frestas do sistema público de saúde, tecendo relações ambíguas da ESF com as comunidades no sofrimento ordinário, invisível, mas também no sofrimento como evento crítico, nos termos de Veena Das.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; racismo terapêutico; sofrimento social; medicina quilombola; terapeutas tradicionais.

TAVARES, Fátima; CAROSO, Carlos. **Racismo em saúde em comunidades quilombolas do Recôncavo Baiano.** *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 13 (32): 353-370, maio a agosto de 2026. ISSN: 2358-5587

¹ Doutora em Antropologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ. Professora Titular do Departamento de Antropologia da UFBA e Professora Permanente no PPGA/UFBA. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

² PhD em Antropologia pela University of California, Los Angeles-UCLA. Professor Titular Aposentado do Departamento de Antropologia da UFBA e Professor Permanente no PPGA/UFBA. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

Racism in healthcare in quilombola communities in the Recôncavo Baiano region

Abstract: This article results of an ethnographic study we have been conducting on the health services available in quilombola communities in the municipality of Cachoeira, in the Recôncavo Baiano, especially those of the Family Health Strategy (ESF), from the perspective of the quilombola people with whom we have been working for over a decade. By attending meetings with municipal managers, municipal health conferences, and roundtable discussions, we have been able to learn about experiences of illness in everyday situations marked by poverty and racialization. In conclusion, we argue that quilombola therapeutic agencies operate on the margins and in the gaps of the public health system, weaving ambiguous relationships between the ESF and communities in ordinary suffering, invisible, but also in suffering as a critical event, in the terms of Veena Das.

Keywords: Family Health Strategy; therapeutic racism; social suffering; quilombola medicine; traditional healers.

Racismo en la atención sanitaria en comunidades quilombolas de la región de Recôncavo Baiano

Resumen: Este artículo es el resultado de un estudio etnográfico que hemos estado realizando en los servicios de salud disponibles en las comunidades quilombolas del municipio de Cachoeira, en la región del Recôncavo Baiano, especialmente los de la Estrategia de Salud Familiar (ESF), desde la perspectiva del pueblo quilombola con el que hemos trabajado durante más de una década. A través de la observación de reuniones con gestores municipales, conferencias municipales de salud y grupos de discusión, pudimos aprender sobre las experiencias de enfermedad en situaciones cotidianas de vidas marcadas por la pobreza y la racialización. En conclusión, argumentamos que los enfoques terapéuticos quilombolas se desarrollan en los márgenes y en las grietas del sistema público de salud, tejiendo relaciones ambiguas entre la ESF y las comunidades en el sufrimiento ordinario e invisible, pero también en el sufrimiento como un evento crítico, en los términos de Veena Das.

Palabras clave: Estrategia de Salud Familiar; racismo terapéutico; sufrimiento social; medicina quilombola; curanderos tradicionales.

Apresentamos uma etnografia dos serviços de saúde disponíveis nas comunidades quilombolas do município de Cachoeira, no Recôncavo Baiano, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da perspectiva dos quilombolas e de suas práticas de cuidado. A estruturação territorializada da ESF conta com Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF), os Postos de Saúde, enquanto pontos a partir dos quais se organizam as áreas geográficas de atuação das equipes compostas por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, dentre outros profissionais. Esse modelo de atenção à saúde 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 escravidão³.

A investigação dos agenciamentos terapêuticos (TAVARES, 2017) nessas comunidades compreende dois períodos: a) entre 2017 e 2018, quando da organização do Inventário terapêutico quilombola, mapeando os “praticantes terapêuticos”⁴, cujas práticas 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 - materiais que se agenciam a procedimentos variados para a “feitura” dos remédios, sua aplicação e descarte; b) entre 2020-2023, investigando a percepção dos quilombolas sobre a ESF, com rodas de conversa⁵, acompanhando reuniões com gestores de saúde do município e de uma das pré-conferências municipais de saúde de Cachoeira, no quilombo Tabuleiro da Vitória (em 12/09/2022), preparatória da 11ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia; e assessorando as Conferências Livres de Saúde Quilombola⁶.

Nas conversas com as(os) interlocutoras(es) se entremeiam percepções e avaliações sobre os serviços do Posto de Saúde (nas comunidades), das clínicas especializadas (na Sede do município e de outros próximos) e do hospital (em vários municípios) a partir das “narrativas da doença” e das formas de vida quilombola.

³ Como destaca Arruti (2008), a questão da autoatribuição como quilombola é especialmente problemática, confundindo processos contrastivos locais e demandas de reconhecimento pelo Estado. Assim, o reconhecimento étnico da categoria opera importantes deslocamentos ao não congelar as identidades pré-estabelecidas, mas, por outro lado, não é possível estabelecer relações auto evidentes entre a diversidade das descrições étnicas e a categoria quilombo. Arruti (2009) destaca que essas dificuldades e assimetrias também se desdobram nas políticas públicas para quilombos.

⁴ A utilização do termo “praticante” ao invés de “especialista” decorre da capilaridade dos conhecimentos das folhas, com vários conhecedores que não gostam de se autoidentificar como rezadeiras ou rezadores. A pesquisa, que mapeou 63 pessoas, das quais 42 foram entrevistadas, sendo uma demanda das comunidades (TAVARES *et al.*, 2019).

⁵ Foram realizadas seis rodas de conversa nas comunidades do Engenho da Cruz (09/07/2022), Kalolé (20/08/2022), Imbiara (21/08/2022), São Francisco do Paraguaçu (04/09/2022), Dendê (10/12/2022) e Santiago do Iguape (23/04/2023). Com exceção da última, todas se encontram registradas em filmes etnográficos disponíveis na TV ObservaBaía - <https://www.youtube.com/@tvobservabaia/videos>. Acesso em: 06.04.2026

⁶ 1ª Conferência Livre de Saúde Quilombola do Território do Recôncavo (27/04/2023), preparatória da 11ª Conferência Estadual de Saúde; e da 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde Quilombola (30/05/2023), preparatória da 17ª Conferência Nacional de Saúde. Foi realizado registro em filme etnográfico da 1ª Conferência, sob o título “Protagonismo Quilombola em Saúde”, que se encontra na TV ObservaBaía. Disponível em: www.youtube.com/@tvobservabaia/videos. Acessado em: 06/04/2026

Veena Das (2023: 46) chama a atenção para a força problematizadora dessa abordagem na compreensão das assimetrias na saúde, tanto na direção de um “maior refinamento” das narrativas “quanto na atenção às condições econômicas e políticas das experiências”. Contudo, argumenta a autora, ao nos determos nos significados das experiências da doença não podemos invisibilizar as assimetrias aí envolvidas - ela problematiza essas fronteiras reconhecendo que a experiência vivida propicia a emergência de conceitos e narrativas que não precisam ser sistemáticos ou organizados, considerando que se assentam na contingência da desordem desencadeada pela irrupção da doença.

