

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA: LINGUAGEM E SOCIEDADE**

LARISSA SOUZA LIMA DA SILVA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DE PESSOAS IDOSAS
QUILOMBOLAS SOBRE O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA
QUESTÃO DE EQUIDADE E UNIVERSALIDADE**

**VITÓRIA DA CONQUISTA - BA
SETEMBRO DE 2023**

LARISSA SOUZA LIMA DA SILVA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DE PESSOAS IDOSAS
QUILOMBOLAS SOBRE O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA
QUESTÃO DE EQUIDADE E UNIVERSALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis

**VITÓRIA DA CONQUISTA - BA
SETEMBRO DE 2023**

S581r

Silva, Larissa Souza Lima da.

Representações sociais e memória de pessoas idosas quilombolas sobre o acesso à Atenção Primária à Saúde: Uma questão de equidade e universalidade. / Larissa Souza Lima da Silva, 2023.

132f.

Orientadora: Dr^a. Luciana Araújo dos Reis.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Vitória da Conquista, 2023.

Inclui referência F. 107 – 118

1. Pessoa Idosa - Saúde. 2. Quilombola - Memória. 3. Representações Sociais. I. Reis, Luciana Araújo dos. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. III. T.

CDD: 305.26

Catálogo na fonte: Juliana Teixeira de Assunção – CRB 5/1890

UESB – Campus Vitória da Conquista – BA

Título em inglês: **Social representations and memory of elderly quilombolas about access to Primary Health Care: A question of equity and universality**

Palavras-chaves em inglês: Health. Elderly. Quilombola. Memory. Social Representations

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória

Titulação: Mestra em Memória: Linguagem e Sociedade

Banca Examinadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis, Prof. Dr. Felipe Eduardo Ferreira Marta, Profa. Dra. Ana Elza Oliveira de Mendonça

Data da Defesa: 14 de setembro de 2023

Programa de Pós-Graduação: Memória: Linguagem e Sociedade

FOLHA DE APROVAÇÃO

LARISSA SOUZA LIMA DA SILVA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DE PESSOAS IDOSAS QUILOMBOLAS SOBRE O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA QUESTÃO DE EQUIDADE E UNIVERSALIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestra em Memória: Linguagem e Sociedade.

Local e Data da defesa: Vitória da Conquista/BA, 14 de setembro de 2023.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis –
Presidente
Instituição: UESB

Ass.: Luciana Araújo dos Reis

Prof. Dr. Felipe Eduardo Ferreira Marta
Instituição: UESB

Ass.: Felipe Eduardo Ferreira Marta

Profa. Dra. Ana Elza Oliveira de Mendonça
Instituição: UFRN

Ass.: Ana Elza O. Mendonça

DEDICATÓRIA

Dedico a presente dissertação ao participante Jorge Bento Moraes de Santana, *in memoriam*, com quem estive por uma tarde durante a etapa de entrevistas dessa pesquisa, a quem não pude dar um retorno a tempo de sua passagem de vida nessas terras “terras secas do sertão baiano”, como referiu-se ao me mostrar e contemplar a paisagem de fundo da sua casa localizada na região de Lagoa do João, em Poções - BA.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, gostaria de agradecer à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos, bem como à Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e o Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPMGLS) pelos conhecimentos oportunizados durante a realização do Mestrado, e à minha orientadora Prof.^a Dra. Luciana Araújo dos Reis, pela forma de condução em sua orientação, que proporcionou leveza e calma durante todo o processo de aprendizagem e escrita desta Dissertação, pelas indicações de ajustes quando se fizeram necessários, pelas contribuições à escrita e principalmente pelas sugestões suscitadas. Muito obrigada pelo enorme aprendizado promovido durante o período de realização deste Mestrado; obrigada pela paciência e pelo seu tempo!

Estendo agradecimentos a minha eterna orientadora Prof.^a Dra. Virginia Maria Mendes Oliveira Coronago, quem primeiro me incentivou a fazer pesquisa científica sobre pessoas idosas; sem os seus conhecimentos nada disso seria possível. Para além, destino agradecimentos às(aos) minhas(meus) professoras(professores) e orientadoras(orientadores) da graduação e pós-graduação, que contribuíram grandemente em minha formação acadêmica.

Agradeço a minha família, por todo o apoio durante esses anos, principalmente minha mãe Ligia Souza Lima, vó Felismina Souza Lima, vô Nilton Souza Lima, *in memoriam*, tia Thamires Souza Lima, irmã Lorena Souza Lima da Silva e minha esposa Vitória Helena Oliveira da Silva, pelo suporte e incentivo nessa caminhada. Aos meus amigos Liz Fagundes e Felipe Muniz, com quem mantenho contato desde a época da escola, e minha amiga Bianca Brito, com quem partilhei as alegrias e angústias da graduação. Aos colegas dos Grupos de Estudo, Projetos de Pesquisa, Projetos de Extensão e Iniciações Científicas das quais fiz parte, bem como aos alunos de Monitoria e Tirocínio Docente, com quem pude partilhar conhecimentos e experiências.

O meu muito obrigada a todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram e fazem parte da minha vida, a todas essas pessoas que em algum momento me prestaram suporte e forças para continuar essa caminhada que trilho a cada dia. Às forças da natureza em que acredito e me trazem a paz necessária para lidar com os desafios da vida. Deixo um agradecimento especial às pessoas idosas participantes dessa pesquisa, as quais, pela confiança dispendida, contribuíram extraordinariamente com o presente estudo, cujo palco é o desvelar de suas memórias e representações sociais.

RESUMO

As comunidades remanescentes de quilombos apresentam dificuldades de acesso à saúde, especialmente em relação à atenção primária, e aquelas que estão situadas em zonas rurais, costumeira localização dessas no Brasil, enfrentam desafios ainda maiores no que tange ao deslocamento até o posto satélite da cidade mais próxima ao seu território. Diante desse cenário, a busca por direitos sociais se mostra cada vez mais presente, visto que lutam pelo direito à vida e à saúde. Assim, a vida em comunidades remanescentes de quilombos rurais torna-se insustentável e ressoa a inacessibilidade a direitos básicos constitucionalmente assegurados a todos os brasileiros, mas que não são uma realidade para os povos tradicionais, por não usufruírem de assistência em saúde adequada, a começar pela ausência de Unidade Básica de Saúde (UBS) em suas comunidades. Nessa perspectiva, esta dissertação tem por objetivo geral analisar a memória e as representações sociais de pessoas idosas quilombolas sobre o acesso à atenção primária à saúde, e como objetivos específicos, conhecer as memórias e as representações sociais dessas pessoas sobre o acesso à atenção primária à saúde; identificar os elementos estruturantes de suas representações sociais sobre o acesso à atenção primária à saúde; apreender as representações sociais das pessoas idosas quilombolas sobre o direito à saúde; e avaliar sua compreensão a respeito dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade e equidade. Trata-se de estudo de corte transversal do tipo exploratório com caráter analítico-descritivo e abordagem qualitativa, fundamentado na teoria da Memória Coletiva e na Teoria das Representações Sociais. Realizado no período entre fevereiro de 2022 e setembro de 2023, com 24 (vinte e quatro) residentes na Comunidade Remanescente de Quilombo de Lagoa do João. Para coleta de dados, dois questionários foram utilizados, 1 (um) sobre Dados Sociodemográficos e de Saúde e 1 (um) roteiro para a Entrevista Semiestruturada. As entrevistas realizadas foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo proposta pela Bardin, na modalidade de análise temática, com auxílio da ferramenta computacional de suporte para análise de dados qualitativos IRAMUTEQ. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), Parecer nº 5.340.843. A partir da análise dos resultados encontrados, emergiram 2 (dois) eixos temáticos: (1) Acesso à Unidade Básica de Saúde da Família e (2) Representação social do Direito à Saúde. No que se refere ao eixo (1), subdividiu-se nas classes (3) Acesso aos profissionais da Unidade Básica de Saúde e classe (4) Acesso à Unidade de Saúde da Família. Quanto ao eixo (2), foi subdividido nas classes (5) Representações sociais sobre o Direito à Saúde, classe (1) Principais necessidades de saúde na comunidade quilombola e classe (2) Acesso à assistência médica, exames e remédios. Diante das classes categorizadas pelo *software* IRAMUTEQ, foi possível avaliar a questão em torno da (in)acessibilidade em saúde à população residente na comunidade remanescente de quilombo localizada na zona rural do município de Poções - BA. Conclui-se que a memória e as representações sociais das pessoas idosas quilombolas sobre o acesso à atenção primária à saúde perpassam um cenário fortemente marcado por uma conjuntura da realidade em que iniquidades sociais e em saúde evocam o convívio com as fragilidades e vulnerabilidades que acometem o período vital da velhice e se presentificam na ausência de assistência ao público idoso quilombola, cujas relações sociais de vida são afetadas pela exclusão em saúde em função dos próprios princípios que regem o SUS, devido à inaplicabilidade da equidade e discricionariedade do princípio da universalidade.

Palavras-chave: Saúde; Pessoa Idosa; Quilombola; Memória; Representações Sociais.

ABSTRACT

The remaining quilombo communities have difficulties in accessing health care, especially in relation to primary care, and those located in rural areas, their usual location in Brazil, face even greater challenges in terms of traveling to the satellite post of the city closest to their territory. Given this scenario, the search for social rights is increasingly present since they fight for the right to life and health. Thus, life in remaining rural quilombo communities becomes unsustainable and resonates the inaccessibility to basic rights constitutionally guaranteed to all Brazilians, but which are not a reality for traditional peoples, as they do not enjoy adequate health care, starting with the absence of a Basic Health Unit (BHU) in their communities. In this perspective, this dissertation has the general objective of analyzing the memory and social representations of quilombola elderly people about access to primary health care, and the specific objectives are to know the memories and social representations of these people about access to primary health care; identify the structuring elements of their social representations about access to primary health care; apprehend the social representations of quilombola elderly people about the right to health; and evaluate their understanding of the principles of the Unified Health System (SUS), universality and equity. This is an exploratory cross-sectional study with an analytical-descriptive character and qualitative approach, based on the theory of Collective Memory and the Theory of Social Representations. Conducted in the period between February 2022 and September 2023, with 24 (twenty-four) residents in the Remaining Community of Quilombo of Lagoa do João. For data collection, two questionnaires were used, 1 (one) on Sociodemographic and Health Data and 1 (one) script for the Semi-structured Interview. The interviews were analyzed using the Content Analysis proposed by Bardin, in the thematic analysis modality, with the aid of the computer support tool for qualitative data analysis IRAMUTEQ. The research project was submitted and approved by the Research Ethics Committee of the Independent Faculty of the Northeast (FAINOR), Opinion No. 5,340,843. From the analysis of the results found, two (2) thematic axes emerged: (1) Access to the Basic Family Health Unit and (2) Social representation of the Right to Health. Regarding axis (1), it was subdivided into classes (3) Access to Basic Health Unit professionals and class (4) Access to the Family Health Unit. As for axis (2), it was subdivided into classes (5) Social representations on the Right to Health, class (1) Main health needs in the quilombola community and class (2) Access to medical care, exams, and medicines. In view of the classes categorized by the IRAMUTEQ software, it was possible to evaluate the issue around (in)accessibility in health to the population residing in the quilombo remnant community located in the rural area of the municipality of Poções - BA. It is concluded that the memory and social representations of quilombola elderly people about access to primary health care permeate a scenario strongly marked by a conjuncture of reality in which social and health inequities evoke the coexistence with the fragilities and vulnerabilities that affect the vital period of old age and are present in the absence of assistance to the quilombola elderly public, whose social relations of life are affected by exclusion in health due to the very principles that govern the SUS, due to the inapplicability of equity and discretion of the principle of universality.

Keywords: Health; Elderly; Quilombola; Memory; Social Representations.

LISTA DE SIGLAS

ACQLJ	Associação Comunitária Remanescente de Quilombo de Lagoa do João, Vassoura, Pimenteira e Associados de Lagoa dos Patos e Queimadas.
ACE	Agente de Combate a Endemias.
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.
APS	Atenção Primária à Saúde.
CAE	Conselho de Alimentação Escolar.
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
CEB/1989	Constituição do Estado da Bahia de 1989.
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.
CNPIR	Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial.
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica.
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
CONAQ	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas.
CPES	Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde.
CRFB/1988	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
EFE	Escala de Fragilidade de Edmonton.
eSF	Equipe(s) de Saúde da Família.
F	Frequência.
FAINOR	Faculdade Independente do Nordeste.
FCP	Fundação Cultural Palmares.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IRAMUTEQ	Interface de <i>R Pour Les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i> .
IVM	Índice de Vulnerabilidade Municipal.
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental.
MS	Ministério da Saúde.
OIT	Organização Internacional do Trabalho.
PIQ	Pessoa Idosa Quilombola.
PLANAPIR	Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial.
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar.

PNAP	Plano Estratégico Nacional de Áreas Protegidas.
PNE	Plano Nacional de Educação.
PNHR	Programa Nacional de Habitação Rural.
PNI	Política Nacional do Idoso.
PNPCT	Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.
PNPIR	Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial.
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego.
PRONERA	Política de educação do campo e o Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária.
QV	Qualidade de vida.
RFB	República Federativa do Brasil.
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.
ST	Segmento(s) de texto.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
TRS	Teoria das Representações Sociais.
UBS	Unidade(s) Básica de Saúde.
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
USF	Unidade de Saúde da Família.
χ^2	Qui-quadrado.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização geográfica da sede da comunidade quilombola ACQLJ, Poções/BA, 2023.....	66
Figura 2 - Localização geográfica e quilometragem do trajeto até a comunidade quilombola ACQLJ, partindo do município de Poções/BA, 2023.....	67
Figura 3 - Etapas da Análise de Conteúdo, Poções/BA, 2023.....	70
Figura 4 - Diagrama de classes com os eixos temáticos do Acesso à Unidade Básica de Saúde da Família e da Representação social do Direito à Saúde - Via <i>software</i> IRAMUTEQ.....	73
Figura 5 - Organograma com palavras de cada classe - Via <i>software</i> IRAMUTEQ.....	74
Figura 6 - Organograma com palavras de cada classe, frequências das evocações e indicação do qui-quadrado (χ^2).....	75
Figura 7 - Nuvem de palavras dos eixos temáticos - Via <i>software</i> IRAMUTEQ.....	75
Figura 8 - Nuvem de palavras da classe 3 - Via <i>software</i> IRAMUTEQ.....	80
Figura 9 - Nuvem de palavras da classe 4 - Via <i>software</i> IRAMUTEQ.....	85
Figura 10 - Nuvem de palavras da classe 5 - Via <i>software</i> IRAMUTEQ.....	90
Figura 11 - Nuvem de palavras da classe 1 - Via <i>software</i> IRAMUTEQ.....	97
Figura 12 - Nuvem de palavras da classe 2 - Via <i>software</i> IRAMUTEQ.....	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica das mulheres idosas quilombolas, Poções/BA, 2023.....	72
Quadro 2 - Eixos temáticos e classes da análise de conteúdo da pesquisa, Poções/BA, 2023.....	73
Quadro 3 - Acesso aos profissionais da Unidade Básica de Saúde.....	77
Quadro 4 - Acesso à Unidade de Saúde da Família.....	82
Quadro 5 - Representações sociais sobre o Direito à Saúde.....	86
Quadro 6 - Principais necessidades de saúde na comunidade quilombola.....	91
Quadro 7 - Acesso a assistência médica, exames e remédios.....	99

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Objetivos.....	21
1.2.1 Objetivo Geral.....	21
1.2.2 Objetivos Específicos.....	22
1.2 Estrutura organizacional da dissertação.....	22
2 CRESCIMENTO POPULACIONAL E ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA.....	24
3 ACESSO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA QUILOMBOLA.....	41
4 MEMÓRIA COLETIVA/SOCIAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: CONTRIBUTOS TEÓRICOS PARA COMPREENSÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	54
4.1 Teoria da memória coletiva/social.....	54
4.2 Teoria das representações sociais.....	57
4.3 Memória coletiva/social e representações sociais: o entrelaçamento das teorias.....	61
5 METODOLOGIA.....	65
5.1 Caracterização do estudo.....	65
5.2 Cenário do estudo.....	66
5.3 Participantes do estudo.....	67
5.4 Instrumento para coleta de dados.....	68
5.5 Procedimento para a coleta de dados.....	68
5.6 Análise e interpretação dos dados.....	69
5.7 Questões éticas.....	71
6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DE PESSOAS IDOSAS QUILOMBOLAS SOBRE O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	72
6.1 Eixo temático 1. acesso à unidade básica de saúde da família.....	77
6.1.1 Classe 3. Acesso aos profissionais da Unidade Básica de Saúde.....	77
6.1.2 Classe 4. Acesso à Unidade de Saúde da Família.....	81
6.2 Eixo temático 2. representação social do direito à saúde.....	86
6.2.1 Classe 5. Representações sociais sobre o Direito à Saúde.....	86
6.2.2. Classe 1. Principais necessidades de saúde na comunidade quilombola.....	91
6.2.3 Classe 2. Acesso a assistência médica, exames e remédios.....	98
7 CONCLUSÃO.....	104
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICE A – Teste do Relógio.....	119
APÊNDICE B – Dados Sociodemográficos e de Saúde.....	120
APÊNDICE C – Entrevista Semiestruturada.....	121

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	122
ANEXO A – Portaria nº 91/2011.....	125
ANEXO B – Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) QUESTIONÁRIO RESUMIDO DO ESTADO MENTAL.....	126
ANEXO C – Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE).....	127
ANEXO D – Parecer nº 5.340.843.....	128

1 INTRODUÇÃO

A presente investigação teve sua idealização e desenvolvimento motivados pelo interesse em pesquisar o tema do envelhecimento e acesso à saúde pública em comunidades remanescentes de quilombos, uma vez que “grupos alijados historicamente como pobres, pardos, negros, índios e outros, em particular na saúde, enfrentam maiores dificuldades em exercer seus direitos, e este cenário é agravado com os problemas decorrentes do envelhecimento” (ARAGÃO, 2014, p. 43).

Nessa conjuntura, evidencia-se a necessidade de implementação de políticas assistenciais às populações vulneráveis, como é o caso das pessoas idosas negras descendentes de africanos escravizados que vivem nessas localidades, cuja imagem atrelada ao quilombo remete ao território enquanto refúgio, representado como foco de resistência. Afinal, historicamente, os quilombos

[...] se constituíram como unidades de protesto e de experiência social, de resistência e reelaboração dos valores sociais e culturais dos africanos e seus descendentes em todas as partes nas quais a sociedade latifundiária-escravista se manifestou. (SOUZA, 2008, p. 26).

