

ANTROPOLOGIA DA SAÚDE:

Uma contribuição aos programas de assistência à saúde pública nas comunidades quilombolas no Estado do Rio Grande do Norte.

ANTHROPOLOGY OF HEALTH:

A contribution to public health assistance programs in quilombola communities in the State of Rio Grande do Norte.

ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD:

Contribución a los programas asistenciales de salud pública en comunidades quilombolas del Estado de Rio Grande do Norte.

Geraldo Barboza de Oliveira Junior

Doutorando em Demografia – UFRN – geraldoantropos@gmail.com

Recebido em: 17/02/2021

Aceito para publicação: 19/03/2021

Resumo

Este texto tem por objetivo chamar a atenção sobre a questão da saúde pública em comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Norte: doenças étnicas e atuação do programa de saúde da família. As comunidades quilombolas despertam uma série de questões socioeconômicas, espaciais, jurídicas e culturais. É preciso ampliar a discussão do direito à saúde, que é uma das premissas básicas do SUS, levando-se em conta que o acesso ao mesmo, passa ainda pelas condições sociais e econômicas da população e não apenas de sua condição étnica. Assim, iremos abordar a necessidade de um maior diálogo da Antropologia com os cursos de saúde. Como caráter conclusivo, fica a orientação de que os sistemas de saúde sejam vistos através de um viés no qual as variantes culturais não sejam ignoradas ou tratada de forma pouco valorizada pelos profissionais de saúde; que devem primar por uma postura baseada no relativismo cultural.

Palavras-Chave: Antropologia, quilombolas, saúde pública, Rio Grande do Norte.

Abstract

This text aims to draw attention to the issue of public health in quilombola communities in the state of Rio Grande do Norte: ethnic diseases and the performance of the family health program. Quilombola communities arouse a number of socioeconomic, spatial, legal and cultural issues. It is necessary to broaden the discussion of the right to health, which is one of the basic premises of the SUS, taking into account that access to it, also passes through the social and economic conditions of the population and not only its ethnic condition. Thus, we will address the need for a greater dialogue between Anthropology and health courses. As a conclusive nature, there is the orientation that health systems are seen through a bias in which cultural variants are not ignored or treated in a way that is undervalued by health professionals; that should excel at a posture based on cultural relativism.

Keywords: anthropology, quilombolas, public health, Rio Grande do Norte.

Resumen

Este texto tiene como objetivo llamar la atención sobre el tema de la salud pública en las comunidades quilombola en el estado de Rio Grande do Norte: enfermedades étnicas y la realización del programa de salud familiar. Las comunidades quilombola suscitan una serie de cuestiones socioeconómicas, espaciales, legales y culturales. Es necesario ampliar el debate sobre el derecho a la salud, que es uno de los premisas básicas del SUS, teniendo en cuenta que el acceso a la misma, también pasa por las condiciones sociales y económicas de la población y no sólo por su condición étnica. Por lo tanto, abordaremos la necesidad de un mayor diálogo entre

los cursos de Antropología y Salud. Como naturaleza concluyente, existe la orientación de que los sistemas de salud se ven a través de un sesgo en el que las variantes culturales no son ignoradas o tratadas de una manera infravalorada por los profesionales de la salud; que debe sobresalir en una postura basada en el relativismo cultural.

Palabras clave: antropología, quilombolas, salud pública, Rio Grande do Norte.

Introdução

“...é mais que plausível que a saúde dos negros possa sofrer por causa do preconceito e da discriminação, provocando depressão, estresse e tristeza, por um lado, e, por outro, possivelmente, atendimento deficiente em hospitais e clínicas. Mas essa relação, objetivamente verificável entre aparência e sofrimento, não é discutida, talvez porque não indique uma constituição, uma essência específica dos mais escuros, nem biológica nem culturalmente, mas, isto sim, uma relação complexa e contraditória entre os mais claros e os mais escuros. Segue, portanto, que a eliminação desse problema depende não necessariamente da celebração das diferenças raciais, mas certamente de ações desdobradas contra o preconceito e a discriminação.” (FRY, 2004:129)

Este texto que tem por objetivo chamar a atenção sobre a questão da saúde pública em comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Norte: doenças étnicas e atuação do programa de saúde da família, foi motivado pelo trabalho que desenvolvi para o Núcleo de Estudos Sobre Desenvolvimento Territorial (NEDET/PPGCS/UFRN) no ano de 2017. Esta pesquisa resultou em uma publicação abordando o acesso das famílias de comunidades tradicionais às políticas públicas. Aliado a este momento, adiciono minha pesquisa pessoal (desde 1989) de mapeamento das comunidades quilombolas e, também minha intervenção, enquanto profissional da Antropologia, em processos de identificação, reconhecimento e certificação em sete comunidades no Estado do Rio Grande do Norte a partir de 2015.