Seguindo essa inspiração, interessa-nos esse entremear de experiências da doença e vida nas histórias que foram contadas nas rodas de conversa e em situações cotidianas para deixar emergir os agenciamentos de vidas atravessadas pela pobreza e racialização. As percepções das comunidades sobre os serviços de saúde se desdobram em situações e cenas do sofrimento ordinário da vida cotidiana, “não dramático o suficiente para chamar a atenção”, como conceitua Das (2023, p. 20), que ficam “de fora” e à margem dos serviços públicos de saúde nas comunidades quilombolas, fomentando, inclusive, a produção de mal-entendidos com equipes de saúde. Mas o sofrimento também é mobilizado 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. É o que veremos neste artigo.

Racismo em saúde e sofrimento quilombola

As comunidades quilombolas da Bacia e Vale do Iguaçu estão situadas no município de Cachoeira, no Recôncavo Baiano, a 110 km da cidade de Salvador. Essa região apresentava grande concentração de engenhos de açúcar desde o Brasil colônia, onde se localizam as atuais comunidades quilombolas (BARICKMAN, 2003; FRAGA FILHO, 2006). A partir de meados dos anos 1990 a luta por terra e direitos foi crescente, levando ao desenvolvimento de articulações políticas nos termos de uma etnogovernança quilombola (TAVARES e CAROSO, 2023) com a criação do CECVI (Centro de Cultura do Vale do Iguaçu), em 2002, e do Conselho Quilombola da Bacia e Vale do Iguaçu, em 2005, que reúne quase todos os quilombos dessa região⁷.

Na esteira do processo de reconhecimento identitário e das lutas por terra e direitos, as comunidades quilombolas de Cachoeira apresentam destacada articulação política e que se projeta a partir da atuação do Conselho Quilombola. Desde 2017, as iniciativas em torno do reconhecimento das práticas terapêuticas tradicionais vêm se somando a ações voltadas para o reconhecimento da “medicina quilombola” ou “medicina ancestral”, com suas folhas, rezas e uso de outros elementos, além da demanda de acesso ao espaço hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeira e hospitais de outros municípios para realização de tratamentos espirituais.

A chegada da pandemia da Covid-19, em 2020, gerou dificuldades adicionais

⁷ Organização civil sem fins lucrativos, o Conselho Quilombola tem como principais finalidades a defesa dos direitos comunitários, a garantia do acesso à terra, a preservação dos bens materiais, imateriais e dos ecossistemas de que dependem essas comunidades para seu desenvolvimento com sustentabilidade. Os representantes (“conselheiros”) das comunidades envolvidas compõem um fórum que se reúne mensalmente (cada mês numa comunidade diferente), ocasião em que são tomadas as decisões coletivas sobre questões que envolvem desde o cotidiano das comunidades até os projetos de desenvolvimento de longo prazo.

de toda ordem para as comunidades e desencadeou tensões em relação aos serviços de saúde do município na administração da vacina. Numa reunião (online) do Conselho Quilombola, em abril de 2021, o problema da aplicação das vacinas emergiu como a gota d'água da insatisfação com o atendimento em alguns Postos de Saúde, especificamente com o trabalho de duas enfermeiras recém-contratadas. O Conselho decide então organizar uma reunião com a Secretária municipal de saúde (doravante apenas Secretária), em que também participariam as enfermeiras mencionadas, além de outros profissionais.

Ananias Viana, do quilombo Kaonge, principal liderança quilombola da região, após se apresentar, menciona a razão daquela reunião - as “reclamações de diversas lideranças” que chegaram a ele -, e destaca a importância daquela conversa de “alinhamento”, como ele costuma caracterizar encontros desse tipo, para que os profissionais de saúde possam compreender as especificidades quilombolas. Para isso, argumentou, é preciso considerar que essas comunidades estão isoladas desde sempre: o “isolamento que essas comunidades sempre teve não é em isolamento só com pelo Covid, o isolamento geral é que isso aí é um vestígio da própria escravidão”. O isolamento que decorre escravidão, conforme continua em sua fala, implica no abandono a que os antepassados foram submetidos e que se intensificou após a “falsa abolição” – como ele expressa, quando os ancestrais não tiveram nem mesmo alimentação e moradia, sendo definitivamente abandonados à própria sorte. Esse abandono se perpetua até hoje, ele argumenta: “porque isso torna a gente que estamos hoje nas comunidades. Doe nos nossos ancestrais e dói também na gente que estão dentro dessas comunidades até hoje”.

Alinhando o tempo da escravidão ao tempo presente, mais uma vez Ananias destaca que reuniões como aquela possibilitam o “alinhamento” com pessoas que não conhecem as formas de vida quilombola, e que têm que aprender como se aproximar das comunidades, reconhecendo que “são desconfiadas”, porque: “a gente não sabe quem é o nosso amigo e não sabe quem é o nosso inimigo também. [...] todos tem que ficar de antena ligada do nosso lado”.

A expropriação da condição de sujeitos é verbalizada na falta de direitos ao território, ao trabalho, aos conhecimentos tradicionais. Até mesmo a nomeação das folhas medicinais configura o apagamento dessas comunidades, pois quando são apropriadas pelo saber científico elas têm seus nomes mudados. Como argumenta Ananias, é preciso voltar aos nomes nativos das folhas, pois os nomes - as palavras -, fazem agir, propiciando o emaranhamento com as folhas: “porque é com esse nome que a gente, é... se fortalece espiritualmente; e é com esse nome que a gente tem a nossa fé e que a gente acredita e se a gente tomar o remédio com ela, com a nossa fé, quer dizer a gente a gente fica bom, né?”.

A reunião intercalava relatos de vários quilombolas que 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 Viana, liderança do Kaonge, que finalizou afirmando que “as enfermeiras são novas na região e é preciso entender o lugar”.

“Entender o lugar” passa por reconhecer as formas de viver, a centralidade da pesca, da mariscagem e da roça na dinâmica cotidiana de comunidades rurais,

diferente do “tempo” da Sede do município, o que implicaria em “adaptar” as rotinas dos serviços de saúde ao tempo local. Como Rosângela esclarece esta afirmativa argumentando que:

Quem precisa, se sustentar do manguezal, manguezal tem horário. Manguezal não funciona na hora que a gente quer. [...] quem trabalha com... com agricultura não vai para a agricultura à tarde. Vai para a agricultura de manhã. Então, esses horários, precisa estar de acordo com a comunidade.