Fato que, somado ao envolvimento pessoal por políticas públicas de saúde que atendam de forma efetiva às populações tradicionais, principalmente no que concerne aos determinantes sociais relacionados ao acesso à atenção primária à saúde, despertou curiosidade essencial na tomada de decisão pelo aprofundamento científico da temática, de forma a contribuir com subsídios para a formulação de políticas e oferta de cuidados em saúde de qualidade à população idosa quilombola e população negra como um todo. Conforme denota Oliveira, Pereira, Guimarães e Caldeira (2015, p. 2879), as “comunidades quilombolas vivenciam situação de vulnerabilidade social, mesmo mais de um século da abolição da escravatura, principalmente em relação aos cuidados de saúde”.

Nesse cenário, as populações remanescentes de quilombos preservam suas tradições culturais, práticas religiosas e de subsistência, nesses lugares de memória, cujas origens remontam à permanência de africanos escravizados como resistência e símbolo de luta “no tempo presente pela reafirmação da herança afro-diaspórica e busca de um modelo brasileiro capaz de reforçar a identidade étnica e cultural” (GOMES, DOMINGUES, 2013, p. 10).

Segundo Moscovici (2003, p. 40) “Talvez seja uma resistência ainda maior, pois o que é invisível é inevitavelmente mais difícil de superar do que o que é visível”. Assim, a sociedade ainda se encontra traçando caminhos que possam redimensionar a condição humana no que se

refere ao processo de envelhecer, e o mesmo acontece com relação à disparidade étnico-racial da população negra. Afinal, de acordo com o Decreto nº 4.887 de 20 de novembro de 2003, caracterizam-se como comunidades quilombolas aquelas constituídas por populações que se reconheçam por sua ancestralidade étnico-racial africana, definida historicamente por lutas e resistência às opressões sofridas socialmente, com fortes ligações territoriais (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2003).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE B, 2019), existem 5.972 (cinco mil novecentos e setenta e duas) localidades quilombolas no Brasil, entre essas, 2.744 (duas mil setecentos e quarenta e quatro) são certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP, 2019). Quantitativo que tem se tornado cada vez maior em função do trabalho contínuo de certificação realizado pela FCP, que em 2022, chegou ao marco de 3.271 (três mil duzentas e setenta e uma) localidades certificadas. Essas comunidades estão distribuídas em 24 (vinte e quatro) estados e 1.672 (mil seiscentos e setenta e dois) municípios brasileiros, entre a quantidade total de comunidades quilombolas, a FCP (2019) aponta que, 404 (quatrocentos e quatro) são territórios oficialmente reconhecidos, 2.308 (dois mil trezentos e oito) são denominados agrupamentos quilombolas e 3.260 (três mil duzentos e sessenta) são identificados como outras localidades quilombolas. Com relação aos agrupamentos, 709 (setecentos e nove) estão localizados dentro dos territórios quilombolas oficialmente delimitados e 1.599 (mil quinhentos e noventa e nove) estão fora dessas terras (FCP, 2019).

O Nordeste é a região do Brasil que concentra o maior número de localidades quilombolas, 3.171 (três mil cento e setenta e uma), apenas o estado da Bahia tem 17,5% (dezessete vírgula cinco por cento) das 5.972 (cinco mil novecentas e setenta e duas) localidades quilombolas contabilizadas em todo o país, totalizando o quantitativo de 1.046 (mil e quarenta e seis) (FCP, 2019). Depois da Bahia, vêm Minas Gerais (1.021 - mil e vinte e uma localidades quilombolas), Maranhão (866 - oitocentas e sessenta e seis localidades quilombolas) e Pará (516 - quinhentas e dezesseis localidades quilombolas) (FCP, 2019).

A Bahia possui 25 (vinte e cinco) comunidades remanescentes de quilombos certificadas pela Fundação Cultural Palmares, localizadas em áreas rurais dos municípios e concentradas em 5 (cinco) dos 11 (onze) distritos da região, distantes, em média, 31,2 km (trinta e um vírgula dois quilômetros) das sedes dos municípios (FCP, 2019). A presente pesquisa foi realizada no território da Comunidade Remanescente de Quilombo de Lagoa do João, certificada pela FCP em 17/06/2011, através da Portaria nº 91/2011 (ANEXO A).

A comunidade está organizada sob a forma de Associação Comunitária Remanescente de Quilombo de Lagoa do João, Vassoura, Pimenteira e Associados de Lagoa dos Patos e

Queimadas (ACQLJ), CNPJ 05.950.775/0001-41, com data de abertura em 08/09/2003, a qual é composta por 5 (cinco) comunidades remanescentes de quilombos. A Comunidade Remanescente de Quilombo de Lagoa do João (ACQLJ) está localizada na zona rural do município de Poções, interior da Bahia, sediada no Subterritório Esperança, com distância média de 26 km (vinte e seis quilômetros) da cidade sede, conforme projeção do Google Maps (2023). A Associação tem sua liderança comunitária exercida por presidente eleito, constante do quadro de sócios e administradores da pessoa jurídica.

No que tange à descrição das atividades desenvolvidas, verifica-se, como atividade econômica principal, a defesa de direitos sociais, com atividades de organizações associativas ligadas à cultura e à arte, de acordo com dados datados de 03/03/2022, constantes do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). No que tange à situação cadastral da pessoa jurídica, encontra-se ativa, conforme se verifica do Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral (2022) emitido pela República Federativa do Brasil (RFB).

Segundo Martins, Martins e Alcântara (2017), a partir de relatos narrados por anciões da comunidade em estudo antecessor à presente pesquisa, o nome “Lagoa do João” teve como origem a identificação de uma lagoa cujo morador de prenome João residia próximo. A lagoa era utilizada como ponto de referência geográfico para a localização dos moradores, de modo que o nome Lagoa do João se incorporou à denominação do território remanescente. Com relação à formação da comunidade, a história oral - devido à ausência de documentação escrita oficial referente ao processo de constituição do quilombo de Lagoa do João - coaduna ao marco temporal de

[...] aproximadamente duzentos anos atrás, através de escravos refugiados. Estas pessoas, que estavam em busca de abrigo, instalaram-se nesta região semiárida. Através da luta por sobrevivência, conseqüentemente iniciaram um processo de territorialização. Assim, trouxe uma nova identidade, modificando e incorporando ao meio, com seu modo de vida. (MARTINS; MARTINS; ALCÂNTARA, 2017, p. 6).

Ademais, é importante elucidar o lugar que a comunidade estudada ocupa no contexto histórico de formação das comunidades remanescentes de quilombos, uma vez que o quilombo de Lagoa do João se constituiu por meio de processos de fuga e não pela permanência de povos tradicionais em território remanescente em decorrência do fim do período escravocrata. Diante disso, faz-se importante, ainda que brevemente, explicar a distinção relativa ao processo de construção identitária de uma comunidade quilombola, visto que há quilombos formados por meio de processos de fuga - com a formação de “acampamentos guerreiros na floresta” -, como

no caso do quilombo de Lagoa do João, e aqueles constituídos pela permanência, que trazem consigo a materialização física da memória através do espaço (MOREIRA, 2019).

Sobre a constituição dos quilombos de refúgio, denota Moreira (2019, p. 54) que “No tocante a resistência dos trabalhadores africanos escravizados, destaca-se a forma mais conhecida de busca pela liberdade, a fuga e a formação de quilombos”. Em contrapartida, quilombos de permanência são caracterizados pela continuidade de povos tradicionais em determinado território, anteriormente utilizado para a prática da escravidão. Isto posto, o movimento da quilombagem deve ser compreendido como um processo permanente e radical que acontece entre as forças que impulsionaram o dinamismo social em direção à negação do trabalho escravo implementado (MOURA, 1987; MOURA, 2006).

Nesse prisma, a terra passa a ser pensada como espaço voltado para o trabalho enquanto fonte de subsistência, pautado na memória de tradição, cultura, arte, religião, práticas medicinais e consolidação de uma ancestralidade própria do continente de origem - África - dos povos tradicionais, além da posterior postulação por direitos e garantias constitucionais destinadas especificamente a esse público, a exemplo do direito a terra. Os participantes da presente pesquisa foram representados por 24 (vinte e quatro) pessoas com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, consideradas pessoas idosas, segundo o art. 1º da Lei nº 10.741/2003 Estatuto da Pessoa Idosa, 2003, residentes na Comunidade Remanescente de Quilombo de Lagoa do João, visto que a área geográfica da comunidade não possui Unidade de Saúde da Família (USF) que contemple o público residente na região.

Diante disso, constata-se que aspectos territoriais, dada à costumeira localização das comunidades remanescentes de quilombos em zonas rurais de difícil acesso, influenciam a inacessibilidade das populações residentes à atenção primária à saúde. Além disso, são poucas as localidades que mantêm oferta regular de transporte público adequado para esse público vulnerável, que conta com diversos impasses de ordem socioeconômica (PAIVA; KLAUTAU-GUIMARÃES; OLIVEIRA, 2022).

Essas questões se desdobram em baixos índices de escolaridade, condições de saúde precárias, além da redução na oferta de serviços públicos. De acordo com a Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde (CPES, 2023), os principais problemas enfrentados pela população negra são de inadequação de tratamentos aos agravos dessa população, subnotificação do quesito cor nos sistemas de informação, ausência da temática em ementas de cursos na área da saúde (nível médio e graduação), e a baixa adesão dos gestores públicos municipais à proposta de Política Estadual de Atenção à Saúde da População Negra.

Nota-se que os negros são a maioria dos socialmente excluídos, devido às acentuadas dificuldades de acesso, acolhimento e atendimento em saúde. O estado da Bahia é um exemplo disso, segundo dados apresentados pela Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde (CPES, 2023), o ente federativo conta com percentual de 79,02% (setenta e nove vírgula zero dois por cento) de sua população composta apenas por negros/as e pardos/as, que em sua maioria é usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS).

No caso da Comunidade Remanescente de Quilombo em estudo - Lagoa do João, esta consta como beneficiária do programa de incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento das ações de equidade na Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pela Portaria nº 4.036/2021. No anexo da Portaria, é listado o município de Poções - BA, com a indicação de incentivo de R\$ 14.000,00 (quatorze mil reais), considerando a enumeração de 5 (cinco) equipes de Saúde da Família (eSF) (GOV.BR D, 2021) pelo município.

A transferência do incentivo financeiro previsto pela Portaria contém valores que variam entre R\$ 1.400,00 (mil quatrocentos reais) e R\$ 2.100,00 (dois mil e cem reais) por equipe de Atenção Primária; e R\$ 2.800,00 (dois mil e oitocentos reais) por equipe de Saúde da Família (eSF); a serem transferidos ao ente federativo - municípios e Distrito Federal - com cadastro de populações quilombolas. Os valores indicados constam com fonte de custeio do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e Distrital de Saúde (GOV.BR D, 2021).

Destarte, as pessoas idosas quilombolas, historicamente, têm suas histórias de vida apagadas ou contadas por terceiros. Isto posto, a pesquisa se torna relevante na medida em que contribui para trazer visibilidade social a essas pessoas, por meio da valorização de suas memórias. Uma das vertentes do estudo, portanto, é trazer as vozes das pessoas idosas, a fim de apresentá-las como protagonistas da sua própria história e representações sociais de mundo (LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019).

Além disso, o estudo é importante para o campo do conhecimento científico, já que recupera, por meio das pessoas idosas quilombolas - consideradas guardiãs da memória - as vivências e experiências do meio rural, e coloca em xeque as desigualdades e violações a que estão submetidas, devido à quádrupla condição de vulnerabilidade, que engloba aspectos de geração, gênero, raça e classe.

O processo do envelhecimento - caracterizado por uma série de mudanças físicas e psíquicas no indivíduo, costuma ser associado a perdas acentuadas, de natureza biológica e sociocultural; todavia, esses eventos não são esperados à maioria das pessoas idosas (NERI, 2013). Apesar disso, expressões culturais em torno da expressão idoso denotam preconceito e

estigmatização à velhice, corroborando à subjugação do ser que vive e envelhece, o que reflete diretamente na caracterização daquele que é considerado velho.

É imprescindível que as singularidades imbuídas ao envelhecimento sejam consideradas, uma vez que o declínio de determinadas condições influencia a vida da pessoa idosa, sobretudo, quando reflete em aspectos ligados à autonomia e independência. Nesse sentido, frente a uma sociedade preconizada pela exclusão de minorias, assertivamente aufere Bosi (1979, p. 18), “em nossa sociedade, ser velho é lutar para continuar sendo homem”. Denota-se, a partir da reflexão suscitada, a constante desvalorização à pessoa idosa e, intrinsecamente, à capacidade funcional dessa.

Entretanto, é necessário observar os ganhos atrelados ao processo de envelhecer, que abrangem entre diversos outros, o ciclo do conhecimento, repercutindo diretamente no desenvolvimento sociocultural do indivíduo, e concomitantemente da sociedade na qual está inserido. Diretamente ligada à construção do conhecimento, a memória, compreendida neste estudo em âmbito individual e coletivo, corresponde ao conjunto de experiências individuais que envolvem e tornam possível a existência do todo, e é condição basilar da memória coletiva de determinada sociedade (HALBWACHS, 2004).

As memórias das pessoas idosas, na condição social de história viva, atestam a existência do passado pela via da recordação, sobretudo, pela experiência acumulada e pela forma de exteriorização através da linguagem em suas narrativas individuais. Para Ricoeur (1994), a narrativa se configura enquanto operação mediadora entre a experiência viva e o discurso, que se abre a margem de interpretação, ao mesmo tempo em que promove condições para sua circulação, recepção e produção daquilo que se articula.

Para além, denota o autor que “o dever de memória é o dever de fazer justiça, pela lembrança, a um outro que não o si” (RICOEUR, 2007, p. 101). Assim, percepção e vivência constituem-se enquanto matéria prima para a existência da memória individual, que repercute, em meio às relações existentes entre seus pares, na memória coletiva, atribuindo a essa um caráter social. Conforme aufere Bosi (1979), a narração de vivências e experiências aduzem a narração da própria vida, nesse diapasão, as recordações individuais das pessoas idosas mostram-se imprescindíveis ao estudo da memória coletiva de determinado grupo e contribuem, em termos de profundidade, de maneira inigualável.

Sob o prisma da psicologia social, são observadas particularidades que caracterizam e desmistificam a velhice (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Em uma avaliação multidimensional: clínica, psicossocial e funcional; tem-se na segunda dimensão, enfoque aos aspectos relacionados à saúde mental, que envolve o estudo da memória. Desse modo, o

processo de envelhecimento, pelo viés da interdisciplinaridade, suscita a reflexão das imagens da velhice e suas expressões identificadoras.

Fala-se, ainda, em capacidade funcional, determinada pela conservação da autonomia e independência do indivíduo, e analisada a partir da manutenção de habilidades físicas e mentais (GORDILHO *et al.*, 2000). Essa capacidade repercute na execução de atividades diárias individuais e coletivas, especialmente em âmbito familiar, a qual está diretamente relacionada à questão da dependência.

Observa-se que a população idosa, sobretudo, é uma das mais acometidas pela redução da capacidade funcional, que acarreta sofrimento pessoal e familiar. Dentre as repercussões dessa capacidade, está a tomada de decisão, que corresponde ao gerenciamento pela pessoa idosa de sua própria vida. Nesse aspecto, a tomada de decisão do idoso deve ser analisada a partir de critérios de discernimento, e mediante manifestação de vontade do indivíduo (MAIO, 2018). Dessa feita, atrelada à capacidade de autodeterminação, será possível auferir segurança às decisões tomadas pelo idoso.

Suscita-se, ainda, a ponderação de Beauvoir (1990, p. 668), “se o aposentado fica desesperado com a falta de sentido de sua vida presente, é porque o sentido de sua existência sempre lhe foi roubado”. Pela reflexão apresentada, depreende-se que aspectos multifatoriais relacionados à idade, como qualidade de vida durante a velhice e o receio ao alcance dessa faixa etária, acarretam em preocupações eminentes à sociedade atual.

Nesses entremeios, busca-se por compreensão, demonstração e comprometimento com a qualidade de vida daqueles que representam o futuro de uma condição que é esperada, por uma visão pautada no não comodismo e não distanciamento, que, apesar de notar-se menor, ainda se mostra longínquo. Bem como pela verossímil dificuldade a ser enfrentada nessa busca por uma igualdade de fato real para com esses que desigualmente estão afirmados e postos a certa “margem” da sociedade, na tentativa de garantia do que é inerente a todos: a igualdade.

1.1 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- Analisar a memória e as representações sociais de pessoas idosas quilombolas sobre o acesso à atenção primária à saúde.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as memórias e as representações sociais das pessoas idosas quilombolas sobre o acesso à atenção primária à saúde.
- Identificar os elementos estruturantes das representações sociais das pessoas idosas quilombolas sobre o acesso à atenção primária à saúde.
- Aprender as representações sociais das pessoas idosas quilombolas sobre o direito à saúde.
- Avaliar a compreensão das pessoas idosas quilombolas a respeito dos princípios do Sistema Único de Saúde, universalidade e equidade.

1.2 Estrutura organizacional da dissertação

Quanto à organização e estruturação dessa pesquisa, ela foi dividida em sete seções, dispostas do seguinte modo: a primeira seção introduz a temática do envelhecimento, do acesso à saúde e suas repercussões diante do princípio da universalidade do SUS, seguida da delimitação do objeto de estudo. Na mesma seção, explicita-se a forma de aproximação da pesquisa com a temática do objeto em questão, com base na justificativa e relevância do trabalho. Além disso, são apresentados os pressupostos teóricos e os objetivos do estudo proposto.

A segunda seção aborda conceitos sobre o envelhecimento humano e a construção social da velhice com enfoque no crescimento populacional e envelhecimento da população quilombola. A terceira seção traz uma contextualização com relação ao acesso à saúde através da atenção primária e apresenta dados relacionados à saúde da pessoa idosa quilombola.

A quarta seção é dedicada ao diálogo das teorias utilizadas na pesquisa e sua associação ao referencial teórico que norteia todo o estudo, ancorado, especialmente, na Teoria da Memória Coletiva e na Teoria das Representações Sociais (TRS). Para, ao final da seção, traçar a correlação entre as teorias regentes da pesquisa.

A quinta seção revela a abordagem metodológica que orienta o estudo, por meio da caracterização da pesquisa, descrição do cenário em que foi realizada, bem como a escolha dos participantes, a partir de critérios de elegibilidade. Além disso, são elencados os instrumentos e procedimentos para a coleta de dados, realização das análises e interpretação desses. Ao final, são explicitadas as questões éticas observadas durante a elaboração do estudo.

A sexta seção expõe os resultados da pesquisa e as discussões das análises de dados realizadas por meio das categorias e subcategorias que emergiram das entrevistas. Por fim, em

sede de considerações finais, são descortinados os desfechos do estudo, bem como as sugestões para pesquisas futuras.