No ano de 1992 atuei como antropólogo no Projeto de Saúde Yanomami, no Estado de Roraima. Nesta ocasião, me vi envolvido com a antropologia da saúde fazendo parte de um projeto multidisciplinar. Durante o período de 2000 até 2004 fui docente em uma instituição de ensino superior em cursos de graduação na área de saúde (lecionando antropologia e sociologia) e, também, de 2005 até 2010 docente em cursos de pós-graduação nas áreas de saúde e meio ambiente em outras universidades em diversos estados da região Nordeste.

Voltando à publicação sobre o acesso às políticas públicas me chamou atenção o fato da inexistência de umnexo entre os programas elaborados para indígenas e quilombolas pelo Ministério da Saúde e a atuação da Secretaria de Saúde no Estado do Rio Grande do Norte.

De acordo com o Manual que aborda doenças comuns na População Brasileira Afrodescendente elaborado pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília:

“A atual frequência, distribuição e causalidade das doenças mais incidentes na população brasileira afrodescendente é influenciada por características de ordem genética e ainda fortemente por fatores socioeconômicos que incluem o regime de escravatura vivido até o final do século XIX e a posterior situação de exclusão social, presente até nossos dias, de grande parcela dessa população.” (BRASIL, 2001:09)

O Manual ainda ressalta que *“Existe, portanto, a necessidade de se aferir objetivamente as condições de saúde da população afro-brasileira e, neste sentido, os estudos que devem proporcionar evidência causal são escassos ou inapropriados.”* (BRASIL, 2001:10)

As comunidades quilombolas despertam uma série de questões socioeconômicas, espaciais, jurídicas e culturais. É preciso ampliar a discussão do direito à saúde, que é uma das premissas básicas do SUS, levando-se em conta que o acesso ao mesmo, passa ainda pelas condições sociais e econômicas da população e não apenas de sua condição étnica. Mas sem perdermos de vista que a universalidade do SUS para toda a população brasileira ainda não se efetivou na prática.

“Estas comunidades em sua maioria encontram-se em áreas rurais, possuem baixos níveis de escolaridade e renda com atividades econômicas predominando a agricultura de subsistência, pecuária e artesanato. Configuram-se assim como uma população altamente vulnerável o que reflete nos indicadores de saúde”. (CARDOSO, 2018:1038)

A importância do recorte étnico/ racial na assistência e na atenção em saúde relativa às doenças e às condições de vida da população negra, permite que sejam identificados contingentes populacionais mais suscetíveis a agravos à saúde. *Estudar as populações quilombolas envolve compreender que a condição de raça/cor e etnia influenciam diretamente a condição de vida e de saúde dessa população.* (FRANCHI, 2018:03)

Neste sentido, o mapeamento das condições de saúde destas populações, no estado do RN, surge como complemento à pesquisa realizada pelo antropólogo Geraldo Barboza de Oliveira Junior para o Núcleo de Desenvolvimento Territorial do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em 2017. (COSTA e OLIVEIRA JUNIOR, 2017)

Trata-se de uma demanda histórica para a política de assistência à saúde pública. Dados quantitativos e qualitativos que descrevam e caracterizem as formas de organização social, econômica, cultural e de saúde desses povos são fundamentais para a oferta de serviços

adaptados à realidade destas famílias, bem como, a efetiva implementação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Esta política específica é resultante da compreensão atual que,

Há algumas décadas, estudos vêm chamando a atenção para a existência de agudas iniquidades raciais em saúde no Brasil. O reconhecimento deste quadro levou a um intenso debate que resultou, não sem a resistência e protestos de setores diversos, na formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra-PNSIPN. A PNSIPN – que já vinha sendo discutida desde 2001, mas só seria aprovada em 2008 na Tripartite e publicada pela Portaria 992, de 13 de maio de 2009 – reafirmou os princípios do Sistema Único de Saúde, em especial, o princípio da equidade, que pressupõe a priorização da atenção em saúde “em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população. (SANTANA et ali, 2019:11)

O mesmo documento destaca, como primeiro item de suas diretrizes gerais, a “inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde”; e, no terceiro item, destaca o “incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra”. O documento apresenta, ainda, em seu terceiro objetivo específico, a inclusão do tema “Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social”. Mais abaixo, no décimo segundo objetivo específico, pode-se ler: “*fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.* (SANTANA et ali, 2019:12)

Assim, pretendo contribuir para o olhar sobre essas comunidades e seu acesso às políticas públicas em relação ao sistema de saúde pública no Estado do Rio Grande do Norte. Em particular, pretendo abordar os dados sobre a incidência das doenças: Anemia Falciforme e Doenças Falciformes, Deficiência de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Síndromes Hipertensivas na Gravidez nas comunidades quilombolas aqui no Estado.