O descompasso entre o tempo das equipes de saúde e o tempo dos quilombolas foi especialmente agudo quando foi iniciada a vacinação da Covid-19, com o desafio das lideranças quilombolas para avisar às pessoas num curto intervalo de tempo; e com a dificuldade das equipes de encontrar as pessoas nas casas no horário estabelecido (do protocolo das equipes) para a vacinação. A observação, da parte de uma das enfermeiras, de que a dificuldade de se vacinar as pessoas de uma das comunidades seria porque trabalhavam em Salvador insinuava uma inadequação da comunidade como “quilombola”, o que foi retrucado por Rosângela, argumentando que o lugar de trabalho não é condição essencializada do pertencimento quilombola.

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. Uma imagem evocada por Rosângela foi especialmente provocativa ao se referir à citada enfermeira: “O que está faltando realmente é ela descer do salto e pisar na lama, pisar no massapê [solo argiloso, propício à plantação da cana-de-açúcar, e atualmente sinal diacrítico do lugar], dialogar diretamente falando a nossa língua, é isso que está precisando”.

Alguns dias após essa reunião, nos reunimos novamente com a Secretária, quando conversamos sobre o que ocorrera naquele encontro. Ela estava preocupada com o “perfil inadequado” das enfermeiras para trabalhar nas comunidades: “pouca escuta” e não valorização das “queixas” da comunidade. Conforme ela ponderou, as “histórias de sofrimento” desencadeiam emoções que as enfermeiras não sabem lidar, fazendo com que o problema “apareça” para elas nos termos de uma certa “agressividade” dos quilombolas para com os “de fora”. Segundo a Secretária, na conversa com essas profissionais ela buscou mostrar que havia dificuldades de parte a parte: “Porque vai depender muito de como vocês tão agindo”. [segundo as enfermeiras]: ‘Ah, agindo como profissional’. ‘Sim, mas que tipo de profissional? Acolhedor, atencioso, ou você só tava cumprindo as regras, as determinações em relação à vacina?’”.

Como pudemos observar, numa reunião sobre vacinas emergem muitos fios que entretecem as várias face do racismo que também comparecem nos desafios cotidianos que atravessam a ESF nesses territórios⁸. Veremos, a seguir, três camadas do que percebido pelos quilombolas como sofrimento: o problema do “acesso” à saúde, o (não) direito à saúde no habitar quilombola, e as “redes partidas” da saúde. Ao final, vamos trazer as políticas de volta à vida para encontrar a potência e positividade das margens.

⁸ ESF tem que lidar com um ambiente de diversidade de práticas que vem a constituir a pluralidade terapêutica. Pesquisas sobre o cotidiano das equipes de saúde têm apontado a coexistência de redes de cuidado que atravessam e transgridem a territorialização promovida pela ESF (BONET e TAVARES, 2006).

O acesso à saúde no sofrimento da distância

Distantes da sede do município, o principal acesso às comunidades quilombolas é feito por uma estrada estadual (BA-880) asfaltada há alguns anos, mas que atualmente se encontra em condições precárias. Por meio dela se pode chegar às comunidades da parte “baixa”, situadas no entorno da Reserva Extrativista Marinha Baía do Iguape (doravante apenas Resex): São Francisco do Paraguaçu, Santiago do Iguape, Dendê, Kaonge, Kalembá, Engenho da Ponte, Engenho da Praia, Tombo/Palmeira, e nas partes baixas do Kalolé e Imbiara. Como nessas duas últimas comunidades o território apresenta grande desnivelamento, cada comunidade é “separada” em dois segmentos, demandando diferentes estratégias de acesso aos serviços de saúde. Chega-se à comunidade do Kaimbongo também a partir da BA-880, para uma estrada secundária cujo acesso é longo e precário. Mais distantes da Resex, as comunidades do Mutecho e Acutinga localizam-se às margens da estrada principal, que também possibilita o acesso às comunidades do Engenho da Cruz e Engenho Novo na parte alta dessa região. As comunidades do Tabuleiro da Vitória, Brejo da Guaíba, Terra Vermelha, Imbiara de cima e Alto do Kalolé podem ser acessadas por outra estrada, recentemente asfaltada. A comunidade do Engenho da Vitória tem acesso a partir da sede do município.

O problema do acesso e acessibilidade são temas abordados na literatura da Saúde Coletiva sobre as comunidades quilombolas, que mencionam dificuldades internas (dinâmicas, rotinas, protocolos) e externas (condições socioculturais) aos serviços de saúde, invisibilização dos saberes tradicionais, humilhação social e violência racial, inadequação da formação profissional, dentre outros fatores (BRITO, 2024). Considerando a geografia dessa região, descrita brevemente, fica evidente que nossos interlocutores também passam por essas dificuldades decorrentes da distância em relação à Sede de Cachoeira, que atinge todas as comunidades, mas de formas diferentes, considerando as descontinuidades do território, que compreende partes baixas e altas, e a maior ou menor proximidade em relação à rodovia BA-880.

Essa assimetria se potencializa com a distribuição dos equipamentos dos serviços de saúde: Postos de Saúde e UPA (Unidade de Pronto Atendimento), que estão situados em poucas comunidades. A construção dos Postos de Saúde a partir de meados dos anos 2000 materializa a “chegada da saúde” nas comunidades, mas convive com a percepção de precariedade e sofrimento da condição quilombola evidenciada no sofrimento da distância em dois níveis: a) a insatisfação com o limitado serviço de saúde oferecido nas comunidades quilombolas em relação à Sede do município; b) as assimetrias entre as comunidades, catalisadas no sofrimento do acesso aos Postos de Saúde.

Nas comunidades que contam com Posto de Saúde o “acesso” tem produzido boa avaliação das equipes de saúde, intensificando a percepção das assimetrias entre as comunidades. Todas as comunidades compartilham uma avaliação positiva sobre a presença da ESF no território, mas lutam pela melhoria do serviço: demandam mais Postos de Saúde e melhor acesso aos existentes; além de mais médicos e ambulâncias. Mas a percepção de que a situação da saúde melhorou em relação ao passado recente, de que a “saúde chegou”, ao mesmo tempo desencadeia novos sofrimentos para aqueles que estão distantes desses equipamentos públicos.