2 CRESCIMENTO POPULACIONAL E ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA

A população brasileira tem apresentado crescimento significativo, de acordo com dados coletados até 28 de julho de 2023, a estimativa do Brasil foi de 203.062.512 (duzentos e três milhões sessenta e dois mil quinhentos e doze) pessoas, conforme projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE C, 2022). Além de quantidade significativa de pessoas quilombolas, que chegam a 1.327.802 (um milhão trezentos e vinte e sete mil oitocentos e duas) pessoas, o que corresponde ao percentual de 0,65% (zero virgula sessenta e cinco por cento) de quilombolas quando comparado à população brasileira como um todo (IBGE C, 2022).

No mesmo sentido, evidencia-se o significativo avanço da longevidade na população brasileira, fenômeno revelado ano após ano, em pesquisas do IBGE. Confirma-se esse fato ao confrontar a composição populacional por grupos de idade, em que, observa-se expressiva evolução numérica no que se refere ao percentual de brasileiros com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, demonstrando um aumento significativo de 4,5% (quatro virgula cinco por cento) no período correspondente entre os anos de 2005 e 2015 (BRASIL A, 2016). Em contrapartida, há o indicador de outros grupos etários, a exemplo do número de pessoas de 0 (zero) a 14 (catorze) anos, que apresentou queda de 5,5% (cinco virgula cinco por cento) no mesmo período citado (BRASIL A, 2016).

Desse modo, pensar o fenômeno do envelhecimento passa a ser imprescindível, tendo em vista que viver é envelhecer, e a qualidade de vida que permeia esse processo torna-se cogente em uma sociedade tão dinâmica, o que reafirma a importância de uma maior atenção e planejamento frente a áreas relacionadas à proteção do público idoso. Por outro lado, o considerável aumento de pessoas idosas na população geral aufere frutos positivos em termos de desenvolvimento social, apesar do fenômeno do envelhecimento conceber muitos desafios face às questões emergentes e à falta de provimento de ações de apoio a esse grupo (CORONAGO; BULHÕES; SILVA, 2022).

A estimativa de inversão da pirâmide etária tem demonstrado que a alteração no ciclo vital da população brasileira acarretou crescimento significativo da faixa etária idosa, conforme apontam projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL A, 2016). Logo, um olhar diferenciado a esse público é fundamental para garantia de sua dignidade, haja vista que, no Brasil, são consideradas idosas, pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, segundo o art. 1º da Lei nº 10.741/2003 (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA I, 2003).

Denota-se que o ser humano - em sua construção social - atua como agente transformador do meio e de si. A partir disso, percebe-se que a sociedade opera como uma extensão do indivíduo, por meio da qual o sujeito desenvolverá suas capacidades, conceitos e valores morais, éticos, culturais etc., imprescindíveis ao auferir informações, proferir julgamentos e no modo de agir diante de diversas situações ao longo da vida (CORONAGO; BULHÕES; SILVA, 2022).

Nesse contexto, emergem desafios que envolvem o envelhecer, especialmente das pessoas idosas residentes em comunidades remanescentes de quilombos (quilombolas). O Decreto nº 4.887/2003 prevê em seu art. 2º, conforme critérios de auto-atribuição, a caracterização dos remanescentes das comunidades dos quilombos, aqueles “[...] com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (BRASIL, 2003). A conceituação norteadora comporta abrangência e merece destaque, pois confere à comunidade o papel de autodefinição.

Constituídas, grande parte em zonas rurais, as comunidades quilombolas no Brasil são “[...] utilizadas para a garantia de sua reprodução física, social, econômica e cultural” (BRASIL, 2003), conforme aponta o art. 2º, §2º do Decreto nº 4.887/2003. Para além, a Carta Magna consolidou, enquanto patrimônio cultural brasileiro, no art. 216, os bens “[...] portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira” (CRFB/1988).

No momento em que se evidencia a importância da memória enquanto pressuposto inerente à condição humana e que se presentifica em todas as atividades desenvolvidas pelo homem, depreende-se o poder do meio para a constituição e preservação dos grupos em determinados lugares. Assim, o espaço denota sua força e desvela seu caráter enquanto meio precursor a construção de uma memória coletiva consolidada pela tradição (FURTADO; PEDROZA; ALVES, 2014).

Em termos jurídicos, a utilização do espaço perpassa aspectos voltados fortemente a características gerais da condição humana, como as mencionadas nos dispositivos legais. Nesse cenário, se deu a natureza jurídica da atribuição de terras quilombolas, instituída no conjunto normativo do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que anuncia: “Art. 68. Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos” (CRFB/1988). A norma de eficácia plena e aplicabilidade imediata assevera o reconhecimento

do direito de propriedade previsto no rol dos direitos e garantias fundamentais, engendrando o tema.

Observa-se nas vivências cotidianas uma aderência do grupo ao espaço a partir do autorreconhecimento, nessa conjuntura, a terra é vista como um espaço representado no seu processo de formação. Noutros termos, “Quando um grupo está inserido numa parte do espaço, ele a transforma à sua imagem, ao mesmo tempo em que se sujeita e se adapta às coisas materiais que a ele resistem” (HALBWACHS, 1990, p. 133). Conforme afora o teórico, o lugar representa o grupo na mesma medida em que ele deixa sua marca no território.

Portanto, pode-se dizer, ancorado em Halbwachs (1990), que os hábitos apresentam força cogente de resistência diante das transformações externas. Dessa feita, é possível apreender o quanto que a resistência a transformações está apoiada nos grupos de aporte do indivíduo e, assim, pensar a relação da memória, atuante no presente caso, como subsídio às imagens espaciais e seus pontos de apoio.

Nesse sentido, o espaço geográfico deve ser arrazoado e contraposto a partir de uma medida limitadora de interpretação, em que a memória constitui arsenal importante diante da relação entre o grupo e seu espaço. Essa limitação encontra fronteira e é observada ao estender a reflexão para além de um espaço físico, tendo em vista que a existência do grupo não se dá em condição exclusiva a determinado lugar, ela se constitui e está essencialmente ligada à ancestralidade representativa de uma coletividade (HALBWACHS, 1990).

Pensando o público objeto do presente estudo, é possível notar que o reconhecimento do direito à terra foi consolidado em razão de um tempo histórico e em função de um espaço de memória. Logo, a continuidade da vivência em determinado lugar, dotado de uma ancestralidade inerente - um dos elementos fundantes da construção das memórias, inclusive tradicionais -, comporta o valor simbólico representativo do grupo, que não é necessariamente físico, mas que se materializa nesse conjunto de simbologias, valores, entre outras representações sociais (HALBWACHS, 1990).

Além disso, considerando a costumeira localização das comunidades remanescentes de quilombos em zonas rurais, tem-se por um duplo grau de valorização da terra, já que no campo as negociações e acordos realizados estão relacionados precipuamente à terra (HALBWACHS, 1990). Desse modo, a relação entre o homem e o espaço em que vive e compõe sua história projeta uma interdependência que reflete uma indissociabilidade própria, em que a comunidade, formada pelo conjunto das constituições familiares, tem grande representatividade.

Esse espaço marca o cotidiano dos seus habitantes, os papéis que ocupam, os alimentos advindos do cultivo da lavoura ou utilizados para venda enquanto fonte de subsistência, bem

como os locais de lazer e cultura, que contemplam suas realizações e desafios enfrentados. Essa organização social muda de acordo com as tradições de cada grupo e o espaço ocupado por ele, todavia, entre aqueles que partilham as mesmas idealizações, uma estrutura arraigada do passado é mantida, sobretudo em comunidades quilombolas cuja quantidade de integrantes tenha sido pouco marcada pela evasão dos seus habitantes e, ainda mais, quando se consolidam em associações, visando os direitos que os revestem de garantias (FURTADO; PEDROZA; ALVES, 2014).

Assim, permanecem na sociedade apenas as recordações que os indivíduos podem reconstruir a partir dos seus marcos atuais (HALBWACHS, 2004). Nessa conjuntura, a terra, permeada por um conjunto de simbologias, é compreendida como representação basilar da existência das comunidades quilombolas, haja vista que desde a mais tenra infância, perpassada a idade adulta e até o alcance da velhice, esse espaço vem acompanhado por uma representação social de direitos conquistados, e que, infelizmente, ainda carece de recuperação. Por isso, o território, enquanto quadro social perpassado de um passado presente, é dotado de tamanha relevância para as comunidades remanescentes de quilombos (HALBWACHS, 1990).

Nesse prisma, traçar algumas reflexões torna-se primordial ao pensar a questão do envelhecimento. E o primeiro questionamento que emerge diante do tema é a questão da visibilidade, uma vez que, precipuamente, esse fenômeno já se encontra a certa margem de grande parte das discussões que envolvem as pesquisas no Brasil e no mundo. É certo que atualmente tem-se observado um interesse relacionado à temática, em razão de sua compreensão enquanto condição inerente à vida, entretanto, destaca-se que o envelhecimento ainda carece de estudos mais aprofundados em determinados seguimentos (LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019).

Ademais, a visibilidade passa a comportar arsenal duplamente significativo frente ao seguimento populacional das pessoas idosas quilombolas, isso porque, além do envelhecimento ser tema insuficiente de pesquisa, a população remanescente de quilombos (quilombolas) enfrenta uma invisibilidade sociocultural enraizada. Nessa toada, o grupo objeto de pesquisa do presente estudo, qual seja, pessoas idosas quilombolas, sofrem com uma dupla invisibilidade social (LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019).

No Brasil, segundo dimensionamento da população residente em áreas quilombolas (IBGE, Censo Demográfico 2010 e Base Territorial 2020), tem-se uma população total de 1.133.106 (um milhão cento e trinta e três mil cento e seis) residentes, com aumento de 194.696 (cento e noventa e quatro mil seiscientos e noventa e seis) pessoas quilombolas, segundo dados do último Censo (IBGE C, 2022). Frise-se que ainda não há um estudo pormenorizado a

respeito da estratificação dos perfis etários desses residentes, de modo que a presente pesquisa não pôde apresentar quantitativo em nível nacional referente à faixa etária de pessoas idosas. Esses parâmetros coadunam a invisibilidade da parcela populacional, que é observada também com relação ao crescimento quantitativo de pessoas idosas quilombolas.

Desse modo, o envelhecimento da população quilombola se torna invisível e, de igual modo, suas vivências, as quais enfrentam um paulatino esquecimento social, o que repercute em imensurável perda histórica e cultural para a nação brasileira. Experiências de vida se perdem em meio à desvalorização dos povos tradicionais que compõem a história nacional, e, diante da velhice, as ricas memórias dos povos quilombolas desaparecem. Memórias de um tempo que atravessam mudanças de valores e ressoa, por fim, as queixas de um presente insatisfatório, marcado pelo abandono social e público (LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019).

Entre as necessidades primordiais desse público, está a saúde, que enfrenta desafios relacionados à dificuldade de acesso e à inefetividade do atendimento, por não ocorrer de modo contínuo e adequado. Prevista no rol dos direitos sociais, a saúde é indicada enquanto direito constitucional a todo cidadão brasileiro, conforme elenca o art. 6º e art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Depreende-se assim, que o Estado tem o dever de garantir o direito à saúde a todos, por meio de políticas públicas e mediante atendimento à universalidade e igualdade de tratamento dos seus usuários. No que tange a população quilombola, foram previstas diversas ações e programas voltados para esse público, a exemplo do recente Programa Aquilomba Brasil, instituído em março de 2023 (GOV.BR E, 2023).

Para compreender a trajetória histórica das políticas públicas de apoio destinadas aos povos tradicionais é preciso observar o cenário em que se formaram, para tanto, torna-se imperioso a realização de um levantamento desse contexto, partindo da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988), em âmbito federal, e da Constituição do Estado da Bahia de 1989 (CEB/1989), em âmbito estadual.

O primeiro marco normativo que merece destaque é a própria CRFB/1988, que trouxe previsão legislativa de direitos voltados à valorização e à difusão de manifestações culturais, conforme se observa da redação do *caput* do art. 215 da CRFB. Além da garantia do pleno

exercício de direitos culturais, a Carta Magna reconheceu os quilombos enquanto patrimônio cultural brasileiro (art. 216, CRFB) e no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) regimentou o direito à propriedade coletiva das terras quilombolas (art. 68, ADCT).

Frise-se que a Constituição Federal de 1988 foi o primeiro diploma legal a considerar os povos quilombolas como sujeitos de direitos, por meio do qual foram asseguradas às populações remanescentes seus direitos e garantias fundamentais. Em 1989, por meio da Constituição do Estado da Bahia, a legislação estadual também apresentou, em seu art. 51, indicação do prazo de 1 (um) ano, após a promulgação da Constituinte Estadual, para que o Estado da Bahia procedesse a identificação, discriminação e titulação dos territórios ocupados por populações remanescentes de quilombos (CEB/1989).

Outra ação a ser destacada é a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), promulgada no Brasil em 19 de abril de 2004, constante do Decreto nº 10.088 de 2019, com aplicabilidade dirigida, de acordo com o art. 1º do Decreto:

a) aos povos tribais em países independentes, cujas condições sociais, culturais e econômicas os distingam de outros setores da coletividade nacional, e que estejam regidos, total ou parcialmente, por seus próprios costumes ou tradições ou por legislação especial.

Dispõe o art. 5º do Anexo LXXII do Decreto nº 10.088 de 2019, que:

a) deverão ser reconhecidos e protegidos os valores e práticas sociais, culturais religiosos e espirituais próprios dos povos mencionados e dever-se-á levar na devida consideração a natureza dos problemas que lhes sejam apresentados, tanto coletiva como individualmente;

b) deverá ser respeitada a integridade dos valores, práticas e instituições desses povos;

c) deverão ser adotadas, com a participação e cooperação dos povos interessados, medidas voltadas a aliviar as dificuldades que esses povos experimentam ao enfrentarem novas condições de vida e de trabalho.

A partir desses marcos normativos, uma série de legislações foram criadas com a finalidade de implementação de políticas públicas de apoio às comunidades quilombolas, com políticas organizadas em 4 (quatro) eixos centrais estruturados pelo Programa Brasil Quilombola criado em 2004 e renomeado no presente ano, 2023, como “Programa Aquilomba Brasil” (GOV.BR E, 2023).

O Programa Aquilomba Brasil envolve um conjunto de ações previstas no Decreto nº 11.447/2023, que dispõe sobre os direitos da população quilombola no Brasil. Voltadas para a promoção de melhores condições de vida e acesso facilitado a bens e serviços, as ações previstas

no Programa Aquilomba Brasil visam a garantia dos direitos assegurados ao público quilombola, por meio de uma série de princípios e objetivos elencados no art. 3º e 5º do diploma legal (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA C, 2023).

Assim, órgãos do Governo Federal foram indicados como responsáveis pela execução, de forma integrada, dessas ações. Para tanto, foram previstos quatro eixos de ações, quais sejam, Eixo 1: acesso à terra e ao território; Eixo 2: infraestrutura e qualidade de vida; Eixo 3: inclusão produtiva e desenvolvimento local; e Eixo 4: direitos e cidadania. Nesse sentido, a Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, por meio de várias iniciativas, tem desenvolvido e executado atividades com o intuito de cumprir os objetivos propostos pelo atual Decreto nº 11.447/2023 (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA C, 2023).

Considerando a proposta da presente pesquisa, serão elencados os principais marcos normativos relacionados aos Eixos 2 e 4 do Programa Aquilomba Brasil, com o objetivo de apresentar a trajetória histórica das políticas públicas direcionadas à população quilombola. A contextualização em torno da consolidação dos direitos dos povos tradicionais por meio desse processo de retomada, ainda que rapidamente, mostra-se imprescindível para a compreensão do objeto de estudo, inclusive, frente à necessidade de manutenção do Programa Aquilomba Brasil pelo Decreto nº 11.447/2023 (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA C, 2023).

Ainda em 2003, antes da criação do que seria chamado Programa Brasil Quilombola, entra em vigor a Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional para inclusão obrigatória da temática "História e Cultura Afro-Brasileira" no currículo oficial da Rede de Ensino. Também no ano de 2003, é criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e o Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPIR), por meio da Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003, além da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR) através do Decreto nº 4.886, de 20 de novembro de 2003 (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA D, 2023).

A partir do ano de 2004, com a criação do Programa Brasil Quilombola, são observadas uma série de ações direcionadas aos povos tradicionais, conforme levantamento realizado pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) e Projetos Sociais Ecam (2021), listados abaixo, estão os marcos normativos federais referentes aos Eixos 2 e 4 do atual Programa Aquilomba Brasil:

- Plano Estratégico Nacional de Áreas Protegidas (PNAP), Decreto nº 5.758, de 13 de abril de 2006;
- Diretrizes Nacionais para o Saneamento Básico, Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007;

- Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007;
- Gestão integrada para o desenvolvimento da Agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola, Decreto nº 6.261, de 20 de novembro de 2007;
- Programa Nacional de Habitação Rural (PNHR), Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009;
- Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PLANAPIR), Decreto nº 6.872, de 4 de junho de 2009;
- Insere Quilombolas entre os grupos prioritários para aquisição de produtos da agricultura familiar no PNAE, Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009;
- Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), Resolução/CD/FNDE nº 38, de 16 de julho de 2009;
- Altera o valor per capita para oferta da alimentação escolar do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), Resolução/CD/FNDE nº 67, de 28 de dezembro de 2009;
- Estatuto da Igualdade Racial, Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010;
- Tarifa Social de Energia Elétrica, Lei nº 12.212, de 20 de janeiro de 2010;
- Política de educação do campo e o Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária (PRONERA), Decreto nº 7.352, de 4 de novembro de 2010;
- Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC), Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011;
- Programa de Apoio à Conservação Ambiental e o Programa de Fomento às Atividades Produtivas Rurais, Lei nº 12.512, de 14 de outubro de 2011;
- Programa Nacional de Universalização do Acesso e Uso da Energia Elétrica - “LUZ PARA TODOS”, Decreto nº 7.520, de 8 de julho de 2011;
- Programa Nacional de Universalização do Acesso e Uso da Água - “ÁGUA PARA TODOS”, Decreto nº 7.535 de 26 de julho de 2011;
- Regulamenta a aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica, Decreto nº 7.583, de 13 de outubro de 2011;
- Define Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Escolar Quilombola na Educação Básica, Resolução nº 8, de 20 de novembro de 2012;
- Inclusão da educação para as relações étnico-raciais, do ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana, promoção da igualdade racial e enfrentamento ao racismo

nos programas e ações do Ministério da Educação, Portaria Normativa nº 21, de 28 de agosto de 2013;

- Cria o Programa de Bolsa Permanência conforme previsto na Lei nº 12.801/2013;
- Programa Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e Outras Tecnologias Sociais de Acesso à Água - Programa Cisternas, Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013;
- Plano Nacional de Educação - PNE, Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014;
- Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação inicial em nível superior para e a formação continuada, Resolução nº 2, de 1º de julho de 2015;
- Programa Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e Outras Tecnologias Sociais de Acesso à Água - Programa Cisternas, Decreto nº 9.606, de 10 de dezembro de 2018;
- Consolida convenções e recomendações da OIT, entre elas, a Convenção nº 169, Decreto nº 10.088, de 5 de novembro de 2019;
- Programa Saneamento Brasil Rural, Portaria nº 3.174, de 2 dezembro de 2019;
- Medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública, Lei nº 14.021, de 7 de julho de 2020; e
- Programa Casa Verde e Amarela, Lei nº 14.118, de 12 de janeiro de 2021.