Antropologia da Saúde – algumas reflexões sobre uma interlocução necessária

Nesta parte iremos abordar a necessidade de um maior diálogo da Antropologia com os cursos de saúde. Justifico essa abordagem a partir de uma experiência pessoal (por quase uma década) em cursos de graduação e pós-graduação como professor de Antropologia em diversos cursos da área de saúde (odontologia, fisioterapia, enfermagem, terapia ocupacional, farmácia e em disciplinas relacionadas à ética e práticas biomédicas em cursos de pós-graduação). Nestes momentos, via dois extremos com os alunos: a completa negação desse diálogo ou uma busca/descoberta de maiores possibilidades de aplicar o conhecimento e as práticas biomédicas (estes posicionamentos incluíam, também, colegas professores e coordenadores de cursos). Aqui, sigo uma linha que segue três reflexões: a relação da

antropologia com a saúde; o acesso da população negra à saúde pública; e, o ensino da antropologia em cursos de saúde.

Uma grande referência teórica para discutir saúde e antropologia no Brasil é de uma antropóloga americana radicada (e que vive no Brasil por mais de trinta anos), Esther Jean Langdon. Esta autora tem artigos de uma importância essencial para os profissionais da área da saúde que pensam além do paradigma biomédico. O texto de LANGDON inicia com uma provocação bem interessante, quando coloca:

Quais são os diálogos possíveis entre a antropologia e a medicina? As antropologias médicas/da doença e da saúde têm-se desenvolvido e consolidado como subespecialidades desde a década de 1960. Porém, o diálogo entre a medicina e a antropologia (e as ciências sociais em geral) não tem sido fácil, nem sempre bem-sucedido, como apontado por análises recentes. (LANGDON, 2014:1020)

Ela nos incita, ainda, assim:

Fundamental na perspectiva antropológica é o deslocamento do olhar sobre o corpo das ciências médicas para o olhar sobre a construção social e relacional do corpo e para as diversas formas através das quais os sistemas terapêuticos são acionados para produzir saberes sobre processos de saúde/doença. (LANGDON, 2014:1020)

E mostra um caminho que este texto vê como método de reflexão e prática, quando cita:

A perspectiva da saúde como construção sociocultural, e não biológica, permite uma análise crítica de três aspectos do processo de saúde/doença que são relevantes para as políticas e os serviços em saúde: práticas terapêuticas, especialistas em cura e a emergência de novas formas de atenção; dinâmicas envolvidas nas práticas de auto atenção em contextos etnográficos específicos; e relações entre biomedicina e práticas locais. (LANGDON, 2014:1020)

Como conclusão para seu pensamento, Langdon é elucidativa quando coloca as práticas culturais de grupos e pessoas como experimentos motivados por falta de conhecimento, mas como resultantes dos processos hegemônicos e das forças de poder. Para ela, os paradigmas atuais da antropologia da saúde *procuram dar conta das diversas formas através das quais os mais variados sistemas terapêuticos são acionados nos processos de saúde/doença*. (LANGDON, 2014:1027). Esse pensamento inicial mostra o amplo leque que pode surgir numa relação de contribuição da antropologia à saúde pública.

Em outro texto a cultura é abordada enquanto conceito basilar da antropologia e a necessidade deste para os diversos profissionais da saúde que trabalham com pacientes que tem como referencial sociocultural uma diversidade religiosa, econômica, ambientais e étnicas. Assim,

A perspectiva antropológica requer que, quando se deparar com culturas diferentes, não se faça julgamentos de valor tomados com base no próprio

sistema cultural, passando a olhar as outras culturas segundo seus próprios valores e conhecimentos – através dos quais expressam visão de mundo própria que orienta as suas práticas, conhecimentos e atitudes. A esse procedimento se denomina relativismo cultural. (LANGDON e WILK, 2010:177)