Das 18 comunidades atendidas há Postos de Saúde em quatro dessas, além de um Posto “satélite” que atende parcialmente algumas comunidades. Nas demais, a distância do “Posto” gera assimetrias no atendimento, pois a falta de

transporte entre as comunidades faz com que se percorra longos trechos a pé ou pagando carro ou moto para chegar àquelas que têm Posto de Saúde. A distância em relação à Sede do município soma uma camada a mais de sofrimento decorrente das estradas malcuidadas e da falta de transporte público (há apenas transporte para a Sede do município). Essa limitação dificulta também o cotidiano escolar das crianças e jovens, e o trabalho de adultos.

Nas rodas de conversa e na Pré-Conferência de Saúde de Cachoeira realizada no Tabuleiro da Vitória, o problema da distância era uma das principais reclamações apontadas para se “acessar” a saúde, tanto no Posto como na Sede do município. A eventual “carona” no transporte escolar é uma estratégia para contornar a necessidade de se pagar transporte. São dificuldades que se estendem tanto para ir às consultas e realizar exames, como para acessar o hospital situado na Sede do município ou em município vizinho, São Felix, numa emergência de um parto, por exemplo, antes resolvida pelas parteiras - apesar das transformações no serviço de atendimento à saúde da mulher, com maior controle no pré-natal e acesso ao parto hospitalar, as dificuldades de se chegar ao hospital não ficaram no passado.

Por fim, mesmo considerando que há ambulâncias que fazem o transporte para consultas na Sede e em outros municípios, e que a quantidade de carros aumentou, melhorando o serviço prestado, aquelas são consideradas mal equipadas, com pacientes que se machucam por falta de proteção. Além disso, vários interlocutores manifestaram insatisfação com o uso das ambulâncias para descolamento em consultas, considerado inadequado, pois esta deveria ser garantida exclusivamente para urgências.

Sem direito à saúde no habitar quilombola

A “falta” do cuidado em saúde na relação com o habitar quilombola pode ser especialmente compreendido a partir da centralidade do ofício das marisqueiras naquela região. Considerando que o principal sustento vem da maré, as mulheres estão submetidas a condições precárias de trabalho, com impactos diretos na saúde ginecológica, além de outros problemas de saúde decorrentes dessa atividade, como problemas ortopédicos e dermatológicos. Porém, no cotidiano do atendimento dos Postos não há atenção especial à saúde da mulher quilombola: não há horários de consulta que se adequam à rotina da maré, não há especialistas (ginecologistas e dermatologistas, nem mesmo em mutirões de consulta), não há facilidade para a realização de preventivos, não há acesso a protetor solar e medicamentos para a saúde da mulher. A quase totalidade das mulheres nas rodas de conversa afirmaram fazer o preventivo ginecológico na rede privada, ainda que esse procedimento implique em alto custo para o orçamento doméstico, considerando o valor do deslocamento, da consulta e do exame.

As especificidades do habitar quilombola se transmutam em racismo em saúde em situações adversas, como em acidentes que impossibilitam a pessoa de trabalhar, quando solicita-se uma licença médica, ou no momento de requerer a aposentadoria. Assim, recorrer ao INSS implica em sofrimento adicional para esses trabalhadores rurais, pescadores e marisqueiras. Conforme argumenta Maria do Totó (Tabuleiro da Vitória), quilombola e advogada: “onde é que entra a situação da angústia do racismo na medicina?”. O processo burocrático invariavelmente conta com um “relatório fraco” de médicos especialistas que instruem os

peritos do INSS⁹. Apesar dessas dificuldades, para nossa interlocutora “o que mais traz angústia são os auxílios-doença, porque depende do médico, depende do relatório médico”: nos “relatórios fracos” o médico não detalha o tipo de trabalho, como marisqueira ou trabalhador rural, dificultando a exigência do afastamento laboral, implicando em indeferimento. Ela menciona as reações de seus clientes diante dos médicos – “eles não escutam” -, e acrescenta que nem mesmo o CID (Código Internacional de Classificação das Doenças) costuma ser identificado no relatório.

Saúde quilombola em redes partidas

Nas rodas de conversa, as equipes de saúde (especialmente os agentes de saúde) são bem avaliadas. Os médicos são tidos como atenciosos e os agentes comunitários de saúde são reconhecidos pela dedicação ao trabalho: circulam as informações, entregam exames, marcam consultas, além de ajudar nas urgências e imprevistos cotidianos. Mas se a dedicação é ressaltada, por outro lado, a percepção da “falta” – de Postos, médicos, medicamentos, insumos, gestão - atravessa a avaliação dos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade.

Além das consultas, os Postos oferecem acompanhamento pré-natal e vacinas. Contando com clínico geral, dentista e enfermeira, a dificuldade mais destacada pelos interlocutores é a ausência de médicos ou a restrita disponibilidade desses profissionais, que se concentra no atendimento em poucos dias da semana, num período do dia (manhã ou tarde). As “fichas” disponíveis são poucas, com os agentes de saúde das comunidades tendo que organizar a alta demanda e lidar com as frustrações envolvidas em longas esperas pelas consultas.

Também faltam medicamentos e acesso a especialistas na Sede. As marisqueiras de Santiago do Iguape comentam que aguardam a vinda de uma ginecologista que periodicamente articula um “mutirão” de atendimento privado na comunidade – segundo elas, a médica não se disponibiliza a vir para consultas individuais. Até mesmo exames simples como de urina e fezes não são feitos nos Postos: é preciso se deslocar à Sede do município. Isso quando se tem essa possibilidade, pois comumente os quilombolas são avisados de que “não tá fazendo exame”.

As limitações do Posto de Saúde, tanto no serviço das unidades fixas (UBS e USF) como no atendimento móvel, podem ser compreendidas na expressão utilizada com frequência de que se vai ao Posto principalmente para “pegar requisição”, pois como a única especialidade disponível é a da clínica médica, o Posto se transforma num “lugar de passagem” para a resolução dos problemas de saúde, mesmo assim, vista como burocrática e lenta, considerando que é preciso “marcar até pra abrir exame”, outra expressão muito usada pelos quilombolas.

Para algumas comunidades mais distantes dos Postos existe o atendimento móvel feito num veículo adaptado, mas essa redução da distância não parece se refletir numa melhor avaliação do serviço. O equipamento móvel estaciona quinzenalmente nas comunidades e como são poucas as “fichas” disponibilizadas, serve apenas para consultas e “fazer requisição”.