Entre as ações elencadas, destaca-se a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), instituída pelo Decreto nº 6.040/2007, que traz, nos incisos do art. 3º, importantes definições relacionadas as comunidades tradicionais, *in verbis*:

Art. 3º Para os fins deste Decreto e do seu Anexo compreende-se por:

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

II - Territórios Tradicionais: os espaços necessários a reprodução cultural, social e econômica dos povos e comunidades tradicionais, sejam eles utilizados de forma permanente ou temporária, observado, no que diz respeito

aos povos indígenas e quilombolas, respectivamente, o que dispõem os arts. 231 da Constituição e 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e demais regulamentações; e

III - Desenvolvimento Sustentável: o uso equilibrado dos recursos naturais, voltado para a melhoria da qualidade de vida da presente geração, garantindo as mesmas possibilidades para as gerações futuras. (grifo nosso).

A transcrição dos conceitos apresentados faz-se imprescindível à elucidação do tema, tendo em vista que o objeto de estudo comporta elementos e características próprias. Fortemente arraigados à questão territorial, povos e comunidades precisam ser compreendidos em sua relação com a terra de modo expansivo ao aspecto físico, a partir de uma perspectiva simbólica e ancestral. Denota-se de pronto, a relevância da memória de tradição e como ela se constitui em determinados grupos (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Para além, a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais mostra-se bastante perspicaz, e, norteada por uma gama de princípios, apresenta como objetivo principal, previsto no art. 2º, do Anexo da PNPCT:

[...] promover o desenvolvimento sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, com ênfase no reconhecimento, fortalecimento e garantia dos seus direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais, com respeito e valorização à sua identidade, suas formas de organização e suas instituições.

Considerando também o marco temporal do ano de 2004, com a criação do Programa Brasil Quilombola, são listadas, a seguir, as ações em nível estadual - Bahia, dos Eixos 2 e 4 do atual Programa Aquilomba Brasil, segundo dados da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) e Projetos Sociais Ecam (2021):

- Política e o Sistema Estadual de Habitação de Interesse Social, cria o Fundo Estadual de Habitação de Interesse Social, Lei nº 11.041, de 07 de maio de 2008;
- Altera os Decretos nº 7.835, de 08 de agosto de 2000 e nº 7.875, de 28 de novembro de 2000, que constitui e define a competência do Conselho de Alimentação Escolar - CAE, Decreto nº 11.984, de 26 de fevereiro de 2010;
- Dispõe sobre a estrutura do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Lei nº 12.053, de 07 de janeiro de 2011;
- Política de Educação Ambiental do Estado da Bahia, Lei nº 12.056, de 07 de janeiro de 2011;
- Plano Estadual de Juventude, Lei nº 12.361, de 17 de novembro de 2011;

- Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra, Decreto nº 14.720, de 29 de agosto de 2013;
- Política Estadual de Atenção Básica, Decreto nº 14.457, de 03 de maio de 2013;
- Normas complementares para implantação e funcionamento das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Escolar Quilombola na Educação Básica, no Sistema Estadual de Ensino da Bahia, Resolução nº 68, de 30 de julho de 2013;
- Estatuto da Igualdade Racial e de Combate à Intolerância Religiosa do Estado da Bahia, Lei nº 13.182, de 06 de junho de 2014;
- Fórum Estadual Permanente de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta da Bahia, Decreto nº 15.031, de 04 de abril de 2014;
- Dispõe sobre a oferta da Educação do Campo, no Sistema Estadual de Ensino da Bahia, Resolução CEE nº 103, de 28 de setembro de 2015; e
- Aprova o Plano Estadual de Educação da Bahia, Lei nº 13.559, de 11 de maio de 2016.

O Estado da Bahia conta com 24 (vinte e quatro) políticas públicas voltadas às comunidades remanescentes de quilombos e é considerado o Estado com o maior número de ações para o segmento populacional, de acordo com levantamento realizado pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) e Projetos Sociais Ecam (2021). No Eixo 1 foram identificadas 05 (cinco) políticas públicas de acesso à terra; no Eixo 2, 02 (duas) políticas de infraestrutura e qualidade de vida; já no Eixo 3 foram contabilizadas 07 (sete) políticas públicas de inclusão produtiva e desenvolvimento local; por fim, indicadas no Eixo 4, 10 (dez) políticas públicas de direitos e cidadania (CONAQ; ECAM, 2021).

Diante das ações e políticas públicas propostas, observa-se que os entes federativos - União e Estado da Bahia - atuam, de certo modo, com importante representatividade quanto à elaboração de legislações direcionadas ao público quilombola, contudo, tais legislações carecem de efetividade prática, uma vez que sua implementação é marcada por desafios no que tange a aplicabilidade dos serviços propostos. É importante salientar que não foram identificadas ações ou programas direcionados especificadamente a pessoas idosas quilombolas no levantamento realizado pela CONAQ e Projetos Sociais Ecam (2021), o que coaduna a ausência de visibilidade social do referido público (CONAQ; ECAM, 2021).

Em termos de avanços, a Fundação Cultural Palmares (FCP) atua como instituição pública de principal influência para as comunidades quilombolas, com função fundamental nos ditames legais referentes à regularização dos territórios quilombolas do Brasil, além de atuar

no incentivo à preservação da cultura afro-brasileira. Criada em 22 de agosto de 1988, a FCP foi materializada na Constituição Federal de 1988 como “fruto de dois movimentos convergentes de um momento histórico, expressos pelos movimentos negros em suas variadas matizes, e pelo novo ordenamento político e jurídico do país” (CRFB/1988).

Conforme previsão do art. 3º, § 4º, do Decreto nº 4.887/2003, “§ 4º A autodefinição de que trata o § 1º do art. 2º deste Decreto será inscrita no Cadastro Geral junto à Fundação Cultural Palmares, que expedirá certidão respectiva na forma do regulamento”. Desde a previsão legislativa, foram emitidas 3.271 (três mil duzentos e setenta e um) certificações às comunidades quilombolas, segundo dados apresentados pela Fundação (FCP, 2022).

A certificação conferida as comunidades asseguram uma série de direitos e garante acesso dos quilombolas a programas sociais ofertados pelo Governo Federal. A FCP é referência em diversas ações voltadas para o fortalecimento da história afro-brasileira, como exemplifica a aplicação da Lei nº 10.639/2003, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional e institui a inclusão do tema História e Cultura Afro-Brasileira na rede de ensino da educação nacional (GOV.BR A, 2023).

Nesse cenário, algumas confluências perpassam a questão do aumento demográfico do público idoso e a perspectiva de avanço da longevidade que permeia o envelhecimento da população quilombola. A evasão do público jovem das comunidades remanescentes devido à inacessibilidade aos serviços básicos, como educação e mercado de trabalho, são exemplos de algumas dessas motivações. Por fim, restam nas comunidades as pessoas idosas, que, pela forte ligação à terra na constituição de suas histórias de vida, formam o maior contingente de pessoas residentes em comunidades remanescentes (PAIVA; KLAUTAU-GUIMARÃES; OLIVEIRA, 2022).

Contudo, a inacessibilidade aos recursos básicos torna esse permanecer dificultoso e até perigoso, em razão das condições de vida extremamente precárias. Destarte, a assistência à comunidade e a esse público em específico é insuficiente, tendo em vista que os mais jovens contam com a possibilidade e capacidade física não afetada pelos danos decorrentes da idade, o que facilita o deslocamento a cidades próximas para a devida assistência. Todavia, para o público idoso, essa alternativa se torna extremamente inviável. Nesse prisma, a ausência de estudos relacionados à quantificação e estratificação de perfis etários corrobora o abandono velado que acarreta em mortes precoces à população idosa quilombola (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2022).

Assim, a qualidade de vida, tão fortemente pregada na sociedade atual, a qual busca por uma eterna juventude e remonta a estilos de vida marcados por um envelhecimento ativo, se

torna ainda mais utópica e inalcançável, refletindo em imagens da velhice cada vez mais fragilizadas. Nessa conjuntura, avanços outrora pensados terem sido alcançados, dão lugar a perdas inestimáveis de tradições e culturas, as quais se perdem em terras secas. Denota-se, portanto, a intrínseca necessidade de tornar visível não apenas o invisível, mas a própria invisibilidade (MOSCOVICI, 2003).

De início, uma atuação voltada para a reparação de danos se faz imprescindível, ainda que em doses paulatinas de cuidados que visam amenizar os efeitos daqueles já acometidos pelas consequências do abandono. Esse “enxugar gelo” se torna, então, um processo complexo e desafiador, porque muitas dessas pessoas idosas já se encontram arraigadas em corpos que não concebem mais uma mudança real, todavia, deve-se pensar para além, em perspectivas a médio e longo prazo, visando a manutenção de suas capacidades atuais (SARDINHA *et al.*, 2019).

Conforme as medidas de cuidado se consolidam, medidas preventivas tomam lugar na reparação de danos, assim, ações voltadas para a efetividade do cuidado e que busquem a prevenção da redução da incapacidade funcional, de agravos e doenças, tornam-se tão relevantes quanto o cuidado curativo. Denota-se assim, que o envelhecer carece de respeito e cuidados efetivos, não apenas na fase da velhice, pois o fenômeno do envelhecimento se dá a partir do momento em que o indivíduo é concebido no seio social. Portanto, são as escolhas que influenciarão de forma determinante esse processo, e muitas dessas escolhas são permeadas pelo desconhecimento ou por um conhecimento simplório e pela contraditória realidade de um mundo repleto de informações, mas carente do rastreamento e lapidação destas (SARDINHA *et al.*, 2019).

Muitos são os fatores advindos desses processos, e não cabe ao presente estudo se ater a eles, entretanto, é importante refletir acerca do papel social configurado nas engrenagens do saber. Inclusive, se essas não carecem de manutenção ou substituição, afinal, a principal ferramenta para as mudanças sociais se dá através da conscientização e da educação/reeducação. Assim, diante da emergência de realidades contra hegemônicas, é preciso cuidado ao pensar o público idoso quilombola, o qual apresenta peculiaridades relacionadas ao seu processo de envelhecimento, tendo em vista que os povos tradicionais comportam trajetórias de vida marcadas por árduos trabalhos braçais que se desdobram em consequências perversas no processo do envelhecer (SANTOS *et al.*, 2016).

Dessa feita, torna-se imprescindível repensar as lógicas do envelhecimento diante do contexto experienciado por esse público, pautando o fenômeno em direção à valorização da vida e buscando dar visibilidade a essa população de forma permanente, por meio da igualdade de

tratamento. Por isso, há a necessidade de reestruturação das políticas públicas existentes e elaboração de outras que busquem, de fato, atender à velhice em seus segmentos diversos, sem padronizações excludentes e homogeneizantes.

Para tanto, uma mudança social mostra-se fundamental na proposição de valores e experiências de vida marcadas pela singularidade. Nessa toada, observar as práticas existentes é o primeiro passo para conhecer as demandas do grupo e, a partir disso, traçar mudanças e adaptações mais ajustadas a reais necessidades das pessoas idosas, em consonância à cultura social dos povos tradicionais. Isso é promover igualdade e trazer à luz a universalidade que os serviços públicos se propõem a alcançar (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

Partindo do arcabouço legislativo e com enfoque na premissa da igualdade, questiona-se o alcance do idealizado princípio diante da norma posta em direcionamento, seja ao legislador ou ao aplicador da lei. O primeiro, visto como destinatário em relação à cláusula constitucional, pois será por meio desse que ocorrerá todo o processo de preceituação legislativa, em que aponta Mello (1993) para a determinação de que, diante da discricionariedade de critérios cogentes à elaboração dos textos legais, o princípio da igualdade está posto em condição primária e elementar à limitação da política legislativa, denotando, dessa feita, a relevância e alcance da isonomia no processo de construção normativa.

Ainda com destaque para a legislação, posta em função da positivação do princípio, ressalva Mello (1993), para o entendimento unânime sobre o assunto, em afirmativa de que o alcance ao princípio da igualdade deve ser pensado para além de uma nivelação dos cidadãos à norma legal, posto que a própria elaboração das leis precisa ser realizada/editada em atendimento à isonomia. Retomando assim, a colocação de Mello no que se refere à discricionariedade legislativa em sentido conjunto à arbitrariedade.

Portanto, a questão não é de fundamento tão somente referenciado à colocação da igualdade frente à lei, mas também, em outra perspectiva, em sentido de questionar-se acerca da “força” dessa lei no arcabouço do processo de pleiteio à justiça, num constante e continuado questionamento sobre o direito e a justiça, sobre os fundamentos, possibilidades ou mesmo a necessidade de reflexão e revisitação que o sujeito, de acordo com o seu posicionamento frente ao mundo e de suas experiências, se percebe atuante, seja de maneira direta, ou indiretamente (DERRIDA, 2007).

Para além, infere-se que o que realmente deve ser levado em conta é que esta percepção, por vezes, encontra-se condicionada à ideia de impossibilidade, a uma visão de negatividade daquilo que é caracterizado e está posto em condição isonômica, igualitária ou justa. Sobre isso, dispõe Derrida (2007), em certa inquietude, um comparativo a respeito da experiência em

concomitância à justiça. Para o autor, a experiência indica a ideia de passagem, e a *aporía* seria como um não-caminho. Desse modo, não se sustentaria uma experiência plena da *aporía*, ou seja, daquilo que não dá passagem. Nesse sentido, a justiça estaria posta em sentido inalcançável, na condição do que não se pode sequer experimentar (DERRIDA, 2007).

Evidencia-se que, em certo sentido, a igualdade em relação à lei atua de fato como um ponto de partida para a concepção de igualdade enquanto busca daquilo que não se possui, apresentando-se em uma perspectiva talvez intangível. Conforme aponta o teórico, o direito está posto como elemento de cálculo, entre o que é considerado justo e injusto, portanto, é necessário que exista um direito, todavia, a justiça, propriamente pensada, seria inalcançável, visto que exige o que é incalculável. Destarte, depreende-se que o direito não pode ser considerado como a justiça (DERRIDA, 2007).

Nesse diapasão, afirma Ferraz Junior (2008) que a justiça estaria posta como uma espécie de código com ordenamento superior que, em conformidade com a concepção de razão, compreendida como valor de sentido que incorpora em si a própria dignidade da pessoa humana, atua na promoção de sentido às regras sociais de convivência, em alusão à ideia de justiça em um aspecto formal, ou seja, em sentido de proporcionalidade, conferindo a esta, uma espécie de “racionalidade” com intuito moral. Ademais, com crivo à justiça, é possível observar ainda a correlação existente entre busca e alcance, já que a busca atua como pressuposto à finalidade de alcance em plenitude, além de ter em vista a decisão entre aquilo que é considerado justo ou injusto, e que de fato não possui garantia, na concepção uníssona e singular compreendida pela relação de disparidade entre força, justeza e justiça.

Logo, é preciso arrazoar a concepção de passagem de tempo perante o envelhecer, considerando como a ocorrência desse processo irá refletir na vida e no cotidiano das pessoas. Somente assim, poder-se-á falar em um envelhecimento com efetiva cidadania e qualidade. Para tanto, faz-se necessário respeito, valorização e assistência, pilares fundamentais para a construção de uma concreta condição de dignidade.

Para além, é imprescindível reconhecer esse ciclo vital em suas perdas e ganhos, levando em conta não apenas os positivos, aqueles adquiridos em termos de desenvolvimento social, como também os demasiados desafios face às emergentes demandas e a ausência de provimento em serviços e em programas alternativos de apoio à população idosa. Afinal, o que se têm buscado é justamente uma desnaturalização e combate à vívida opressão existente na velhice, construída a partir dos diversos contextos sócio/culturais em que esteve presente a sociedade.

Nesses entremeios, observa-se que a longevidade da população tem sido tratada com certa estigmatização, seja em razão da finitude, do envelhecimento físico/psíquico, mas

sobretudo, de uma visão preconceituosa e excludente. Pensar na velhice e no envelhecimento humano significa traçar uma reflexão sobre o significado da vida à luz de uma percepção diante de si e em essência, frente ao ser que vive/envelhece (NOGUEIRA; BORIS, 2019).

É visto que o envelhecimento traz consigo uma amplitude legislativa no que se refere a diversos direitos, visando, justamente, efetivar o princípio da igualdade ao referido público. Entre as dicotomias do envelhecimento, observa-se uma alternância fortemente marcada na contemporaneidade pela evidente diferenciação já regulamentada em lei a respeito do público idoso, mas inefetiva em termos práticos (SOUZA; SILVA; SOUZA, 2022).

A exemplo disso, evidencia-se grande atenção ao direito à saúde, indispensável a população idosa, seja na prevenção, promoção, proteção ou recuperação desta, a qual deve ser fornecida por ações e serviços de modo universal e igualitário, através do Sistema Único de Saúde (SUS) frente às instituições em que se encontre cadastrado o paciente idoso (MUSSI *et al.*, 2023).

Ainda sobre a saúde, é de suma importância levar em consideração o apoio estatal, especialmente das entidades de assistência social em âmbito municipal, que atuam de modo fundamental na aplicabilidade das políticas públicas anteriormente mencionadas. Diversas são as contribuições adquiridas e perpassadas por meio de obras de infraestrutura e construção de equipamentos sociais, bem como dos serviços ofertados em âmbito municipal, estadual e federal, notadamente em saúde, educação e assistência social para o atendimento às necessidades da população quilombola.

Esses serviços auxiliam não apenas na manutenção dos cuidados básicos da pessoa idosa, mas também na integração, preservação da memória e valorização da identidade cultural do indivíduo. Frise-se que muitos desses fatores estão correlacionados a aspectos demográficos que merecem estudos mais aprofundados, uma vez que o fomento de iniciativas específicas carece do conhecimento das reais necessidades dos povos tradicionais residentes em comunidades quilombolas (PINTO *et al.*, 2022).

Partindo do reconhecimento à intrínseca condição do envelhecimento, compreendido como direito personalíssimo, constata-se que sua proteção representa mais que o atendimento a uma garantia, posto que, representa um direito social. Nesse prisma, evidencia-se que a aplicação do princípio da igualdade atua como um pressuposto para a efetivação e reafirmação da igualdade em sentido real e proporcional (TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016).