Desta forma, é mister que se considere que,

A doença e as preocupações para com a saúde são universais na vida humana, presentes em todas as sociedades. Cada grupo organiza-se coletivamente – através de meios materiais, pensamento e elementos culturais – para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências, ou episódios de doença e infortúnios, sejam eles individuais ou coletivos. Com esse intuito, cada e todas as sociedades desenvolvem conhecimentos, práticas e instituições particulares, que se pode denominar sistema de atenção à saúde. (LANGDON e WILK, 2010:178)

Nesse nível de compreensão podemos inferir que o sistema de atenção e saúde é comum aos humanos, de forma cultural e social, e não somente aos profissionais assim treinados. Então, podemos entender que algumas anomalias de saúde *são consideradas doenças para vários grupos brasileiros, entretanto, não são reconhecidas ou tratadas pelos (bio)médicos*. Assim,

Define-se, aqui, sistema social de saúde como aquele que é composto pelas instituições relacionadas à saúde, à organização de papéis dos profissionais de saúde nele envolvidos, suas regras de interação, assim como as relações de poder a ele inerentes. Comumente, essa dimensão do sistema de atenção à saúde também inclui especialistas não reconhecidos pela biomedicina, tais como benzedeiros, curandeiros, xamãs, pajés, massoterapeutas, pais de santo, pastores e padres, dentre outros. (LANGDON e WILK, 2010:179)

O sistema cultural de saúde ressalta a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre saúde e inclui os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar, perceber e explicar a doença.... Por exemplo, arca caída, cobreiro, quebranto e mau-olhado. (MELO et alii, 2018:24)

Como caráter conclusivo, fica a orientação de que os sistemas de saúde sejam vistos através de um viés no qual as variantes culturais não sejam ignoradas ou tratadas de forma pouco valorizada pelos profissionais de saúde; que devem primar por uma postura baseada no relativismo cultural.

Recentemente, uma outra publicação referenda os conceitos de Langdon ao salientar a importância do viés econômico, político e cultural na relação saúde-doença. Para estes autores,

A antropologia voltada para a saúde (CSORDAS, 2003) entende o corpo do paciente que busca auxílio médico como solo existencial do sujeito e da cultura, no qual cada indivíduo experimenta as múltiplas oportunidades de “fazer-se humano” a partir de possibilidades culturalmente ofertadas. Assim, a corporeidade passa a ser não apenas essencialmente biológica, mas também, religiosa, linguística, histórica, cognitiva, emocional e artística, deslocando o eixo da questão da cura para fora da tentativa apenas de eliminar algo indesejado (gordura, tumor, vírus, bactéria, etc.) e colocando-a

a partir da transformação da pessoa durante o processo de cura. (LARRUBIA et ali, 2019:29)

Nosso segundo ponto de reflexão vai tratar sobre o acesso da população negra aos serviços de saúde. São inúmeras informações advindas da mídia geral e de militantes do movimento negro que apontam o racismo estrutural como atitude recorrente nas relações profissionais de saúde x pacientes negros. Em muitos casos, esta desigualdade ocorre, também, no descrédito de profissionais de saúde negros por pacientes (geralmente de classes média e alta). Um dado fundamental (e ignorado) que amplia mais esta situação é que

No Brasil, a população negra compreendeu um contingente de 54% do total no período de 2000 a 2010. Considerando a completude de pretos e pardos, observa-se que ocorreu um aumento percentual significativo dessa população, 27,6%, superior ao crescimento populacional do Brasil nessa mesma década, que foi de 12,3%, percebendo-se ainda uma variação mais relevante quando se comparam pretos (37,6%) e pardos (26,0%). (SILVA et ali, 2019:2)

Isto coloca o sistema de saúde aqui praticado fosse para um outro mosaico étnico. Não carrega a particularidade de ser uma saúde pública brasileira. Trata-se saúde dissociada de questões políticas, econômica e sociais. Neste contexto, é cabível uma reflexão inicial atestando que,

A maioria da população negra ocupa posições menos qualificadas e de pior remuneração no mercado de trabalho; reside em áreas com ausência ou baixa disponibilidade de serviços de infraestrutura básica; sofre maiores restrições no acesso a serviços de saúde e estes, quando disponibilizados, são de pior qualidade e menor resolutividade. Ainda assim, até recentemente, verificava-se forte resistência à compreensão de que essas disparidades poderiam ser atribuídas, pelo menos em parte, às desigualdades raciais existentes na sociedade brasileira. Somente a partir dos anos 1990, o Brasil passou a reconhecer a diferença racial como um dos fatores de desigualdade social. (SILVA et ali, 2020:2)