Os serviços dentários são especialmente criticados em várias comunidades,

⁹ Com a reforma previdenciária, sem a intermediação do sindicato, ficou mais difícil se aposentar, tanto pela idade – BPC LOAS, para idosos após 65 anos (dificuldades para preencher a solicitação de autodeclaração), como por tempo de serviço (dificuldades para comprovar 15 anos de contribuição).

já que a resolutividade é considerada nula para as demandas quase sempre emergenciais dos quilombolas. Esses serviços são avaliados como “fazer o básico”, “fazer limpeza”, e encaminhar para a Sede do município a realização dos demais procedimentos, como extração dentária, muito solicitada, segundo nossos interlocutores. A sobreposição do sofrimento da distância e a baixa resolutividade do Posto é especialmente visibilizada nas inúmeras histórias de urgência dentária.

Para além da ESF, na outra “ponta” dos serviços de saúde temos o sofrimento implicado nas incertezas da “regulação” dos pacientes para hospitais (do município, da região ou de Salvador), entremeando relações de pessoalidade que atravessam os protocolos técnicos, como afirma, Crispim dos Santos, conhecido como Rabicó, um dos nossos interlocutores de São Francisco do Paraguaçu, ao narrar os problemas envolvidos na realização do parto de sua mulher, que teve que ser feito em Salvador. O problema da regulação só foi resolvido por meio de uma ativista, parceira da associação quilombola da comunidade, que se conectou com outra ativista de Salvador que acionou a Defensoria Pública do estado (mas as dificuldades do transporte na ambulância ficaram por sua conta).

Considerando a relação dos Postos com a Sede do município, pode-se dizer que os serviços de saúde são como “redes cortadas”, apresentando pouca articulação nos diferentes níveis de complexidade, desde o atendimento da ESF, passando pelas dificuldades com consultas de especialistas, exames e cirurgias. De fato, dada as dificuldades de deslocamento e o tempo de espera dos procedimentos, nossos interlocutores têm que lidar com duas dificuldades, que também foram abordadas por Soraya Fleischer (2017), em estudo sobre serviços de saúde em comunidades periféricas do entorno de Brasília (Ceilândia). A primeira é a centralidade da “consulta médica” no fluxo de atendimento, com as consultas “para abrir exame”, para “pegar requisição”, que contribui para aprofundar o problema das redes partidas em territórios quilombolas. A segunda se refere ao tempo da doença: quando não se resolve o problema no Posto, sabe-se que se terá de conviver com o tempo da “doença comprida”, em que confluem a cronicidade; o tempo de sofrimento; e “uma ideia de espaço, de distância, de lonjura” (FLEISCHER, 2017: 25). Nas comunidades quilombolas essa percepção pode se estender para qualquer doença ou dificuldade.

As “redes cortadas” seccionam os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, dificultando a efetividade da ESF em relação à integralidade da saúde, que implica na prevenção numa perspectiva ampliada da saúde. Nesse cenário, os serviços de saúde do Posto ficam precarizados pelas fracas conexões do sistema: a “falta de atuação” do dentista relatada por interlocutores de São Francisco do Paraguaçu é especialmente reveladora de que boas práticas em saúde (prevenção da saúde dentária) não funcionam em redes partidas, ou nos termos de Annemarie Mol e John Law (2003), mal performadas, deixando entrever ambiguidades e dissensões na sustentação do percurso de resolução da doença.

As redes cortadas também atingem a relação com as terapêuticas ancestrais, impossibilitando que as equipes de saúde possam se associar “produtivamente” (para melhoria da resolutividade da ESF) aos agenciamentos quilombolas das folhas e das rezas, considerando aí suas diferenças ontológicas. Como sugere Das (2023: 161) em sua pesquisa em bairros periféricos de Delhi, as relações entre magia e medicina precisam ser compreendidas nas interações práticas ao invés de serem interpretadas somente como categorias cognitivas, evidenciando o caráter posicional das formas de acusação ou de julgamento moral que são direcionadas aos “curandeiros tradicionais” ou “praticantes do oculto”. Interessa-nos es-

pecialmente na abordagem de Das a ideia de que a ambivalência do trabalho daqueles praticantes não decorre (apenas) das relações assimétricas exercidas no controle da racionalidade médica, mas seu caráter transgressor, que desafia tradição e modernidade. Alteridades que se nutrem na existência da doença e dos infortúnios não apenas dos vivos, mas também dos mortos com os quais seus interlocutores têm de lidar em modos de vida atravessados por histórias familiares entremeadas aos eventos coletivos daquele país.

Da perspectiva dos quilombolas do Recôncavo Baiano, “leigos” e praticantes de saberes terapêuticos reconhecidos como pertencentes àqueles lugares, não raro mediados pela assistência de antepassados em sonhos, em vigília (por meio de visões e intuições), e incorporações rituais nos terreiros de candomblé e umbanda, as práticas são atravessadas por ambiguidades e transgressões em relação aos serviços de saúde, associando-se a esses por dois caminhos: pelas frestas e por fora dos atendimentos e orientações médicas. Vejamos cada um deles.

Os agenciamentos terapêuticos quilombolas incorporam as práticas biomédicas quando convém – com medicamentos em associação às folhas e rezas. Mas como esse “protocolo” não costuma ser percebido pelos médicos, as práticas tradicionais se passam nas frestas da relação médico-paciente, dos agentes de saúde ou mesmo durante a permanência em hospitais. Dessa forma, ao invés da convivência entre diferentes “sistemas” de saúde em seus modelos explicativos os setores popular, profissional e *folk* (ou tradicional), como são reconhecidos por Kleinman (1973, 1980)¹⁰, observamos uma rede espraiada e entrelaçada, com práticas tradicionais que atravessam os espaços intersticiais da organização dos serviços de saúde, conforme também destacado por Cauê Machado (2016).

Nas comunidades, o uso das folhas para chás, lambedores e xaropes é disseminado, como sempre lembra Juvani Viana, liderança espiritual do Kaonge. Mesmo os jovens consultam os mais velhos sobre qual a melhor folha para a resolução de algum mal-estar. Também há certa desconfiança do uso excessivo de medicamentos, além das dificuldades financeiras para a sua aquisição. É o que deixa entrever a fala de Demervaldo, de São Francisco do Paraguauçu: “a gente tem que executar o que nós temos, certo? Não é se entregar o corpo ao médico pra fazer o que bem entender”. Rabicó, da mesma comunidade, segue nessa direção: “eu me mantenho mais com a tradição, as ervas tradicionais. Só dependo lá mesmo [do Posto] com a losartana e com o ‘hidro’ [hidroclorotiazida, medicamentos para controle da pressão alta]”.