Destarte, advoga Santos (2003) para o direito à igualdade quando a diferença inferioriza, e de igual modo, para o direito à diferença quando a igualdade é quem descaracteriza. Portanto, a igualdade almejada permitiria, perante sua aplicação, tratamento desigual aos desiguais, para

que, supridas suas diferenças, torne-se possível alcançar a realidade social, que denota em suas dificuldades a busca pelo respeito, valorização e integração. Dessa feita, busca-se igualdade para o reconhecimento das diferenças e busca-se diferença, para que não se perpetuem desigualdades (SANTOS, 2003).

3 ACESSO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA QUILOMBOLA

No Brasil, o acesso à saúde tem como porta de entrada a atenção primária. De modo que a distribuição e localização dos serviços de saúde são arquitetados com base na política de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema é composto por um conjunto de diretrizes que regulamentam a prestação do serviço e tem como margem de discricionariedade a territorialização (GOV.BR G, 2023).

Nesse prisma, a questão territorial é pensada em duas perspectivas, em termos de uma divisão geográfica referente ao local da realização do atendimento e na cobertura de todo o território nacional, a fim de que a população não esteja desamparada do acesso à saúde (GOV.BR G, 2023). Assim, o Estado deve, por meio da atenção primária à saúde, garantir atendimento a toda população, sobretudo, àquelas que demandam suporte específico.

É importante compreender que o grau de facilidade ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde reflete na organização da prestação dos serviços fornecidos pelo SUS, que são iniciados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). De modo que o grau de acesso ao serviço também conjectura a atuação do sistema de saúde frente à redução de obstáculos para a obtenção de serviços pela população (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Portanto, esse grau de facilidade ou dificuldade é mais amplo do que a simples disponibilização de recursos e profissionais em determinado local e/ou momento (FEKETE, 1997; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Entretanto, a delimitação espacial, quando aplicada às comunidades quilombolas rurais, pode contribuir para a exclusão em saúde caso o critério da territorialização seja “concebido como espaço físico geopolítico, formal e rigidamente definido”, apontam Tetemann, Trugilho e Sogame (2016, p. 365). Para as autoras, a rigidez na conceituação gera conflito entre os princípios da universalidade e territorialização do SUS.

Para além, a fragmentação dos serviços de saúde denota vasta precariedade no que tange à continuidade na oferta do serviço, bem como a alta demanda, que causa uma longa fila de espera e insatisfação dos usuários que dependem do SUS. Nesse sentido, as UBS foram articuladas como forma de expansão do acesso e garantia da equidade prevista na Carta Magna de 1988, conforme prevê o art. 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e

recuperação.”, contudo, uma cobertura equânime tem se mostrado um grande desafio (CRFB/1988).

No que tange ao público idoso, principalmente os remanescentes residentes em territórios tradicionais, cuja costumeira localização das comunidades está situada em zonas rurais (PORTAL DE DADOS DA CULTURA, 2023), a territorialização tem forte impacto na utilização dos serviços fornecidos pelo SUS. Posto que, a ausência de atendimentos *in locu* dificulta o acesso às demandas de atenção em saúde, tendo em vista que problemas de locomoção costumam ter incidência maior durante esse período vital.

Outro fator influente é a renda, já que se tratam de populações vulneráveis, o que repercute diretamente na tomada de decisão a respeito da procura pelo serviço de saúde que, mesmo gratuito, dispense gasto de locomoção em razão da ausência de transporte gratuito para essas localidades. E, quando não há o fornecimento pelo SUS, também é necessário o custeio dos medicamentos indicados ao tratamento. Infere-se, portanto, que o grau de escolaridade e divulgação dos serviços disponibilizados nas UBS são imprescindíveis à busca por cuidados preventivos, curativos e paliativos (VIEIRA; MONTEIRO, 2013).

Em contrapartida, observa-se um público com baixo grau de escolaridade e pior estado de saúde em razão dos hábitos de vida. Nesse quesito, faz-se imprescindível trazer à baila a influência acarretada pela ausência de informação, que dificulta o acesso precoce dos usuários ao sistema de saúde. Outro entrave está na continuidade do cuidado, visto que, em muitos dos casos, apesar do sucesso na conscientização da prevenção, a constância apresenta-se como o maior desafio a ser enfrentado (PEREIRA; MUSSI; ROCHA, 2020).

Assim, a utilização dos serviços passa a ser cada vez menor nas populações residentes em zonas rurais e, dessa forma, doenças e agravos acabam sendo tardiamente diagnosticados, resultando em baixas taxas de tratamento curativo, que se desdobram em mortes precoces e por causas evitáveis, além de apresentarem os piores indicadores de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2009; ARAÚJO *et al.*, 2010). Ademais, sabe-se que, de modo geral, os indivíduos negros adoecem mais e morrem mais cedo do que a população branca (BATISTA *et al.*, 2005). No mesmo sentido, aqueles que precisam de tratamento contínuo são afetados em termos econômicos, já que o atendimento *in locu* é uma realidade ainda distante.

Para além, frise-se que a pandemia do Coronavírus teve como consequência a potencialização de hábitos prejudiciais à saúde e à vida. Nesse prisma, intersecções calcadas na experiência podem trazer à luz concepções relevantes ao fortalecimento de capacidades individuais e coletivas, e, assim, tornar possível lidar com a multiplicidade emergente dos

condicionantes da saúde (CZERESNIA, 2003). Consoante a essa perspectiva, faz-se necessário pensar as repercussões sociais e de saúde do envelhecimento.

Frente ao contexto pandêmico, o Instituto Votorantim (2022) apresentou estudo referente ao Índice de Vulnerabilidade Municipal (IVM) diante dos impactos da Covid-19. Para a coleta de dados, foram utilizados os pilares temáticos: população vulnerável 54,23% (cinquenta e quatro vírgula vinte e três por cento); economia local 74,83% (setenta e quatro vírgula oitenta e três por cento); estrutura do sistema de saúde 64,66% (sessenta e quatro vírgula sessenta e seis por cento); organização do sistema de saúde 47,91% (quarenta e sete vírgula noventa e um por cento); capacidade fiscal administração municipal 70,25% (setenta vírgula vinte e cinco por cento); e capacidade municipal de resposta à crise da COVID-19 33,09% (trinta e três vírgula nove por cento), percentuais auferidos para o município de Poções - BA.

Entre a população vulnerável apresentada no estudo, encontra-se presente a população idosa, a qual corresponde ao percentual de 13,63% (treze vírgula sessenta e três por cento) em nível nacional, constante enquanto indicador estruturante do IVM. No município de Poções - BA, observa-se, segundo dados atualizados até 16/08/2023, um IVM de 55,96% (cinquenta e cinco vírgula noventa e seis por cento) e proporção de população idosa em 15,86% (quinze vírgula oitenta e seis por cento), denotando o elevado grau de exposição e sensibilidade da referida parcela populacional no que tange à pandemia (IVM, 2023).

É notório que o público idoso está inserido entre aqueles que compreendem os grupos de risco da pandemia do Coronavírus, e, em certos casos, essa parcela populacional conta com alguns agravantes. Quando o indivíduo idoso é portador de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, asma, etc., sua vulnerabilidade a complicações oriundas da Covid-19 torna-se significativa. Nesse contexto, o enquadramento da parcela populacional aos grupos considerados de risco é justificável.

Em um cenário perpassado por iniquidades, o processo de busca e obtenção do cuidado atravessa uma série de fatores, sobretudo, no tange à população idosa quilombola, que conta com o entrave da territorialização. Nesse seguimento, infere-se que o princípio da universalização do SUS traz como parâmetro a cobertura geográfica de todo o território nacional, com atendimento inicial na UBS; ocorre que essa cobertura completa acaba representando um desafio à realidade brasileira (FARIA, 2020).

A existência do posto satélite responsável pela área de atendimento poderia ser considerada uma solução para contemplar a área de cobertura da comunidade remanescente. Todavia, além da cobertura territorial de parte da população residente na zona urbana, a UBS torna-se responsável pela população rural residente na comunidade remanescente de quilombo,

o que sobrecarrega a prestação do serviço. Quando há a necessidade de visitas domiciliares, a questão torna-se ainda mais evidente, visto que a equipe de saúde se torna insuficiente para o quantitativo populacional, especialmente de pessoas idosas quilombolas.

Para auferir essa realidade é preciso contextualizar o cenário sociopolítico em que se encontra o país, posto que o SUS atravessa, atualmente, uma das crises mais graves da história desde a sua criação. Conforme apontam Chioro e Costa (2023, p. 6) “a deterioração do MS, que foi militarizado e promoveu o desmonte de políticas e programas do SUS, expressa retrocessos institucionais, orçamentários e normativos” acentuados nos últimos governos 2016-2018 e 2018-2022, marcados pela crise sanitária oriunda da Covid-19.

Em um contexto de pautas pendentes, cuja realidade é atravessada pelo acúmulo de problemas no âmbito da saúde, o atual governo, 2023-2027, enfrentará desafios relativos à consolidação do direito universal à saúde, em prol do reestabelecimento do SUS e da democracia. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS),

[...] terá sob sua responsabilidade formular e implementar respostas e, ao mesmo tempo, avançar nas iniciativas para a consolidação do direito à saúde e do SUS. Acabar com as filas, dar resposta ao represamento das demandas, ampliar as coberturas vacinais, entre outras prioridades, constituem urgências. Simultaneamente, precisará dedicar-se à busca da estabilidade e adequação do financiamento, ao aperfeiçoamento do modelo de gestão do sistema, além de apoiar a regionalização, a criação de consórcios e a implementação das RAS. **Outra imperiosa tarefa será a de atuar na implementação de políticas paralisadas, como as de promoção da equidade para negros, indígenas, mulheres e outros grupos vulnerabilizados e em condição de intolerável desigualdade.** (CHIORO; COSTA, 2023, p. 8, grifos nossos).

Nessa conjuntura, a exclusão em saúde ocorre também em função do princípio norteador do SUS que, ao prezar por uma universalidade igualitária, resulta na inefetividade da prestação do serviço, visto que a falta de acesso ao grupo populacional relaciona-se diretamente com a estrutura e organização do próprio sistema de saúde da UBS. Assim, a territorialização, que deveria ser utilizada como critério de adaptação à realidade e necessidades da população, torna-se ineficaz na prestação e cobertura do serviço.

É preciso, pois, conhecer o território em termos geográficos para organizar os serviços ofertados, e não apenas contemplar a área de maneira discricionária. Portanto, um estudo prévio do território em que será ofertado o serviço faz-se imprescindível em termos de acessibilidade, tendo em vista que haverá a necessidade de deslocamento rural-urbano. Além disso, é necessária previsão orçamental para a oferta de transporte público a populações vulneráveis e, quando constatada a impossibilidade de locomoção do usuário, de atendimento em domicílio.

Todavia, as atuações existentes nas áreas humanas e sociais estão muito abaixo, em quantidade e em eficácia, das existentes nas demais áreas de acolhimento do período vital que não sejam o do idoso, e o mesmo é observado no que tange à população quilombola. Com a previsão legislativa do Estatuto da Pessoa Idosa, o marco cronológico que configura o indivíduo enquanto idoso foi determinado, e a legislação aponta que, (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA I, 2003).

Art. 2º A pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Para além, quando se fala em pessoas idosas, a questão da mobilidade se apresenta como um grande desafio, visto que, com o decorrer da passagem dos anos, o sedentarismo tende a se tornar cada vez mais presente no dia a dia desse público. Ademais, a necessidade do uso de medicações para tratar comorbidades que acometem a faixa etária é comumente evidenciada e se desmembra em polifarmácias medicamentosas, além de hábitos precários relacionados a atividades de vida diária, que repercutem diretamente na qualidade de vida da parcela populacional (BEZZERA *et al.*, 2014).

Nesse sentido, a conscientização precoce é sempre o melhor caminho, contudo, nos casos em que esse cenário já está instalado, a proposição de ajustes pode ser uma boa alternativa, tendo em vista a necessidade de trabalhar a atenuação de agravos em saúde. Consoante a isso, a questão da saúde perpassa uma série de aspectos, e se tratando de acesso à saúde da população idosa quilombola, torna-se elementar compreender que esses grupos atravessam todo um período histórico marcado por lutas pela garantia de direitos inerentes que carecem de igualdade de tratamento e efetividade prática (JORGE, 2015).

Diante disso, foi criada por meio da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), compromisso firmado pelo Ministério da Saúde no combate às desigualdades no SUS, a qual prevê uma série de ações voltadas à saúde da população negra. Desse modo, a partir da publicação da PNSIPN, o Ministério da Saúde reconheceu e assumiu a necessidade de promoção da saúde e enfrentamento do racismo no âmbito do SUS, visando superar entraves que incidem nos baixos índices de saúde dessas populações, que conta com precocidade de óbitos, altas taxas de

mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como altos índices de violência (BRASIL B, 2017).

No caso da saúde, compreendida enquanto “direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Lei nº 8.080, 1990, art. 2º), a desigualdade de raça torna-se uma estruturante da desigualdade social presente no Brasil em vários campos da vida social, cujas consequências são evidenciadas em práticas que refletem situações de desvantagem a pessoas pertencentes a grupos raciais ou étnicos quanto ao acesso a benefícios ofertados pela ação de instituições e organizações (BRASIL B, 2017).

Essas iniquidades comprometem a saúde da população negra e afetam o acesso aos serviços públicos de saúde que, em tese, são regidos pelos princípios da universalização, integralidade e equidade. Nesse diapasão, a saúde, considerada como direito de cidadania, deve ser garantida a todos, o que implica dizer que o atendimento à universalidade independe de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Para além, a integralidade sopesa o atendimento das necessidades da população em sua totalidade, razão pela qual a integração de ações torna-se fundamental na promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Para além, a equidade visa a redução de desigualdades, posto que o direito de acesso aos serviços é de todos, contudo, existem diferenças entre seus usuários, inclusive em nível das particularidades de suas necessidades, o que gera a indigência de maiores investimentos nos seguimentos em que há um índice maior de carência (GOV.BR G, 2023).

Dispõe a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no capítulo II, dos princípios e diretrizes sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, conforme previsão do art. 7º e incisos:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Alguns princípios organizativos do SUS também merecem destaque, tendo em vista que é por meio desses que o sistema de saúde brasileiro é regido, quais sejam, regionalização e

hierarquização; descentralização e comando único; e participação popular. No que se refere aos princípios da regionalização e hierarquização, depreende-se que a organização dos serviços deve ser realizada de forma crescente em níveis de complexidade, os quais precisam ser circunscritos a partir de um planejamento que se atenha a uma área geográfica específica por meio de critérios de caráter epidemiológico e com definição e conhecimento prévio da população que será atendida. Dessa feita, a regionalização atua como a articulação de um processo que ocorre entre serviços que já existem, com vistas à unificação de comando. Nessa perspectiva, a hierarquização está direcionada à divisão de níveis de atenção, bem como à garantia de formas de acesso aos serviços que integrem complexidade dentro dos limites dos recursos que estão disponíveis em determinada região (GOV.BR G, 2023).

Sobre os princípios da descentralização e comando único, compreende-se que a descentralização ocorre a partir da redistribuição de responsabilidade e poder entre as esferas do governo. No caso da saúde, essa descentralização visa a prestação de serviços com qualidade maior, além de garantir o controle e fiscalização destes de forma facilitada aos cidadãos. No seguimento do Sistema Único de Saúde, deve haver uma descentralização até os municípios, com a garantia de condições técnicas, gerenciais, administrativas e financeiras para tanto, de modo que cada nível do governo possa atuar de forma soberana e autônoma em suas atividades e tomada de decisões (GOV.BR G, 2023).

Por fim, sobre o princípio organizativo da participação popular, preceitua-se que a sociedade deve aumentar sua participação cotidiana no sistema. Nesse prisma, tornar essa realidade possível ainda representa um desafio, portanto, para fomentar a participação cidadã ativa, indica-se a criação de Conselhos e Conferências de Saúde com a finalidade de formular estratégias, controle e a avaliação da execução de políticas de saúde (GOV.BR G, 2023).

Para além, destacam-se importantes avanços direcionados ao seguimento populacional quilombola: a) Plano Juventude Viva: visando a redução da vulnerabilidade de jovens negros a situações de violência física e simbólica; b) Portaria nº 1.391/2005, que institui diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias; c) Incorporação do transplante de medula para tratamento da doença falciforme no âmbito do SUS; d) Curso de ensino a distância sobre saúde da população negra; e) Comitê Técnico de Saúde da População Negra: espaço consultivo de participação e controle social, com representantes da gestão, pesquisadores e movimentos negros; f) Portaria nº 344/2017, que padroniza e torna obrigatória a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor do paciente em todos os sistemas de informação do SUS, conforme a classificação do IBGE, nas categorias: branca, preta, amarela, parda e indígena; g) Publicação do III Plano Operativo da

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que estabelece ações de implementação da referida política para as gestões federal, estadual e municipal do SUS; h) Publicação da Portaria nº 142/2017, que institui o Grupo de Trabalho de Políticas Públicas da Igualdade Racial e dá outras providências (GOV.BR C, 2022).

Nesse cenário, o Estatuto da Pessoa Idosa elenca direitos e estabelece os responsáveis por garanti-los, indicando como obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público, “[...] a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”, nos termos do art. 3º da Lei nº 10.741/2003. Há ainda a previsão legislativa da Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pela Lei nº 8.842/1994, que objetiva assegurar os direitos sociais do referido grupo e cria o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI) (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA I, 2003).

No Direito, o decorrer da subjetivação é visto de maneira niveladora, o que pode ser evidenciado claramente no Texto Constitucional ao estabelecer e tratar, a exemplo do artigo 5º, *caput*, no Título dos Direitos e Garantias Fundamentais, sobre a igualdade de todos perante a lei, sem quaisquer distinções de natureza, apresentando ainda, garantias tais como: inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, em seus termos, com direcionamento aos brasileiros e estrangeiros residentes no Estado brasileiro (CRFB/1988).

As disposições legais buscam preencher lacunas a partir de um arcabouço jurídico garantista, como evidencia-se pelo artigo 230 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988) ao prever que “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Em conformidade com o referido artigo, o Estatuto da Pessoa Idosa representa e salienta a importância dos direitos do referido público.

Assim os direitos fundamentais previstos garantiriam, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária das pessoas idosas. Dessa feita, o artigo 3º do Estatuto da Pessoa Idosa, além de estabelecer direitos, também identifica os responsáveis que estão obrigados a dar-lhes efetividade (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA I, 2003).