Esta situação, quando relacionada ao acesso aos serviços de saúde deve considerar que,

A população negra brasileira apresenta vulnerabilidades epidemiológicas e sociais que implicam, por exemplo, dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Essa condição é identificada em muitos estudos brasileiros que também demonstram dificuldades de acesso aos serviços de saúde e estabelecem relação com processos de estigmatização racial. Essas situações geram comprometimento à vida dos indivíduos, no tocante às condições de sobrevivência e saúde. (SILVA et ali, 2019:2)

A conclusão dos autores é que a pouca produção de estudos acadêmicos que discutam essa temática amplia essa desigualdade. Sugerem os autores, ainda, que sejam criadas estratégias que reduzam estas barreiras (sejam estruturais, culturais e/ou econômicas) e favoreçam um sistema de saúde mais igualitário para negros/negras e não negros/não negras. Esta avaliação é corroborada por outros autores, com vemos na seguinte afirmação,

Os resultados aqui apresentados sugerem que, a despeito do relevante marco normativo produzido nos últimos 15 anos sobre a saúde integral da população negra, a temática ainda encontra um conjunto de dificuldades de consolidação no currículo dos cursos de formação dos profissionais de saúde. (SILVA et ali, 2019:2)

Acreditamos que a explanação acima seja justificativa para um programa que possa detalhar e dar especificidades ao que foi colocado no Plano Estadual de Saúde (período 2020-2023) pelo Governo do Estado do Rio Grande do Norte. Neste documento, a única referência a uma política de saúde que comunga com este artigo está colocada enquanto objetivo estratégico que pretende *promover o acesso da população à vida saudável, por meio da implantação do Programa RN – Saudável*. Para isto, é colocado enquanto meta;

Implementar nas 8 Regiões de Saúde ações de promoção da equidade em saúde às populações em situação de vulnerabilidade de forma integrada, fortalecendo as políticas de atenção integral à saúde – Negros, quilombolas, indígenas, LGBT, dos Campos e Águas, em situação de rua, ciganos e povos de matrizes africanas. (SESAF, 2019:04)

A continuidade deste texto vem ao encontro ao que está sendo mostrado. Acreditamos, ainda, que as sugestões não constituem soluções finais, mas o início de uma relação mais profícua (interdisciplinar e multidisciplinar) entre antropologia e saúde com as comunidades quilombolas no Estado do Rio Grande do Norte.

Caracterização do Problema (campo) a ser abordado neste texto

No Estado do Rio Grande do Norte existem 2.953 famílias quilombolas (identificadas no Sistema Cadastro Único (CadÚnico) e usuárias do Sistema Único de Saúde, presentes em 33 comunidades quilombolas, presentes em 22 municípios.

No Estado do RN estas populações são assistidas pelo Programa Saúde da Família, em postos de saúde ou através de visitas semanais. O modelo de saúde utilizado é o convencional. Não se tem como referência a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), vale considerar ainda que:

“Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS (2007), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. (SILVA, 2015:15)

Neste texto estamos considerando quatro categorias de análise que se inter-relacionam: Identidade, desenvolvimento, racismo institucional e saúde das populações negras.

Assim, entendemos que a identidade destas populações, aliada às suas condições socioeconômicas, são permeadas por ações que demonstram um racismo institucional e resultam em qualidades distintas dos serviços de saúde ofertados a estas famílias.

Ao se tratar da identidade destas populações nos vemos frente a um paradoxo; elas são invisíveis em suas especificidades socioeconômicas e culturais. Sobre Invisibilidade, partimos do conceitual colocado por Ilka Boaventura Leite:

“Ou seja, não é que o negro não seja visto, mas sim que *ele é visto como não existente...* este mecanismo ocorre em diferentes regiões e contextos, revelando-se como uma das principais formas de o racismo se manifestar. A invisibilidade pode ocorrer no âmbito individual, coletivo, nas ações institucionais, oficiais e nos textos científicos.” (LEITE, 1996:41)

Em relação ao desenvolvimento recorremos à Antropologia política, em especial, o texto de Gustavo Lins Ribeiro (2008) da relação entre as políticas de desenvolvimento e o poder exercido pelos diversos atores sociais para garantir seus interesses. Chegamos aqui ao conceito de análise de redes sociais.