Os agenciamentos terapêuticos quilombolas produzem refrações no entendimento da “terapêutica” da biomedicina, não se restringindo às “propriedades ativas” de vegetais, animais (fitoterapias e zooterapias) e minerais. A potência das folhas e das rezas “vaza”, no sentido de Ingold (2012), para as “coisas” e se atualiza nas relações de cuidado entre as pessoas. O ambiente vivido (plantas, animais, marés, mato, quintais, movimentos do sol e da lua etc.) apresenta uma relação de continuidade com a resolução dos problemas de saúde, problematizando as correspondências que estabilizam inapropriadamente a eficácia curativa apenas nas propriedades fitoterápicas das folhas (para chá e para banho, lambedores,

¹⁰ Caroso et al. (1996, tradução nossa), esclarecem que Kleinman (1980) reconhece um “sistema cultural local composto por três partes que se sobrepõem: os setores popular, profissional e folk” (p. 50). O setor profissional é constituído por profissões de cura organizadas, em muitas sociedades limitadas à medicina científica moderna. O setor popular, que é não profissional, não burocrático, mas especializado, é uma mistura de vários componentes diferentes, relacionados tanto ao setor profissional quanto ao popular, estando mais próximo deste último. É importante observar que a medicina popular é frequentemente classificada em segmentos sagrados e seculares (op. cit., pp. 50-60). Na visão de Kleinman, a esfera popular dos cuidados de saúde é a parte mais ampla em qualquer sistema, consistindo em muitos níveis: individual, familiar, rede social e crenças e atividades comunitárias.

xaropes, garrafadas, remédios). Os agenciamentos terapêuticos conectam e interrompem práticas em pontos que não coincidem com abordagens apriorísticas que separam cuidados “terapêuticos” de “religiosos”, “fitoterápicos” de “rezas”, “especialistas” de “clientela” (TAVARES *et al.*, 2019). A percepção de que os terapeutas tradicionais são coisa do passado - e os poucos ainda vivos se queixam da falta de interesse dos mais jovens nesses conhecimentos -, convive de forma ambígua com a disseminação rizomática dos saberes das folhas, de modo que se pode dizer que uns sabem mais, outros menos, mas quase todos sabem “um pouquinho”, acionando esses conhecimentos em caso de necessidade.

Por outro lado, as disjunções entre práticas tradicionais e serviços de saúde também podem ser observadas no desprestígio das primeiras por parte de médicos e outros profissionais, visível no sentimento evocado pelos interlocutores. A implantação gradativa dos Postos da ESF nos quilombos compreende equipes de saúde que não residem nas comunidades, contrastando com os agentes comunitários de saúde, que são quilombolas, mas que, a depender da filiação religiosa, mantem relações mais ou menos próximas com as terapêuticas tradicionais, sendo os evangélicos mais resistentes ao seu uso em contraste com os afrocatólicos.

Assim, se as terapêuticas quilombolas são atualizadas nas frestas dos serviços de saúde, as disjunções e tensões que explicitam o sofrimento social no diálogo com políticas de saúde e racismo. Essa cisão entre os conhecimentos tradicionais e desinteresse médico é especialmente visível no desaparecimento das parteiras, que ocorre em todas as comunidades: antigas parteiras ainda vivas não são reconhecidas pelas equipes de saúde, e são temerosas de serem perseguidas numa eventual intervenção num parto de urgência. Ainda assim, é possível serem acionadas em emergências, tornando-se parteiras “de necessidade”. O cuidado das parteiras, ainda que esteja apenas na memória, é lembrado e contraposto ao hospital, revelando as ambiguidades do parto hospitalar: mais controle dos imponderáveis clínicos por um lado; mais solidão e falta de atenção, por outro, como explicitaram diversas interlocutoras.

O habitar quilombola nesse território tem que lidar com o não reconhecimento das demandas e sugestões para a melhoria da vida e da saúde. Mas ao seguirmos as conexões dos quilombolas, veremos que os problemas de saúde estão inextricavelmente conectados às estradas, ao transporte, às escolas, à água e ao ambiente da maré e das matas, às terapêuticas tradicionais, às devoções e às formas de sociabilidade.

Trazendo a vida às políticas de saúde pelos quintais, matas e marés

A inspiração de Ingold (2012), evidenciada no subtítulo acima, nos convida a compreender os agenciamentos terapêuticos (das equipes de saúde e dos quilombolas) em confluência com uma antropologia da vida - uma trilha que nos leva a agregar questões não sobre populações, ou o biopoder nos termos de Foucault (1988), mas sobre significado e valor das vidas negras quilombolas para visibilizar as frestas por onde combater o racismo em saúde (FASSIN, 2023; TAVARES e BONET, 2025).

Em primeiro lugar, é possível problematizar o dualismo entre a integralidade como ideário da ESF e as comunidades quilombolas (e comunidades tradicionais ou de periferias urbanas) como “contexto resistente” à implementação das políticas de saúde decorrente de vulnerabilidades e/ou do “atraso” cultural (como a

crença nas terapêuticas tradicionais). A ESF trouxe a vida para dentro do “sistema”, mas resiste a ela. No entanto, deveríamos reconhecer que nesse esforço não há “lado de fora”, pois estamos mutuamente implicados: a “acessibilidade” e a “educação em saúde” devem ser repensados à luz do usuário como pessoa, co-participante da “situação-centrada” em que todos se encontram, e não como público-alvo, destinatário de “políticas para”, mas de “políticas com” as comunidades quilombolas.

Alguns meses após o episódio da reunião de abril de 2021 - com quilombolas, enfermeiras e a então Secretária de Saúde – tivemos uma reunião com a nova Secretária, que havia assumido recentemente o cargo: a forma como ela se sensibilizou com as especificidades quilombolas foi no formato da “queixa”. Ouvem-se as queixas e se resolvem problemas na medida do possível, de acordo com essas demandas que chegam à Secretaria de Saúde. A Secretária reconhece, no entanto, que o problema é maior do que as queixas apontadas pelos quilombolas, implicando em dificuldades adicionais de gestão.

Mas com a própria identificação da Secretária da fala quilombola como “queixa” e “cobrança” deixa entrever, não parece haver uma política sistemática e propositiva de “escuta”, o que limita a percepção das necessidades das comunidades ao restringir as pessoas à categoria de “usuários”. Pois, para além das queixas que pudemos rastrear, as rodas de conversa propiciaram sugestões de melhoria dos serviços de saúde e para a minimização das iniquidades no acesso à saúde: da distância, da baixa resolutividade do Posto, da emergência e da regulação.