Ocorre que a exclusão em saúde, devido à inacessibilidade dos serviços a determinados grupos de indivíduos, está diretamente relacionada à ausência de organização dos bens e recursos ofertados para a população. Nesse ponto, a equidade em saúde mostra-se uma realidade

cada vez mais distante das pessoas idosas residentes em comunidades remanescentes de quilombos, o que impõe a necessidade de se pensar dinâmicas sociais que contemplem a universalidade proposta pelo SUS (KALCKMANN *et al.*, 2007).

A saúde das pessoas idosas quilombolas tem sido a cada dia, mais negligenciada, apesar da implementação de diversos programas sociais que visam garantir direitos. Esse descaso em torno da saúde é consequência, entre outras razões, da carência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas comunidades quilombolas, porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (FELIPE *et al.*, 2016).

Nesse cenário, encontra-se o cerne da discussão em torno do direito à saúde as populações quilombolas, que se dá no ano de 2004, quando é instituída a Portaria nº 1.434 que, “considerando que a baixa cobertura da estratégia Saúde da Família em alguns desses municípios está relacionada a essas desigualdades, o que influencia diretamente o acesso da população aos serviços de saúde”, traz em seu texto um aumento na previsão orçamentária dos municípios que tenham comunidades remanescentes residentes em seus territórios, conforme previsão do art. 4º,

Art. 4º Aumentar em 50% o valor atual dos Incentivos Saúde da Família e Saúde Bucal nos municípios com população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos e que não estejam incluídos no estabelecido nas alíneas I e II do artigo 3º, conforme o Anexo III desta Portaria.

Esse aumento percentual se justifica em razão de diversos fatores, um deles é a predominância de doenças genéticas ou hereditárias comuns na população negra, alguns desses exemplos são a anemia falciforme, diabetes mellitus (tipo II), hipertensão arterial e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. Com relação à anemia falciforme, advinda de uma mutação genética ocorrida no continente africano, dados indicam que a doença chegou no Brasil por meio do tráfico de africanos escravizados. Frise-se que a doença é causada por um gene recessivo, o qual é encontrado em frequências de 6% (seis por cento) a 10% (dez por cento) na população negra, enquanto na população brasileira, em geral, em percentuais entre 2% (dois por cento) a 6% (seis por cento) (BRASIL B, 2017).

Sobre a diabetes mellitus (tipo II), desenvolvida já na idade adulta, é considerada como a quarta causa de morte no Brasil, e a principal causa de cegueira adquirida no país (BRASIL B, 2017). A doença costuma atingir homens negros com incidência em 9% (nove por cento) a mais do que homens brancos. No caso das mulheres, esse percentual é ainda maior, com índice

de 50% (cinquenta por cento) a mais do que quando comparado a mulheres brancas, conforme apontam dados do Ministério da Saúde (BRASIL B, 2017).

Já a hipertensão arterial é considerada causa direta ou indireta de 12% (doze por cento) a 14% (catorze por cento) de todos os óbitos no Brasil, além de atingir entre 10% (dez por cento) a 20% (vinte por cento) da população adulta do país. De modo geral, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL B, 2017), a doença é mais frequente entre pessoas do sexo masculino e possui tendência a complicações em pessoas negras, no último caso, de ambos os sexos.

No caso da deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, estima-se que afete quantitativo superior a 200 (duzentos) milhões de pessoas em todo o mundo. A doença apresenta uma frequência considerada alta em pessoas negras americanas, com percentual em 13% (treze por cento), já com relação a populações do Mediterrâneo, a exemplo de países como a Itália e no Oriente Médio, em torno de 5% (cinco por cento) até 40% (quarenta por cento) da população. A ausência dessa enzima resulta em desnutrição dos glóbulos vermelhos, o que leva à anemia hemolítica, mais frequente em pessoas do sexo masculino (BRASIL B, 2017).

Diante de uma conjuntura da realidade marcada pela invisibilidade e exclusão social associada a condicionantes de vulnerabilidade acentuados e persistentes frente à inacessibilidade do acesso à saúde, com atendimento fragmentado e centrado na cura e medicalização, o combate a iniquidades no acesso à saúde da população idosa residente em comunidades remanescentes de quilombos representa um grande desafio. No entanto, oferecer saúde integral, em consonância com a previsão de universalidade proposta pelo princípio norteador do SUS, faz-se imperativo, especialmente aos povos tradicionais, visto que o respeito e a valorização das crenças e tradições desses grupos devem ser considerados no atendimento em saúde (FREITAS, 2011).

Cabe salientar que a utilização de práticas alternativas, como o uso de plantas consideradas medicinais, é um traço forte da cultura dessas populações e precisa ser pensado para além das técnicas médicas padronizadas da medicina ocidental, uma vez que o modo como as pessoas produzem práticas de saúde está associado à sua forma de vida, bem como às relações construídas entre os indivíduos e o ambiente que os cerca (FREITAS *et al.*, 2011). Isto posto,

Compreender a relação entre os saberes populares e as práticas de saúde abre possibilidade de potencializar ações de cuidado nas comunidades que associem os usos das ervas, chás e práticas religiosas aos conhecimentos técnico-científicos presentes nos serviços de saúde, fortalecendo a participação popular das comunidades em seus processos de cuidado. (FERNANDES; SANTOS, 2016, p. 140).

Ademais, o reconhecimento do vínculo existente entre os quilombolas e o território que habitam, tido como fonte de subsistência e manutenção de relações sociais, culturais e simbólicas, é de suma importância (JORGE, 2015). Para pensar a situação de saúde da população quilombola é preciso considerar que o grau de exposição dessa população às iniquidades em saúde em conjunto com a dificuldade de acesso aos serviços coaduna a necessidade de investigações conduzidas no sentido de se buscar as especificidades dos diferentes quilombos existentes no Brasil. Para além, políticas públicas devem, e têm sido propostas no país com o intuito de articular ações intersetoriais e reduzir a vulnerabilidade social em comunidades remanescentes de quilombos (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

No entanto, a efetividade dessas ações carece de estudos demográficos e epidemiológicos com abordagens qualitativas e quantitativas que as subsidiem. Dessa forma, é importante a compreensão dos processos de saúde-doença que envolvem essa população, a fim de obter subsídios para a formação e afirmação de políticas públicas direcionadas ao atendimento das demandas específicas desse público, visando a legitimação dos seus direitos (MUSSI *et al.*, 2023).

Ademais, a universalidade do SUS, que seria o pleno acesso aos serviços públicos de saúde com qualidade na prestação, ainda não se efetivou na prática para toda a população brasileira. Contextualizando o tema, vislumbra-se que no Brasil a implantação do SUS aumentou amplamente o acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população. Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1981, antes da criação do SUS, apenas 8% (oito por cento) da população afirmava ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias. Já em 2008, o uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias foi de 14,2% (catorze virgula dois por cento), o que representa um aumento de 174% (cento e setenta e quatro por cento) (ARRUTI, 2009).

É fato que o SUS tem avançado no cumprimento dos seus princípios e na produção de serviços, mas ainda são observadas desigualdades geográficas e sociais no acesso, utilização e qualidade na prestação (MELO, 2015; SILVA, 2007), sobretudo, quando as análises são estratificadas segundo os quesitos de raça/cor e etnia. Com efeito, pessoas que identificam sua cor da pele como parda, preta ou indígena, geralmente pertencem a grupos de renda mais baixa e com menor escolaridade, e tendem a enfrentar maiores desigualdades nas condições de saúde (SOUZA, 2008; MARQUES, 2008).

Apesar de alguns trabalhos indicarem que o efeito da cor da pele não se mantém após ajuste para variáveis socioeconômicas, há evidências do efeito mesmo após o ajuste para a

posição socioeconômica (ARAÚJO, 2007; FERNANDES, 2016; SANTOS, 2016). Além disso, estudos confirmam que pretos, pardos e indígenas apresentam os piores indicadores de mortalidade, menor esperança de vida ao nascer e acesso desigual aos serviços de saúde (SILVA, 2007).

Frise-se que as populações quilombolas caracterizam-se por: residirem em áreas rurais, possuírem baixo nível de escolaridade, cor de pele negra e viverem em condições precárias (JORGE *et al.*, 2015; FURTADO; PEDROZA; ALVES, 2013). Essas condições de vida acarretam problemas de saúde diversos como: parasitoses intestinais, depressão, síndrome metabólica, hipertensão arterial, entre outras doenças associadas (FREITAS *et al.*, 2011; PINHO *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2016). Questões como essas, somadas a outros determinantes sociais de saúde, expressam como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais influenciam na ocorrência de problemas de saúde.

Ademais, no que se refere ao segmento populacional das pessoas idosas, os quilombolas se encontram em situação de maior vulnerabilidade social, visto que o público apresenta fatores de risco acentuados em decorrência de condições de vida mais precarizadas, pois ainda lutam pelo direito à terra, primordial para que possam ter acesso aos demais direitos e políticas públicas. Portanto, a compreensão do processo saúde-doença em grupos socialmente vulnerabilizados é um desafio, já que se trata de um processo histórico e cultural alicerçado em desigualdades étnico-raciais associadas, em sua maioria, a fatores socioeconômicos, situação de pobreza e exclusão social.

Nesse panorama, destacam-se as comunidades quilombolas, que se encontram em condições precárias de vida e saúde, decorrentes de um processo histórico de impedimento do acesso à terra para produção de sua existência, expropriação de sua cultura e direitos sociais (FREITAS *et al.*, 2011; SILVA, 2007). A literatura sobre o uso de serviços de saúde pela população quilombola no Brasil carece de estudos mais aprofundados, posto que suas condições de saúde ainda são pouco exploradas. Não obstante, os trabalhos disponíveis demonstram que esse grupo ainda vive em situação de vulnerabilidade, fruto do processo histórico de escravização.

Como resultado de um longo período escravocrata, evidencia-se que a parcela populacional enfrenta desigualdades sociais e de saúde, além de menor acesso a bens e serviços, o que pode ocasionar maior dificuldade na utilização de serviços de saúde. Vale ressaltar que não existem informações epidemiológicas específicas dos quilombolas nos sistemas de

informações de saúde, o que demonstra a importância da realização de estudos epidemiológicos específicos.

4 MEMÓRIA COLETIVA/SOCIAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: CONTRIBUTOS TEÓRICOS PARA COMPREENSÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Essa seção é dedicada à apresentação e discussão das teorias utilizadas no presente estudo, bem como sua associação ao referencial teórico que norteia a pesquisa, ancorado, especialmente, na Teoria da Memória Coletiva idealizada por Maurice Halbwachs (1990/2004) e na Teoria das Representações Sociais, teorizada por Serge Moscovici (2003). Ao final da presente seção, será traçada a correlação entre as teorias regentes da pesquisa a fim de demonstrar, a partir do entrelaçamento entre essas, seus contributos teóricos para a compreensão do objeto de estudo.

4.1 Teoria da memória coletiva/social

Teorizada por Halbwachs (1990), a memória coletiva é situada a partir de quadros sociais, dessa forma, o grupo atua como base para as recordações. Para compreender a Teoria da Memória Coletiva é preciso apreender os quadros sociais nos quais se materializa, tendo em vista que é por um conjunto de influências de natureza social que a memória se constitui e se consolida no pensamento do grupo.

Frise-se que o teórico não nega a existência de uma memória individual, mas a considera enquanto “ponto de vista” da memória coletiva, que pode mudar de acordo ao lugar que se ocupa e diante das relações mantidas com os membros de outros meios (HALBWACHS, 1990). Dessa feita, os grupos são pensados por Halbwachs (1990) através de quadros sociais de referência, nos quais partilham preceitos, valores, interesses, etc., e que esses quadros são diversos.

O quadro social da família ocupa lugar de destaque na construção teórica do sociólogo, desde a concepção de primeiro contato, em que o indivíduo emerge na sociedade, até a caracterização de familiaridade do grupo, que comportará espaço de compartilhamento e troca de experiências. Desse modo, o quadro da família atua como ponto de interseção das relações do indivíduo, posto que, independentemente do grupo social em que esteja, comportará em sua perspectiva individual, aspectos fortemente voltados para a constituição familiar, seja diante de uma evocação ou na construção primária de uma memória.

Para além, denota sobre o caráter imaterial da memória, que apesar de ancorada em uma noção coletiva, em que o grupo atua como fonte da evocação, esse exercício não depende da

presença física dos membros do grupo, isso porque a presença de testemunhas sob forma material e sensível não é elementar para a confirmação ou recordação (HALBWACHS, 1990).

Esse desprendimento se justifica pelo fato de que, ainda que um indivíduo esteja fisicamente só, essa percepção se dá apenas em aparência, afinal, as recordações “[...] nos são lembradas pelos outros, mesmo que se trate de acontecimentos nos quais só nós estivemos envolvidos, e com objetos que só nós vimos. É porque, em realidade, nunca estamos sós” (HALBWACHS, 1990, p. 26). A premissa em torno da contradição do estar “só” reitera a noção de vivência em coletividade e coaduna a necessidade do grupo enquanto aporte para os quadros sociais da memória.

No mesmo sentido, aufere o teórico acerca da conservação e vinculação dos marcos da memória coletiva no que tange às recordações mais íntimas dos indivíduos, uma vez que não é necessário que os membros do grupo os conheçam para que atuem como fonte de evocação (HALBWACHS, 2004). Isto posto, evidencia-se, no aspecto íntimo da memória individual, a possibilidade limitadora de ambas as instâncias da memória, visto que, apesar da nítida concepção de complementariedade entre memória coletiva e individual, há decerto, aspectos que apenas o indivíduo será capaz de rememorar, ainda que a partir de um quadro social de aporte.

Contudo, Halbwachs (1990) arrazoa sobre as recordações pessoais um tom de certa coincidência, em que seria necessária específica atenção ou mesmo algum acaso como condição de reencontro. Portanto, constata-se que a memória só pode ser evocada a partir do grupo, pela ocasião do reencontro de meios que tornem possível a produção de um fato pertencente à trajetória individual, fazendo emergir um potencial sentimento alocado na esfera mais íntima do ser (HALBWACHS, 1990).

Isso devido ao fato de que “[...] em realidade, nunca estamos sós. Não é necessário que outros homens estejam lá, que se distingam materialmente de nós: porque temos sempre conosco e em nós uma quantidade de pessoas que não se confundem” (HALBWACHS, 1990, p. 26). Desse modo, a busca por uma memória puramente individual seria obsoleta, tendo em vista que as memórias individuais são como pontos de vista da memória coletiva e o mesmo acontece com a memória coletiva de determinado grupo (HALBWACHS, 1990).

Por outro lado, frise-se que o homem enquanto ser social, direta ou indiretamente, sempre estará influenciado pelo meio, e em razão desse conjunto de memórias advindas dos grupos dos quais faz parte, é que a prática da evocação torna-se um processo facilitado. Para além, o sociólogo faz referência a um “estado de consciência puramente individual” que estaria

na base de toda recordação, cuja distinção entre as percepções do pensamento social e a consciência individual constituem a ideia de intuição sensível (HALBWACHS, 1990).

Apesar de tudo, nada prova que todas as noções e imagens tomadas dos meios sociais de que fazemos parte, e que intervêm (sic) na memória, não cubram, como uma tela de cinema, uma lembrança individual, mesmo no caso em que não a percebemos. A questão toda é saber se uma tal lembrança pode existir, se é concebível. (HALBWACHS, 1990, p. 37).

Dessa feita, admitida pela via da coletividade, a memória individual está vinculada ao pensamento do grupo enquanto elemento constituinte da memória coletiva proveniente do meio social (HALBWACHS, 2004). Logo, a intuição sensível pode ser destrinchada em termos de uma memória individual, que em dado momento é consubstanciada por elementos coletivos, dando voz a memória coletiva/social. Nesse panorama se constitui a relação existente entre os quadros sociais e a memória coletiva.

Ademais, importa destacar algumas questões relativas as categorias de recordações, classificadas de acordo ao grau de facilidade da evocação entre aquelas que podem ser evocadas prontamente e as que não respondem a esse apelo (HALBWACHS, 1990). Portanto, a divisão pensada pelo teórico compreende, de um lado, memórias de fácil acesso, e do outro, as de difícil acesso. Esclarece ainda, com relação às primeiras, que tais recordações compreendem acesso facilitado a todos os indivíduos, visto que o suporte das memórias dos membros do grupo é o que torna o processo de evocação possível (HALBWACHS, 1990).

Ao apontar para o caráter facilitado referente ao acesso a esse arsenal de memórias, Halbwachs (2004) traz à tona o elemento da familiaridade que contempla o processo de evocação, e denota que o reconhecimento funciona a partir do sentimento de familiaridade que o integra. De modo que, os marcos da memória tornam possível a reconstrução de recordações adormecidas da esfera individual, mas que por não serem apenas individuais, podem ser rememoradas pelos outros, pois compreendem a memória social do grupo (HALBWACHS, 2004). Portanto, reitera-se a constituição da memória coletiva a partir da ancoragem em quadros sociais de referência.

Sobre a segunda categoria de memórias, cuja evocação depende de um processo mais complexo, haja vista o acesso dificultoso da recordação, considera o sociólogo que a categoria pertence em essência ao próprio indivíduo, visto que apenas esse pode conceber o seu conhecimento (HALBWACHS, 1990). Nesse momento, o autor acentua a fronteira existente entre memórias coletivas e individuais, e aponta para a resultante de quando o acontecimento tem seu efeito social findado, que reflete no desinteresse do grupo sob este. Nesse cenário, o

fato passará a ser de interesse apenas do indivíduo cujo o acontecimento afeta (HALBWACHS, 2004).

Isso revela que o caráter sensível que permeia a percepção e está diretamente ligado a evocação é único para cada indivíduo, em convergência à categorização da memória individual/intuição sensível enquanto ponto de vista da memória coletiva. Posto que, “[...] não podemos atribuí-la exclusivamente a nenhuma dentre elas, nós supomos que ela seja independente, e opomos sua unidade a sua multiplicidade” (HALBWACHS, 1990, p. 52).

Diante das reflexões traçadas, depreende-se que o quadro reconstruído do passado fornece uma imagem da sociedade de acordo a realidade (HALBWACHS, 2004). Essa realidade muda conforme a sociedade se transforma e é transformada pelo meio, bem como pelas posições que seus indivíduos ocupam nos grupos aos quais estão vinculados. Assim, a partir da atualização dos marcos sociais de referência, a memória coletiva da sociedade vai sendo reconstruída e refletindo os pensamentos sociais das coletividades que a compõe. Para além, assertivamente discorre Halbwachs (2004, p. 319):

En efecto, desde el momento que un recuerdo reproduce una percepción colectiva no puede ser sino colectivo, y sería imposible al individuo representar una vez más limitado a sus propias fuerzas, aquello que solamente há podido ser representado inicialmente con el concurso del pensamiento de su grupo.