“Na sociologia, rede social é definida como um conjunto de participantes unidos por ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados, um conjunto de elementos e relações que entre si mantém atividades de intercâmbio e troca; uma articulação entre diversas unidades que, por meio de certas conexões, intercambiam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente e que podem se multiplicar em novas unidades. (MELO et ali, 2018:24)

Quando se trata de **racismo institucional**, é perceptível uma sequência de fatores que, quando alinhados, expõem o porquê da falta de programas que levem em conta suas especificidades socioeconômicas, culturais; bem como suas práticas de saúde (etnoconhecimento). Se estabelece uma relação vertical descendente, na qual o profissional de saúde é o detentor da verdade aceitável.

Em se tratando da saúde da população negra, a redução das desigualdades tem ocorrido por uma série de políticas de promoção da equidade, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Uma delas é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), cujo objetivo é “garantir a equidade na efetivação do direito humano à saúde da população negra em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional, como por exemplo, a doença falciforme, miomatose, diabetes tipo 2, dentre outras.

Desse modo, o reconhecimento social e político ocorre em concordância com a análise dos aspectos de vida e saúde da população negra, sendo atrelados à possibilidade de benefícios decorrentes da execução de uma política de saúde organizada.

Neste sentido, o caminho sugerido para se chegar a estes resultados para uma investigação sobre a saúde nas comunidades quilombolas passa, inicialmente, por uma caracterização do perfil epidemiológico das famílias das comunidades quilombolas no Estado do Rio Grande do Norte. Ao que se percebe, não existe nos setores de saúde pública nem, tampouco, na academia um banco de dados que aborde essa temática. Os exames de saúde não têm o recorte étnico/racial em seus resultados e a academia, ao que parece, não tem grupos de pesquisa relacionados à saúde da população negra.

Este contexto cria outras variáveis que conferem estabilidade a este quadro:

- a) A ausência de uma avaliação das doenças comuns nas comunidades quilombolas com as identificadas na literatura sobre doenças étnicas;
- b) A ausência de uma sistematização das doenças recorrentes nestas comunidades; e
- c) A ausência de um modelo de identificação e tratamento para essas doenças.

Como sugestão metodológica, orientamos que um estudo primário seja estruturado a partir de técnicas de pesquisa próprias da Antropologia (pesquisa de campo), da sociologia (análise de dados censitários e diagnósticos). Além de recursos da antropologia visual e pesquisa bibliográfico-documental.

De forma prática sugerimos, enquanto campo de pesquisa-trabalho os postos de saúde das comunidades quilombolas e o Laboratório Central da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Norte (LACEN-RN).

Assim, deverão ser identificados os procedimentos padronizados nos Postos de Saúde das comunidades quilombolas. Para isto, enquanto atividades, sugerimos:

- Identificar a diversidade de profissionais atuantes no Programa de Saúde destas comunidades;
- Mostrar a periodicidade de atuação destes profissionais;
- Mostrar aspectos relevantes da formação destes profissionais relacionados com a temática “doenças étnicas”;
- Mostrar a relação das práticas adotadas com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Neste sentido, nosso olhar é para a compreensão sobre:

“Os indicadores de qualidade são ferramentas importantes para orientar a política e o planejamento em saúde, e fornecem evidências que servem de base para tomada de decisões, desenvolvimento de programas e financiamento. Os dados obtidos através dos indicadores são úteis para avaliar o desempenho da APS, monitorar alterações ao longo do tempo e variações entre as regiões de saúde, e identificar oportunidades para melhorias na saúde e bem-estar da população.” (MELO et alii, 2018:24)

Por outro lado, como contribuição da antropologia da saúde, sugerimos que as equipes de saúde sejam capacitadas para identificar as práticas de saúde utilizadas tradicionalmente pelas comunidades (etnoconhecimento).

O objetivo desta atividade é mostrar o(s) “sistema(s)” de saúde utilizado pela comunidade baseado em seu conhecimento tradicional. Em termos específicos, serão mostrados:

- A utilização de remédios baseados na flora e na fauna que são (ou foram) utilizados pela comunidade;
- Como esse conhecimento é confrontado com a prática usual da equipe de Saúde da Família;
- O valor que a comunidade percebe nessa forma de tratamento

Este estudo proposto é descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa que, segundo Minayo, se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam, direcionada a busca de aspectos que não são facilmente quantificáveis produzidos pela interpretação que os seres humanos fazem a respeito de seu modo de viver. (CUNHA et alii, 2017)