Em segundo lugar, combater as iniquidades em “saúde” compreende uma concepção ampliada de saúde. Nas percepções dos quilombolas, sugestões para a melhoria da “saúde” apresentam uma relação de continuidade com as outras dimensões da vida nesses territórios. As sugestões para a “saúde” mencionadas envolvem mais Postos, mais médicos, mais medicamentos, melhoria das condições e tempo de espera de exames, consultas com especialistas e marcação de cirurgias, inclusão de ginecologistas e pediatras nos Postos, transporte para consultas no município e exclusividade das ambulâncias para as urgências, atendimento humanizado para as gestantes nas maternidades.

Mas essas sugestões “universalistas” estão entremeadas às vidas das mulheres e dos homens, de seus filhos, parentes e vizinhos, e às especificidades das comunidades. É nessa condição da experiência vivida que observamos nas rodas de conversa as ponderações sobre se é melhor ter mais Postos de Saúde ou UPA ou se se deve investir em condições mais adequadas para o funcionamento dos que já existem. Ou ainda se o atendimento móvel é vantajoso para a comunidade, ou se é preferível criar condições para se acessar o Posto, dado que estradas malcuidadas inviabilizam o atendimento móvel em tempo de chuva, complicando ainda mais o “espaçamento” do tempo entre as consultas. Ou ainda se pelo menos certos especialistas, como pediatras e ginecologistas, poderiam realizar mutirões nas comunidades, dadas as dificuldades de se levar uma criança a pé ou de moto ao um Posto, ou da necessidade do cuidado ginecológico numa região em que a quase totalidade das mulheres trabalham na maré.

Entremear a saúde à vida possibilita compreender as especificidades de cada comunidade, e descartar soluções homogeneizantes. É ponderar sobre a necessidade de se ter um novo Posto quando a comunidade já “cresceu demais”; ou quando se evidenciam as conexões com o problema da falta de transporte, o perigo de se andar longas distâncias a pé (especialmente as mulheres). Da mesma forma, a avaliação do atendimento móvel se faz diferenciada, com comunidades preferindo o retorno ao Posto.

A “saúde alargada” que emergiu nas rodas de conversa também evidencia possibilidades de se articular redes partidas, emaranhando os serviços em saúde com as terapêuticas tradicionais. Vários interlocutores mencionaram o uso combinado de medicamentos com chás e xaropes para problemas agudos e crônicos. Essa compreensão se estende para o ofício das parteiras, que poderiam trabalhar em articulação com o Posto, oferecendo as primeiras orientações do trabalho de parto e verificando urgências, administrando, assim, as dificuldades de transporte na região.

Em terceiro lugar, também os condicionantes sociais (“indicadores” desincorporados) podem ser compreendidos pela percepção do sofrimento – condição incorporada –, do racismo nas comunidades quilombolas. O sofrimento social que atravessa o cotidiano dos serviços públicos de saúde nas comunidades quilombolas, sobretudo a ESF, se associa às experiências do racismo, lançando luz sobre as ambiguidades na implementação das políticas públicas de saúde que desencadeiam novos sofrimentos cotidianos tanto das “condições objetivas” da estruturação dos serviços, como na “experiência subjetiva e comunitária” do agenciamento da doença. Mas também do sofrimento agudo da escravidão que se invisibiliza na capilaridade indistinta das vidas de pessoas pobres.

Assim, da mesma forma que na reunião de abril de 2021, com enfermeiras e a então Secretária de Saúde, podemos considerar que cuidar da saúde é nos aproximarmos das experiências incorporadas, que atualizam dores ancestrais, como no reconhecimento da falta de “consideração” na administração da vacina da enfermeira mencionada naquela reunião, no sentido abordado por Pina-Cabral e Silva (2013), como algo que faz emergir conjuntamente os sujeitos.

Considerações finais

Como vimos, os agenciamentos terapêuticos quilombolas se fazem nas margens e nas frestas do sistema público de saúde, tecendo relações ambíguas da ESF com as comunidades: ao mesmo tempo em que valorizam a “chegada” dos Postos de Saúde por lá; a precariedade dos serviços e a falta de “consideração” com as especificidades quilombolas são queixas prementes, adicionando camadas de sofrimento à rede de cuidados primários para fazer valer as suas formas ancestrais de vida, trabalho e cuidado. Por outro lado, a ideia de margem que configura esses agenciamentos não ativa apenas o reconhecimento da vulnerabilidade, mas também possibilita avivar as alteridades, os lugares não circunscritos aos espaços domesticados, no sentido de Anna Tsing (2017).

Seguindo nossas(os) interlocutoras(es) podemos dizer que ao invés de “redes partidas”, as redes de cuidado nesses territórios - e em suas relações com a ESF - são lugares emaranhados em que habitam as terapêuticas das folhas e das rezas, que não compõem “sistemas” (tradicionais, religiosos, ancestrais) paralelos ou concorrentes aos serviços de saúde, mas “participam” deles. Da mesma forma, as redes de cuidados religiosas, de parentesco e vizinhança estão imiscuídas nos agenciamentos dos serviços de saúde, embora sejam invisíveis na maior parte das vezes. A demanda por inclusão desses saberes na ESF – braço territorializado da “máquina de mundo”, como sugere Pereira (2025) - precisa vir acompanhada de uma problematização das outras relações entre categorias das políticas de saúde e das políticas da vida.

Por fim, gostaríamos de destacar a dessintonia da experiência da escravidão como “evento crítico” no sentido em que é atribuído por Das (2023), para profissionais de saúde e quilombolas. Para os primeiros, aquela parece alcançar os dias

atuais como sofrimento ordinário, mas não para os quilombolas, especialmente esses do Recôncavo Baiano, que residem 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 essas dores ancestrais que são revividas cotidianamente.

Recebido em 18 de janeiro de 2026.
Aprovado em 20 de agosto de 2026.

Referências

- ARRUTI, J. M. “Políticas públicas para quilombos: terra, saúde e educação”. In: DE PAULA, M.; HERINGER, R. (orgs.). *Caminhos Convergentes, estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil*. Unicamp/ EDUFBA, 2009. pp. 75-110.
- ARRUTI, J. M. “Quilombos”. In: SANSONE, L. PINHO, O. (orgs.). *Raça: novas perspectivas antropológicas*. Salvador: EDUFBA: Publicações da ABA. 2008. pp. 315-50.
- BARICKMAN, B. J. *Um contraponto baiano. Açúcar, fumo, mandioca, e escravidão no Recôncavo, 1780-1870*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- BONET, O.; TAVARES, F. “Redes em redes: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde”. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Gestão em Redes. práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. pp. 385-400.
- BRITO, M. *Aquilombar a saúde, contra-colonizar as lutas: o projeto político do movimento quilombola para a saúde no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), UFBA, 2024.
- CAROSO, C. et al. “When healing is prevention: Afro-Brazilian religious practices related to mental disorders and associated stigma in Bahia, Brazil. *Curare*, 12: 195-214. 1997.