Inferre-se que o pensamento do grupo é dotado de grande relevância para o indivíduo em sua percepção de mundo, o que, a certo modo, aduz as representações sociais que o grupo possui sobre algo, e que influencia diretamente na memória de tradição das sociedades. Cabe, portanto, abordar algumas nuances sobre a Teoria das Representações Sociais, a fim de, introduzindo o tema, pensar sua aplicabilidade e funcionamento diante da temática tratada no presente estudo.

4.2 Teoria das representações sociais

Inicialmente, é necessário elucidar que a utilização do termo “representações sociais” passa a ser utilizado por Moscovici (2003) no lugar de “representações coletivas” em função de um rompimento com a concepção durkheimiana que aborda as representações em uma perspectiva conceitual. Aponta Durkheim (1924, p. 29),

[...] o fenômeno passa a ser perfeitamente inteligível se existir uma memória mental, se as representações passadas persistirem na qualidade de representações, se rememoração, enfim, consistir não em uma criação nova

e original, mas simplesmente em nova manifestação perante a claridade da consciência.

A escolha linguística do termo social é justificada pelo autor ao denotar que as representações sociais “São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar - um modo que cria tanto a realidade como o senso comum” (MOSCOVICI, 2003, p.49). Para além, discorre Jodelet (2001) sobre a importância das representações sociais na vida cotidiana, as quais atuam como guias na forma de nomear e definir seus elementos constituintes, bem como na maneira de interpreta-los, em tomadas de decisão e no posicionamento a ser tomado diante deles de modo defensivo. Sobre o conhecimento do senso comum, denota Santos (2005, p. 21):

[...] segue uma lógica natural, e tem como funções orientar condutas, possibilitar a comunicação, compreender e explicar a realidade social, justificar *a posteriori* as tomadas de posição e as condutas do sujeito, e uma função identitária que permite definir identidades e salvaguardar as especificidades dos grupos.

Para Moscovici (2003), as representações sociais são, pois, uma forma de conhecimento corrente, dito “senso comum”, formadas pelas seguintes propriedades: a) socialmente caracterizada, elaborada e partilhada; b) orientação prática de organização, de domínio do meio (material, social, ideal) e de orientação das camadas e da comunicação; c) participa do estabelecimento de uma visão da realidade comum a um dado conjunto social (grupo, classe etc.) ou cultural.

Centrada no funcionamento do pensamento cotidiano, a Teoria das Representações Sociais (TRS) promove um entrelaçamento entre o social e o individual. De acordo com Sawaia, (2004) é possível definir as representações sociais como formas particulares de conhecimento que circundam o cotidiano dos indivíduos, cuja função é promover a comunicação entre eles a partir da criação de informações e do processo de familiarização com aquilo que é considerado estranho em um primeiro momento, mas que, a partir desse processo, passa a se enquadrar em categorias da cultura de cada membro da sociedade através da ancoragem e objetivação.

Nesse sentido, enquanto construção social da realidade, as representações sociais de alguém sobre alguma coisa compreendem duas funções, quais sejam, convencionalizam objetos, pessoas ou acontecimentos, e atuam de forma prescritiva, impondo-se com força irresistível. Para Moscovici (2003), a primeira função compreende uma convenção de modo definitivo, a partir da localização categórica e classificação de um modelo distinto e partilhado no grupo, dessa forma, qualquer elemento novo irá se juntar ao preestabelecido e se sintetizará

nele. Com relação à segunda função, caracteriza-se pela combinação de estruturas, uma preexistente, inclusive do próprio conhecimento do indivíduo, e outra advinda da tradição, que determina os moldes do pensamento (MOSCOVICI, 2003).

Para além, no que tange à função das representações sociais enquanto forma de atribuição de sentido à realidade social, através da produção de identidades, organização das comunicações e orientação de condutas, Santos (2005) destaca quatro funções da representação social, são elas: função de saber, orientação, identitária e justificadora. Sobre a função de saber, é utilizada com a finalidade de explicação, compreensão e atribuição de sentido a realidade social, para em última instância, tornar a realidade familiar perante o senso comum (SANTOS, 2005). A função de orientação atua como guia de conduta, por meio da orientação de práticas sociais, as quais acontecem previamente à ação, todavia, condicionada ao desenvolvimento dessas práticas na sociedade (SANTOS, 2005).

Já a função identitária, ocorre a partir do compartilhamento de uma representação social específica, assim, os grupos podem ser diferenciados por meio de determinada definição, contudo, quando um indivíduo compartilha uma representação social com um grupo específico, desenvolve um sentimento de pertença a este (SANTOS, 2005). No que tange à função justificadora, entende-se que ela atua como ponto de referência do comportamento, noutros termos, considerando as diferentes representações enquanto guias de conduta, tem-se, pela sua utilização justificadora, também para condutas concernentes a certos objetivos (SANTOS, 2005).

Enquanto precursor da teoria, Moscovici (2003, p. 54) aponta para a sua finalidade “tornar familiar algo não-familiar, ou a própria não-familiaridade”. Todavia, o autor admite a dificuldade de transformação de palavras, ideias ou seres não-familiares em palavras de caráter usual, próximas e atuais (MOSCOVICI, 2003). Para tanto, destaca ser preciso utilizar-se de dois mecanismos, cujo processo de pensamento é baseado na memória e em conclusões passadas, e que ocorre por meio da ancoragem e da objetivação.

Cada um desses processos comportará características e funções específicas, imprescindíveis à constituição das representações sociais de cada grupo. O primeiro mecanismo atua como suporte para ideias desconhecidas, por meio de comparação e classificação em categorias pré-existentes, que resultará na atribuição de um nome. Para o teórico, a ancoragem é “um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriadas” (MOSCOVICI, 2003, p. 61).

A ancoragem funciona, pois, a partir de três movimentos, quais sejam, atribuição de sentido, instrumentalização do saber e enraizamento no sistema de pensamento. Santos (2005, p. 33) explicita a atribuição de sentido como “rede de significados articulados e hierarquizados a partir de conhecimentos e valores preexistentes na cultura” que resulta em um nome. Com relação a instrumentalização do saber, destaca-se que ela “possibilita um valor funcional à representação, na medida em que se torna uma teoria de referência possibilitando a tradução e compreensão do mundo social” (SANTOS, 2005, p. 33).

Sobre o terceiro movimento, afirma Santos (2005, p. 33) “o novo torna-se familiar ao mesmo tempo em que transforma o conhecimento anterior”. Nesse cenário, “o sistema de pensamento preexistente ainda predomina e serve como referência para os mecanismos de classificação, comparação e de categorização do novo objeto” (SANTOS, 2005, p. 33). Portanto, é através desse conjunto de movimentos que a ancoragem toma forma, a partir de um sistema complexo que compreende a transformação de um objeto e sua classificação em determinada categoria.

Já o segundo processo, a objetivação, tem por intuito transformar um conceito abstrato em algo concreto, transferindo aquilo que ocupa um lugar no pensamento para o ambiente físico, que resultará em uma imagem. Segundo Moscovici (2003, p. 71) “Objetivação une a ideia (sic) de não-familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade. [...] Em outras palavras [...] transformar a palavra que substitui a coisa, na coisa que substitui a palavra”.

A objetivação comporta, igualmente, três movimentos, são eles a seleção e descontextualização, a formação de um núcleo figurativo e a naturalização dos elementos. O primeiro movimento ocorre da seguinte forma “Os sujeitos retiram dos objetos algumas informações a partir de conhecimentos anteriores [...]. Do conjunto total de informações apenas algumas são retidas pelos sujeitos” (SANTOS, 2005, p. 32). Sobre a formação de um núcleo figurativo, aponta Santos (2005, p. 32) “[...] é a construção de um modelo figurativo, um núcleo imaginante a partir da transformação do conceito”.

Por fim, têm-se a naturalização dos elementos, em que “os elementos que foram construídos socialmente passam a ser identificados como elementos da realidade do objeto” (SANTOS, 2005, p. 32). Desse modo, cada um desses processos geradores de representações sociais apresentará implicações específicas que contribuirão no modo como o pensamento operará a partir da memória. Esses processos ocorrem de forma simultânea e envolvem a transformação de palavras, ideias ou seres; os quais passarão a uma feição familiar no decorrer da ancoragem e objetivação.

Realizada através do discurso, a comunicação atua de modo imprescindível na consolidação das representações, em que as pessoas, bem como seus grupos de formação, atuam na criação de representações durante o processo da própria comunicação e cooperação, de modo conjunto e não isoladamente (MOSCOVICI, 2003). Nessa toada, Moscovici (2003) aponta para o caráter das representações como fonte para a restauração de uma consciência em primazia coletiva, explicitando objetivos e fatos acessíveis a todos os indivíduos, os quais coincidem com os interesses imediatos dos integrantes do grupo.

No mesmo sentido, discorre Alba (2014, p. 529-530), “a teoria das representações estabelece um vínculo entre o individual e o coletivo. Trata-se de estudar como o social se manifesta nas representações que as pessoas elaboram em sua vida diária, e a compartilham com os outros”. Depreende-se, portanto, que a construção do saber perpassa aspectos fortemente voltados à esfera social do indivíduo. De modo que, “[...] organizados sempre sob a aparência de um saber que diz algo sobre o estado da realidade. É esta totalidade significativa que, em relação com a ação, encontra-se no centro da investigação científica” (JODELET, 2001, p. 21).

Explica Jodelet (2001, p. 21):

Apóiam-se [*sic*] em valores variáveis – segundo os grupos sociais de onde tiram suas significações – e em saberes anteriores, reavivados por uma situação social particular: e notaremos que são processos centrais na elaboração representativa. Estão ligadas tanto a sistemas de pensamento mais amplos, ideológicos ou culturais, a um estado dos conhecimentos científicos, quanto à condição social e à esfera da experiência privada e afetiva dos indivíduos.

Assim, a recordação de fatos, objetos e pessoas muda de acordo com o processo de transformação que os transpassa e, ainda, na medida em que o indivíduo é transformado por eles (ALBA, 2014). Nesse contexto, traçar algumas reflexões relativas as confluências que marcam o entrelaçamento das teorias basilares da pesquisa psicossocial da vida cotidiana tornam-se imprescindível para compreender o processo de construção desse conhecimento que se dá entre o senso comum e a memória coletiva/social de determinado grupo.

4.3 Memória coletiva/social e representações sociais: o entrelaçamento das teorias

Com origem no conceito apresentado por Émile Durkheim (1924) sobre as representações coletivas, as teorias da Memória Coletiva cunhada por Maurice Halbwachs (1990/2004) e das Representações Sociais elaborada por Serge Moscovici (2003) emergiram.

Nesse plano, os fenômenos passam a ser objeto de reflexão em uma perspectiva inovadora, cujos estudos permeiam a sociedade contemporânea. Discorre Durkheim (1924, p. 29) “o fenômeno passa a ser perfeitamente inteligível se existir uma memória mental, se as representações passadas persistirem na qualidade de representações, se rememoração, enfim, consistir [...] em nova manifestação perante a claridade da consciência”.

Ambas as perspectivas teóricas, Memória Coletiva e TRS, contemplam o estudo da realidade social contemporânea e apontam para o caráter da memória enquanto crivo intercessor da dinamicidade característica das relações sociais. Desse modo, quando Durkheim (1924) traça uma linha entre o presente e o passado para pensar o aspecto coletivo das representações, a memória coletiva e as representações sociais encontram possibilidades de desenvolvimento.

Nesse interim, “As representações sociais criadas, a partir do presente, vão modificando a bagagem do passado no curso das dinâmicas sociais e do próprio desenvolvimento da sociedade em geral” (ALBA, 2014, p. 558). Afinal, é a partir de noções cunhadas no passado que uma memória pode ser evocada, e o mesmo acontece quando da reelaboração de uma representação social.

Portanto, é preciso retornar à origem de um conhecimento para encontrar o “momento” em que inicia sua consolidação no meio social e, assim, os caminhos percorridos em sua construção e reconstrução. Admite-se que só é possível compreender o presente através do passado no qual se formou, todavia, esse não é um processo simples, e nessa conjuntura, a observação enquanto método primordial de análise mostra-se essencial para essa modalidade de pesquisa, conforme aponta a corrente teórica majoritária.

As confluências que permeiam as teorias e tendem a aproximações entre a memória coletiva e as representações sociais são evidenciadas pela relação indivíduo-sociedade e sociedade-indivíduo, posto que “A bagagem de conhecimentos em que a representação social se “ancora” é a memória social: por meio do processo de ancoragem, o passado se faz presente” (ALBA, 2014, p. 558). Além disso, “O nexos com o processo de objetivação consiste em não reproduzir a memória, como tal, mas fabricar ou desenhar um esquema que corresponderia a essa memória” (ALBA, 2014, p. 559).

Assim, ancoragem e objetivação se entrelaçam pelo lugar que a memória ocupa nas representações sociais, e que essas, a partir dos mecanismos mencionados, se materializam na memória coletiva. Essa percepção é elementar para a compreensão da similaridade existente entre as teorias da memória coletiva e das representações sociais, bem como suas distinções, o que torna possível dizer que cada uma atua em condição de existência da outra. Sobre esse entrelaçamento, algumas considerações são traçadas por Moscovici (2003, p. 78),

Ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido.

Depreende-se que as teorias alcançam funcionamento - mantendo-se ativas e em constante reelaboração - quando a experiência passado-presente é percebida e realizada em complementariedade, assim, cada indivíduo atua como um elo de preservação das recordações coletivas. Denota Halbwachs (1990/2004), acerca da necessidade de uma comunidade afetiva, justamente nesse sentido, que o desapego de um quadro social de referência consiste em inequívoco esquecimento, se “Então separam-nos de um ou de alguns dentre eles, e deles unicamente. Todo o conjunto das lembranças que temos em comum com eles bruscamente desaparecem” (HALBWACHS, 1990, p. 32).

Em consonância, infere Moscovici (2003, p. 57) “O pensamento social deve mais à convenção e à memória do que à razão; deve mais às estruturas tradicionais do que às estruturas intelectuais ou perceptivas correntes”. Para além, destaca-se a distinção entre o pensamento representacional e o pensamento científico, no primeiro há uma adução ao conhecimento do “senso comum”, por intermédio da memória viva, fonte das representações sociais, e no segundo a adução ao saber científico - advindo da história (ALBA, 2014).

Nesses entremeios, denota-se a relevância das teorias da memória coletiva e das representações sociais, e aponta-se para a necessidade de incentivo a pesquisa psicossocial por inferir que a análise do comportamento e do pensar humanos representam a chave para a compreensão do funcionamento dos quadros sociais que perpassam e formam a memória coletiva de uma sociedade.

Afinal, é através desses processos que os fenômenos, objeto das representações de alguém sobre alguma coisa, atuam na circulação e atualização do conhecimento, cujas margens de originalidade e criatividade não comportariam por si só o caráter dinâmico e mutável típico da noção de origem inacabada proporcionado pelas teorias explanadas.

Em síntese, diante de uma sociedade pensante, em que as interações ocorrem por intermédio da linguagem - forma de exteriorização do pensamento carregada de representações e memórias -, emerge a necessidade de reflexões voltadas para “o que podemos mudar e o que nos muda” (MOSCOVICI, 2003, p. 49). Somente assim, tornar-se-á possível compreender os

processos de construção social da realidade e como o seu funcionamento ocorre, auferindo os modos pelos quais memórias e representações atuam no meio social.

Sobretudo, ao pensar as memórias das pessoas idosas, exteriorizadas pela linguagem nas narrativas de vida, em que se evidencia os modos pelos quais esses discursos atestam a existência do passado pela via da recordação. Dessa feita, percepção e vivência constituem-se enquanto matéria prima para a existência da memória individual, que repercute, em meio as relações existentes entre seus pares, na memória coletiva, atribuindo a essa, um caráter social. Denota Alba (2014, p. 543-544):

Em um nível mais pessoal, o contato com os idosos permite ao (sic) mais jovens ter uma memória viva de alguns acontecimentos. Assim, para a criança, seu avô pode representar em sua pessoa toda uma época, resume ou condensa todo um período histórico, acessível por meio de suas histórias, de seus costumes, de suas maneiras etc. (HALBWACHS, 1950). É assim que os contextos sociais da memória representam correntes de pensamento e de experiências nas quais encontramos o nosso passado, porque este foi atravessado por elas.

Para além, conforme apreende Bosi (1979), a narração de vivências e experiências aduzem a narração da própria vida, nessa toada, as recordações individuais das pessoas idosas mostram-se imprescindíveis ao estudo da memória coletiva de determinado grupo, e contribuem, em termos de profundidade, de maneira inigualável. Afinal, é a partir de noções cunhadas no passado que uma memória pode ser evocada, e o mesmo acontece com relação a reelaboração de uma representação social.

Assim, a memória, idealizada enquanto recurso para a captação de informações e compreensão dos fenômenos sociais, proporcionou o aprofundamento necessário ao estudo das representações do público idoso entrevistado sobre o acesso à atenção primária à saúde, já que ambas teorias emergem da concepção fenomenológica cunhada por Émile Durkheim (1924), na qual o fenômeno se torna inteligível a partir de uma memória arraigada de representações sociais passadas e manifestadas pela lucidez da consciência.

Diante disso, “O que permite a construção da lembrança é um sistema de noções (que também poderíamos considerar como representações sociais) que são marcos sociais.” (ALBA, 2014, p. 561). Portanto, fragmentar essas teorias em classificações exclusivas, espaçando suas funcionalidades, acarretaria prejuízo ao estudo dos fenômenos sociais que circundam as coletividades, seria como engessá-las e limitar suas possibilidades de atuação, que se presentificam e se atualizam nas relações humanas cotidianamente.

5 METODOLOGIA

Do ponto de vista metodológico, as narrativas dos participantes do estudo foram trabalhadas qualitativamente face às repercussões em torno do acesso à atenção primária à saúde. Com enfoque nas narrativas das pessoas idosas, as memórias evocadas nas entrevistas - empiricamente registradas enquanto recurso para captação de informações -, bem como os resultados do grupo focal, foram analisadas a partir da Técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1977), na modalidade de análise temática, com auxílio do *software* IRAMUTEQ e dos fundamentos apresentados nas teorias propostas por Maurice Halbwachs (1990/2004) e Serge Moscovici (2003).

5.1 Caracterização do estudo

Trata-se de estudo de corte transversal do tipo exploratório com caráter analítico-descritivo e abordagem qualitativa, fundamentado na teoria da Memória Coletiva e na Teoria das Representações Sociais. Esse método é capaz de desvelar as representações, crenças e percepções da população do estudo, de modo complementar, a pesquisa descritiva tem por finalidade trazer à luz atributos de determinada população ou fenômeno. A abordagem qualitativa, conforme Silva (2005, p. 20), “considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números”.