Resultados e impactos esperados

Como sugestão para a elaboração de relatórios referente a cada comunidade quilombola do Rio Grande do Norte sugerimos que este tenha uma base para:

- ▶ Elaborar um diagnóstico sobre as condições de saúde nestas comunidades com subsídios para uma estratégia de atuação do Programa de Saúde da Família considerando os aspectos étnicos destas comunidades;
- ▶ Elaborar um programa básico de formação profissional complementar com bases da Antropologia da Saúde e, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

A expectativa é por uma nova forma de se executar o Programa Saúde da Família nas comunidades quilombolas do Rio Grande do Norte. A ideia geral é de se ter uma metodologia que inclua uma visão mais holística para as práticas de saúde implementadas nas comunidades quilombolas no Estado do Rio Grande do Norte. Que os profissionais que atuem nestes espaços tenham um olhar que tangencie o paradigma medicamentoso nas questões de saúde pública. Que percebam que fatores socioeconômicos e culturais (como o racismo institucional) são de grande influência para se obter resultados positivos no quesito saúde de populações quilombolas.

Incluindo, nesse campo, um melhor aproveitamento da estrutura da Secretaria Estadual de Saúde; abrangendo desde as ações preventivas de identificação de doenças relacionadas ao quesito raça/cor (por exemplo, um melhor aproveitamento dos dados sobre anemia falciforme existentes do Laboratório Central de Saúde Pública do RN; um programa de formação multidisciplinar para os profissionais do Programa Saúde da Família que atuem em comunidades Quilombolas – com ênfase em Antropologia da Saúde e considerando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Esta colocação vai de encontro a um consenso de que,

Há escassez de estudos nacionais na área da saúde que utilizam a variável raça/cor, mas alguns deles evidenciam elevada ocorrência de adoecimento e morte dessa população. As explicações apresentadas para o fato limitam-se à interpretação baseada na pobreza, configurando um discurso racista. Nessa direção, raça/cor deve ser compreendida, não do ponto de vista biológico, mas como categoria social que traz em si a carga das construções históricas e culturais, representando um importante determinante da falta de equidade em saúde no que se refere aos grupos raciais. (SILVA et alii, 2020:02)

O fracasso das instituições e organizações reside em não ofertar um serviço profissional que respeite a diversidade e seja adequado às pessoas por causa de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. O que se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho resultantes do preconceito racial, ações que combinam estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer situação, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos em condições de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (SILVA et alii, 2020:02)

O acesso e a adesão para a população negra têm diversos fatores limitantes que convergem para a oferta inadequada nos serviços de saúde, tais como barreiras estruturais, fatores sociais e econômicos, atuação dos profissionais, desrespeito à diversidade cultural, étnica e racial. Ações para a melhoria do acesso e da adesão já são realizadas, porém existe a necessidade de maior monitoramento e avaliação para o seu efetivo estabelecimento. (SILVA et alii, 2020:02)

Como apoio institucional apontamos que a referência brasileira em saúde coletiva para populações quilombolas é a Universidade de Brasília – UNB. Em especial, o Departamento

de saúde Coletiva que coordenou a elaboração do Manual de Doenças mais Importantes por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-descendente.

De acordo com este manual:

“É possível, portanto, que, do ponto de vista das doenças com forte determinação genética, a população brasileira afrodescendente possa manifestá-las com características próprias, não sendo correta a simples transposição dos resultados das pesquisas sobre essas doenças realizadas em outros países. (BRASIL, 2001:09)

Em função deste quadro, doenças ligadas à pobreza, como desnutrição, verminoses gastroenterites, tuberculose e outras infecções, alcoolismo, etc. são mais incidentes na população negra, e não por razões étnicas. O acesso a serviços de saúde é mais difícil e o uso de meios diagnósticos e terapêuticos é mais precário, produzindo, em geral, evolução e prognóstico piores para as doenças que afetam negros no Brasil. (BRASIL, 2001:09-10)

Existe, portanto, a necessidade de se aferir objetivamente as condições de saúde da população afro-brasileira e, neste sentido, os estudos que devem proporcionar evidência causal são escassos ou inapropriados. Os estudos epidemiológicos existentes ainda se limitam, em grande parte, a séries de casos clínicos descritas no âmbito hospitalar, não conseguindo conferir poder de generalização. Contudo, eles apontam para fatores de risco e condições específicas que devem ser melhor investigadas. (BRASIL, 2001:10)

Acreditamos que este departamento de saúde pública da UNB, além de ser pioneiro neste estudo constitui uma referência maior nesta questão. Assim, ressaltamos que existe uma estrutura de referência para o que foi sugerido neste texto.