- DAS, V. *Aflição: saúde, doença, pobreza*. São Paulo: Editora Unifesp, 2023.
- FASSIN, D. A biopolítica não é uma política da vida. *PÓS: Revista do Programa de Pós-graduação em Artes da EBA/UFMG*, 13 (27): 10-27, 2023.
- FLEISCHER, S. Como as doenças compridas podem nos ensinar sobre os serviços de saúde? *Equatorial–Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social*, 4 (7): 24-44, 2017.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FRAGA FILHO, W. *Encruzilhadas da liberdade: histórias de escravos e libertos na Bahia (1870-1910)*. São Paulo: Editora da Unicamp, 2006.
- INGOLD, T. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horizontes Antropológicos*, 18: 25-44, 2012.
- KLEINMAN A. M. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med*, 12 (2B): 85-93, 1973.
- KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1980.
- MACHADO, Cauê Fraga. Agenciamentos da benzedura: o sistema de cura no Quilombo da Casca/RS. *Aceno. Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 3 (6): 87-102, 2016.
- MOL, A; LAW, J. *Embodied action, enacted bodies. The example of hypoglycaemia*. (on-Line papers). Center for Science Studies Lancaster University, 2003.
- PEREIRA, P. Desenfeitar a medicina: seus feitiços e os contrafeitiços do viver. *Aceno*. 12 (29): 11-26, 2025.
- TAVARES, F. Rediscutindo conceitos na antropologia da saúde: notas sobre os agenciamentos terapêuticos. *Mana*, 23 (1): 201-228, 2017.
- TAVARES, F.; BONET, O. Políticas de saúde e antropologia da vida na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, 33: e240337pt, 2025.
- TAVARES, F.; CAROSO, C. Contracolonialismo, etnopolítica e políticas públicas: cartas e etnogovernança quilombola. *Antropolítica - Revista Contemporânea de Antropologia*, 55 (3): 1-26, 2023.
- TAVARES, F.; CAROSO, C.; BASSI, F.; PENAFORTE, T.; MORAIS, F. *Fazeres e saberes terapêuticos quilombolas, Cachoeira, Bahia*. Salvador: EDUFBA, 2019.
- TSING, A. *O cogumelo no fim do mundo: sobre a possibilidade de vida nas ruínas do capitalismo*. São Paulo: n-1 edições, 2022.

Filmografia

- CAROSO, C.; TAVARES, F.; FERRARI, C. *Outra Saúde é Possível? Demandas Quilombolas em Saúde*. Filme etnográfico. Disponível em: TV ObservaBaía - <https://www.youtube.com/@tvobservabaia/videos>. Acesso em: 06.03.2026.
- CAROSO, C.; TAVARES, F.; FERRARI, C. *Cuidados Quilombola em Saúde*. Filme etnográfico. Disponível em: TV ObservaBaía - <https://www.youtube.com/@tvobservabaia/videos>. Acesso em: 06.03.2026.

CAROSO, C.; TAVARES, F.; FERRARI, C. Direitos Quilombola e Racismo em Saúde. Filme etnográfico. Disponível em: TV ObservaBaía - <https://www.youtube.com/@tvobservabaia/videos>. Acesso em: 06.03.2026.

CAROSO, C.; TAVARES, F.; FERRARI, C. *Protagonismo Quilombola em Saúde*. Filme etnográfico. Disponível em: TV ObservaBaía - <https://www.youtube.com/@tvobservabaia/videos>. Acesso em: 06.03.2026.

CAROSO, C.; TAVARES, F.; FERRARI, C. Saúde da Mulher Quilombola: da Parreira ao Hospital. Filme etnográfico. Disponível em: TV ObservaBaía - <https://www.youtube.com/@tvobservabaia/videos>. Acesso em: 06.03.2026.

TAVARES, F.; CAROSO, C.; FERRARI, C. *Medicina Quilombola*. Filme etnográfico. Disponível em: TV ObservaBaía - <https://www.youtube.com/@tvobservabaia/videos>. Acesso em: 06.03.2026.

VOLUME 14
NÚMERO 34
(JAN./ABR.2027)

ACENO

REVISTA DE ANTROPOLOGIA DO CENTRO-OESTE
ISSN: 2358-5587

CHAMADA DE ARTIGOS

DOSSIÊ TEMÁTICO:

PRAZO FINAL
DE SUBMISSÃO:
30 DE NOVEMBRO
DE 2026

CIDADES EM DISPUTA:
GÊNERO, RAÇA, SEXUALIDADE
E OUTRAS DIFERENÇAS
NA PRODUÇÃO DO
ESPAÇO URBANO

COORDENADORXS:

DR. GUILHERME R. PASSAMANI (UFMS)

DR. RAMON PEREIRA DOS REIS (UEPA)

Os processos de produção das cidades em relação às sexualidades têm enfatizado ao longo da história a importância das noções de território e territorialidade para a compreensão de como são constituídos os espaços urbanos, os sujeitos e suas relações. Além de indicar que tais processos de produção citadina correspondem a marcações sociais heterogêneas, é importante ressaltar que todo esse movimento compreendido pelas dinâmicas sociais locais e a ocupação de territórios, dispostos entre “periferias” e “centros”, perfaz mobilidades e/ou zonas fronteiriças que nos possibilitam problematizar os manejos, burlas e agenciamentos feitos em torno da produção social das diferenças, bem como seus impactos a partir da articulação com as temáticas de gênero, sexualidade e raça. Nesse sentido, imaginar a produção de sexualidades em diferentes escalas é um ponto constituinte dos três eixos que norteiam o dossiê: as espacialidades, mobilidades e territorialidades. O objetivo é aproximar os debates sobre cidades, gênero, sexualidades e raça na tentativa de promover aproximações teóricas e empíricas que nos auxiliem a refletir e questionar estatutos citadinos em relação à produção de diferenças e desigualdades, tendo como ponto de partida a seguinte questão: de que forma podemos escrutinar urbanidades/citadinidades a ponto de fazer com que tais estruturas não sejam meros arquétipos geográficos/cartográficos, mas que internalizem e externalizem ações concretas de pertencimento e uso democrático do espaço público?

34

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social - Universidade Federal de Mato Grosso