Ainda é intenção deste artigo que esta nova forma de promover a atenção a saúde em comunidades quilombolas inclua o reconhecimento dos saberes tradicionais dessas comunidades; minimizando, assim, uma forma fechada e vertical-descendente de se fazer saúde pública. Esta colocação resume, pois, a contribuição da Antropologia à práxis da saúde pública.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARDOSO, Clarissiane Serafim; MELO, Letícia Oliveira de; e, FREITAS, Daniel Antunes. **Condições de saúde nas comunidades quilombolas**. Recife: Revista Enfermagem UFPE on line, 2018.

COSTA, João Bosco de Araújo e OLIVEIRA JUNIOR, Geraldo Barboza de (organizadores). **O perfil das comunidades tradicionais e o acesso às políticas públicas nos territórios rurais e de cidadania do Rio Grande do Norte**. Natal: Caravela Selo Cultural, 2017.

CUNHA, Andrea Taborda Ribas; VILAR, Rosana Lucia Alves; MELO, Ricardo Henrique Vieira; SILVA, Alexandre Bezerra; e, RODRIGUES, Maísa Paulino. **Percepções de usuários sobre humanização na estratégia saúde da família; um estudo ancorado na teoria da dádiva.** Natal: Revista Ciência Plural, 2017.

FRANCHI, Eliane Patrícia Lino Pereira; TERRA, Maria Fernanda; ROCHA, Josefa Moreira do Nascimento; MARQUEZAN, Rogério Ferreira; e, ODORIZZI, Valdir Francisco. **A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: um relato de experiência.** Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Medicina Familiar e Comunidade, 2018, jan-dez.

FERREIRA, Juliana Mota; KULBOK, Pamela; SILVA, Carlos Antônio Bruno da; ANDRADE, Fábila Barbosa de; e, COSTA, Iris do Céu Clara. **Indicadores de qualidade na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão integrativa.** Natal: Revista, Ciência Plural, 2017.

FREITAS, Daniel Antunes et ali. **Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura.** Montes Claros, MG; Revista CEFAC, 2011, set-out.

FRY, Peter. **As aparências enganam: reflexões sobre “raça” e saúde no Brasil.** In: MONTEIRO, S., and SANSONE, L., org. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

LARRUBIA, Bruno Costa. JUNIOR, Nelson Edson da Silva. FREITAS, Isadora Mascarenhas de. **Antropologia da saúde e doença: contribuições para os serviços públicos de saúde.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 08, Vol. 04. Agosto de 2019. ISSN: 2448-0959, Link de acesso:

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/administracao/servicos-publicos>. Pp. 29

LANGDON, Esther Jean e WILK, Flávio Braune. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mai-jun 2010.

LAGDON, Esther Jean. **Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas.** Ciência & Saúde Coletiva, Vol 4, 2014.

LEITE, Ilka Boaventura. **Negros no sul do Brasil: invisibilidade e territorialidade.** Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1996.

MELO, Ricardo Henrique Vieira de; MELO, Mércia Lima de; e VILAR, Rosana Lúcia Alves de. **Análise de redes sociais: a reciprocidade entre usuários e profissionais na estratégia saúde da família.** Natal: Revista Ciência Plural: Vol 4, 2018.

RIBEIRO, Gustavo Lins. **Poder, redes e ideologia no campo do desenvolvimento.** São Paulo: CEBRAP: Revista Novos Estudos, Março, 2008.

SANTANA, Rebecca Alethéia Ribeiro; AKERMAN, Marco; FAUSTINO, Deivison; SPIASSI, Ana Lúcia; e, GUERREIRO, Iara Coelho Zito. **A equidade racial e a educação**

das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde. Revista Interface: comunicação, saúde educação. 2019. <https://www.interface.org.br>.

SESAP- Secretaria de Estado da Saúde Pública do Governo do Rio Grande do Norte. **Plano estadual de saúde 2020-2023.** Natal,RN, 2019.

SILVA, Marcos Henrique Paraíso. **Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática.** Salvador: UFBA/Faculdade de medicina da Bahia: monografia, 2015.

SILVA, Nelma Nunes; FAVACHO, Verônica Batista Cambraia; BOSKA, Gabriella de Andrade; ANDRADE, Émerson da Costa; e, OLIVEIRA Márcia Aparecida Ferreira de. **Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa.** Revista Brasileira de Enfermagem, REBEN, 2020.