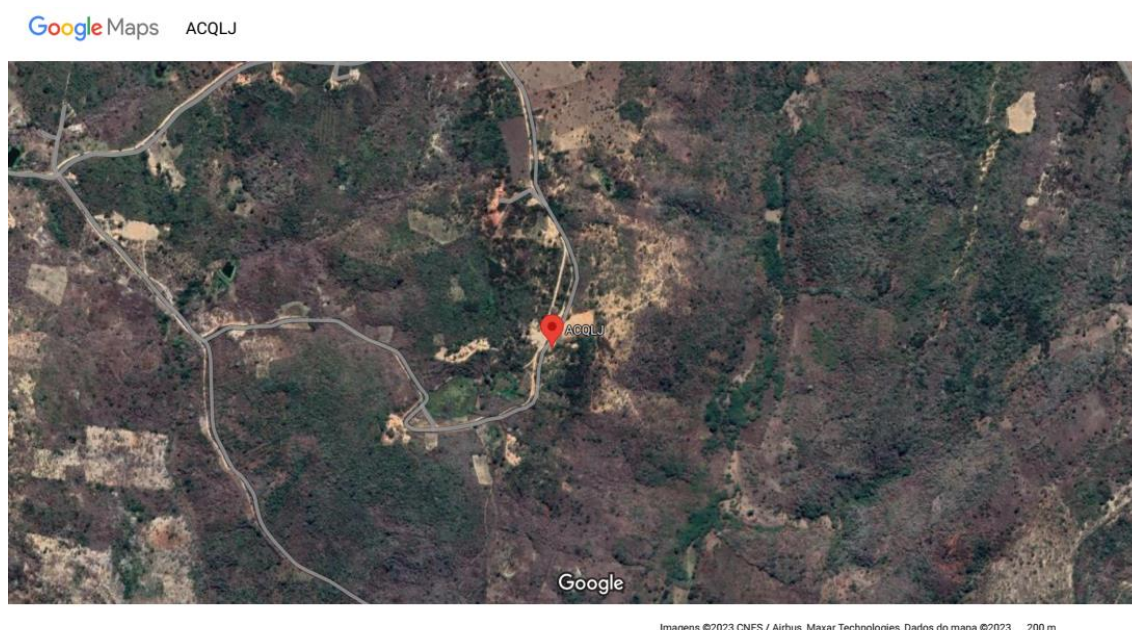
A Teoria das Representações Sociais parte da fundamentação teórica do estudo que tem como principal objetivo interpretar e justificar a realidade cotidiana vivenciada pela pessoa idosa quilombola, no que concerne ao acesso à atenção primária à saúde deste grupo tão singular. Do mesmo modo, a Memória Coletiva, segundo Halbwachs (1990/2004), tem sua importância determinada por meio da perpetuação de representações entre gerações, ancoradas nas experiências vivenciadas por um determinado grupo social e por meio dos quadros sociais constituídos coletivamente, uma vez que a memória é uma construção social, fruto das interações e relações com os grupos sociais a que pertence uma sociedade.

Diante disso, a Técnica de Análise de Conteúdo, proposta pela Bardin (1977), foi requisitada no intuito de colaborar com a interpretação dos conteúdos pertencentes ao estudo, de forma sistemática, guiando o percurso metodológico e as questões centrais da pesquisa.

5.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em 5 (cinco) comunidades remanescentes de quilombos, localizadas na zona rural do município de Poções, interior da Bahia. As comunidades estão organizadas sob a forma de associação, denominada Associação Comunitária Remanescente de Quilombo de Lagoa do João, Vassoura, Pimenteira e Associados de Lagoa dos Patos e Queimadas (ACQLJ), CNPJ 05.950.775/0001-41.

Figura 1. Localização geográfica da sede da comunidade quilombola ACQLJ, Poções/BA, 2023.

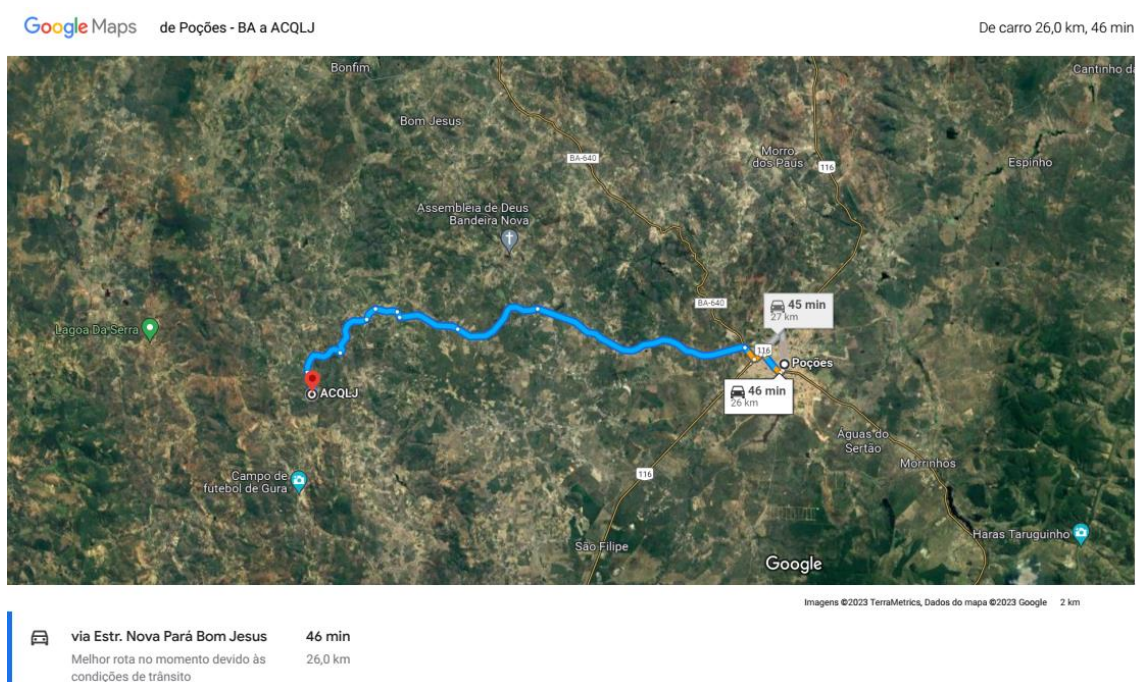


Fonte: Google Maps (2023).

Nota* Elaboração própria.

As comunidades passaram por processo de certificação pela Fundação Cultural Palmares (FCP), Processo nº 01420.005605/2011-70, com certificado emitido pela Portaria nº 91/2011 (ANEXO A), datada de 17/06/2011, registrada no Livro de Cadastro Geral nº 013, Registro nº 1.497, folha 113, e nomeação como Quilombos Lagoa do João, Pimenteira e Vassoura. No que tange à distribuição geográfica das comunidades, estão localizadas na região nordeste do Brasil, em território rural do município de Poções - BA, sediada no Subterritório Esperança, com distância média de 26 km (vinte e seis quilômetros) da cidade de Poções, conforme projeção do Google Maps (2023).

Figura 2. Localização geográfica e quilometragem do trajeto até a comunidade quilombola ACQLJ, partindo do município de Poções/BA, 2023.



Fonte: Google Maps (2023).

Nota* Elaboração própria.

5.3 Participantes do estudo

Foram entrevistadas 24 (vinte e quatro) pessoas idosas residentes na Comunidade Remanescente de Quilombo de Lagoa do João, visto que a área geográfica da comunidade não possui Unidade de Saúde da Família (USF) que contemple o público residente na região. Os participantes da pesquisa foram representados por essas 24 (vinte e quatro) pessoas com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, que estavam aptas a participar do estudo, uma vez que residiam na comunidade remanescente quilombola e tinham cognitivo preservado, avaliado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO B). Por questões éticas, os indivíduos entrevistados foram codificados pela sigla PIQ - Pessoa Idosa Quilombola, seguido da numeração 1 (um) até o 24 (vinte e quatro), conforme a ordem de realização das entrevistas.

O MEEM completo é composto por duas seções que avaliam as funções cognitivas. A primeira seção avalia a orientação, a memória e a atenção, totalizando 21 (vinte e um) pontos. A segunda seção avalia a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal e a um comando escrito, além da cópia de um desenho complexo, que foi substituído pela aplicação do Teste do Relógio (APÊNDICE A), constante no questionário (ANEXO C), totalizando 9 (nove) pontos.

O escore total do MEEM é de 30 (trinta) pontos, e o ponto de corte é 23/24 (vinte e três/vinte e quatro) pontos, sendo esta uma pontuação sugestiva de déficit cognitivo (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1974). No caso da presente pesquisa, foi adotado como critério de inclusão o ponto de corte de 20 (vinte) pontos para analfabetos e 25 (vinte e cinco) pontos para pessoas idosas com 1 (um) a 4 (quatro) anos de estudo, e como critério de exclusão, pontuações inferiores a 20 (vinte) pontos para os primeiros e inferiores a 25 (vinte e cinco) pontos para os últimos. Dessa forma, o MEEM possibilitaria a exclusão das pessoas idosas que não possuíssem cognição para participar do estudo. Porém, destaca-se que após a avaliação do estado mental, todos os 24 (vinte e quatro) participantes foram definidos como aptos para participar do estudo.

5.4 Instrumento para coleta de dados

Foram utilizados 2 (dois) instrumentos para a realização da coleta de dados: 1 (um) questionário sobre Dados Sociodemográficos e de Saúde (APÊNDICE B) e 1 (um) roteiro para a Entrevista Semiestruturada (APÊNDICE C).

O questionário para coleta de dados sociodemográficos conteve perguntas envolvendo questões demográficas, psicossociais e epidemiológicas, entre estas, destacam-se perguntas referentes a/à: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, estado conjugal e histórico de saúde. A entrevista semiestruturada foi aplicada com todos os participantes do estudo, baseada em um roteiro que apresentou questões sobre o acesso à atenção primária à saúde em território quilombola, com o intuito de conhecer as memórias e as representações sociais das pessoas idosas sobre o tema.

As entrevistas foram gravadas, utilizando-se um gravador de voz avançado: *Easy Voice Recorder*, instalado no celular, com o conhecimento e consentimento dos entrevistados, para posteriormente serem arquivadas em computador no formato *Som Wave*, no *software Windows Media Player*, ouvidas e transcritas no *software Word*.

5.5 Procedimento para a coleta de dados

A primeira visita à comunidade quilombola ocorreu no mês de março de 2022, oportunidade na qual foi realizada a apresentação do projeto. A autorização para coleta de dados foi concedida pelo Presidente da Associação, após passar pelo crivo e aprovação dos associados

por meio de votação em Assembleia. O procedimento de coleta foi iniciado em setembro de 2022 e consistiu em 4 (quatro) visitas a comunidade.

O contato com os participantes entrevistados aconteceu na residência das pessoas idosas em razão da dificuldade de locomoção, visando maior comodidade e conforto destes. Após a aprovação em participar da pesquisa, realizou-se a leitura e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), em seguida, sanadas eventuais dúvidas, coletou-se a assinatura/digital dos entrevistados.

Posteriormente, realizou-se a aplicação dos instrumentos de coleta e a entrevista individual. A coleta dos dados foi executada em ambiente reservado na residência da pessoa idosa entrevistada, com auxílio de dispositivo móvel para gravação de voz - mediante autorização. As entrevistas seguiram um roteiro composto por 9 (nove) questões norteadoras (APÊNDICE C), relacionadas ao acesso à atenção primária à saúde. O tempo de duração das entrevistas variou entre uma hora (60min) e uma hora e meia (90min), e o período transcorrido contemplou o mês de setembro do ano de 2022.

5.6 Análise e interpretação dos dados

A entrevista semiestruturada, assim como os resultados do grupo focal foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo descritos por Laurence Bardin (1977), na modalidade de análise temática, com auxílio da ferramenta computacional de suporte para análise dos dados qualitativos Interface de *R Pour Les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3.

A análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), compreende uma sequência de técnicas de análise, que utiliza procedimentos sistemáticos, organizados em três fases: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, conforme as etapas descritas na Figura 3.

Figura 3. Etapas da Análise de Conteúdo, Poções/BA, 2023.



Fonte: Adaptado de Bardin (1977).

Nota* Elaboração própria.

A forma como a técnica de análise de conteúdo é realizada possibilita compreender conflitos, mas também concordâncias entre as pessoas dos grupos estudados. Pode ainda transformar os dados brutos, mediante o recorte e a agregação, em uma representação do objeto de estudo (BARDIN, 1977).

Já o *software* IRAMUTEQ tem como princípios a codificação e o armazenamento do *corpus* em categorias e possibilita o emprego da análise de conteúdo de Bardin (1977). Salienta-se que os mesmos procedimentos para análise das entrevistas individuais foram realizados para o grupo focal. A seguir, encontram-se as etapas da análise realizada neste estudo, baseada na análise de conteúdo de Bardin (1977) e com o auxílio do *software* IRAMUTEQ, conforme descrito nos cinco passos abaixo:

- 1) As entrevistas e as informações do grupo focal foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora;
- 2) Foi realizada uma leitura flutuante para o primeiro contato com o material coletado e a escolha dos documentos;
- 3) Posteriormente, realizada a formulação de hipóteses e dos objetivos, depois a referenciação dos índices e elaboração de indicadores com recortes de texto nos documentos de análise;
- 4) Os documentos selecionados (transcritos) foram inseridos em formato de projeto (cadastrado), para que as fontes fossem armazenadas, no *software* IRAMUTEQ, que, por sua vez, é estruturado em formato de projeto, sendo este, construído com os

nodes ou nós. Os “nós” recebem os códigos (fragmentos de textos) formando categorias e subcategorias com uma análise de conteúdo, ademais, vale lembrar que cada resposta de uma entrevista, assim como cada tema do grupo focal, foi agrupada em um nó livre;

5) As respostas de cada pergunta e de cada tema do grupo focal foram codificadas, recortou-se de cada transcrição os trechos de texto que tinham representatividade, construindo assim as “unidades de registro”, que são as palavras-chaves e frases que guiaram as análises. Essa etapa possibilitou criar as categorias e as subcategorias.

Após a etapa anteriormente descrita, foi feito o tratamento dos resultados, com inferência e interpretação, bem como a articulação do material empírico e o referencial teórico da Memória Coletiva e da Teoria das Representações Sociais.

5.7 Questões éticas

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), Parecer nº 5.340.843 (ANEXO D), em atendimento à Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que disciplina a realização de pesquisas com seres humanos. Durante todas as fases de execução do projeto foi mantido o sigilo, preservadas informações confidenciais e o direito de não identificação dos participantes. Os participantes envolvidos nesta pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e somente participaram após a assinatura ou coleta da digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D).

6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA DE PESSOAS IDOSAS QUILOMBOLAS SOBRE O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo os dados apresentados no quadro 1, verificou-se que a amostra do presente estudo foi composta predominantemente por pessoas do sexo feminino (n = 14), casadas (n = 18), que não sabem ler e escrever (n = 19), católicas (n = 22), com profissão referente a lavradoras (n = 20), aposentadas (n = 22) e com renda familiar de até 1 (um) salário mínimo (n = 16).

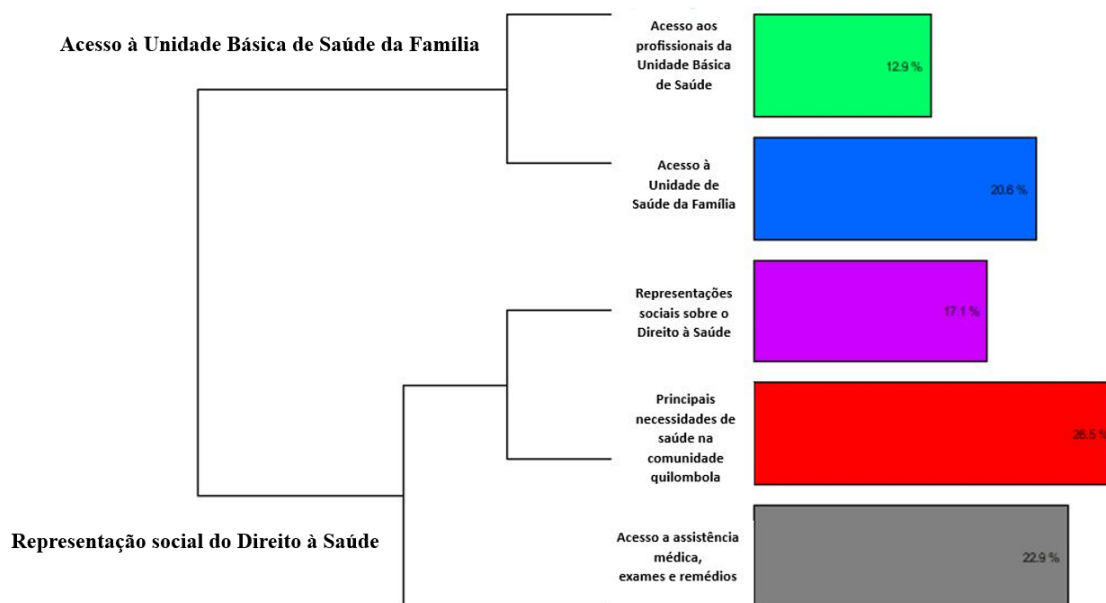
Quadro 1. Caracterização sociodemográfica das mulheres idosas quilombolas, Poções/BA, 2023.

Variáveis	Número
Sexo	
Feminino	14
Masculino	10
Estado Civil	
Casada (o)	18
Viúva (o)	12
Solteira (o)	4
Escolaridade	
Não sabe ler e escrever	19
Sabe ler e escrever	5
Religião	
Católica	22
Evangélica	02
Profissão	
Lavradoras (es)	20
Artesões (as)	4
Situação atual de trabalho	
Aposentada (o)	22
Trabalha	2
Renda familiar	
Até 1 salário mínimo	16
2 salários mínimos	8

Fonte: dados da pesquisa.

O *corpus* geral foi constituído por 218 (duzentos e dezoito) segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 170 (cento e setenta) ST (77,98% - setenta e sete vírgula noventa e oito por cento). Emergiram 7.326 (sete mil trezentas e vinte e seis) ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.043 (mil e quarenta e três) palavras distintas e 523 (quinhentas e vinte e três) com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes (Figura 4).

Figura 4. Diagrama de classes com os eixos temáticos do Acesso à Unidade Básica de Saúde da Família e da Representação social do Direito à Saúde - Via *software* IRAMUTEQ.



Da análise dos dados obtidos neste estudo, emergiram dois eixos temáticos: 1. Representação Social do Direito à Saúde e 2. Acesso à Unidade Básica de Saúde da Família, além de cinco classes analíticas descritas no quadro 2.

Quadro 2. Eixos temáticos e classes da análise de conteúdo da pesquisa, Poções/BA, 2023.

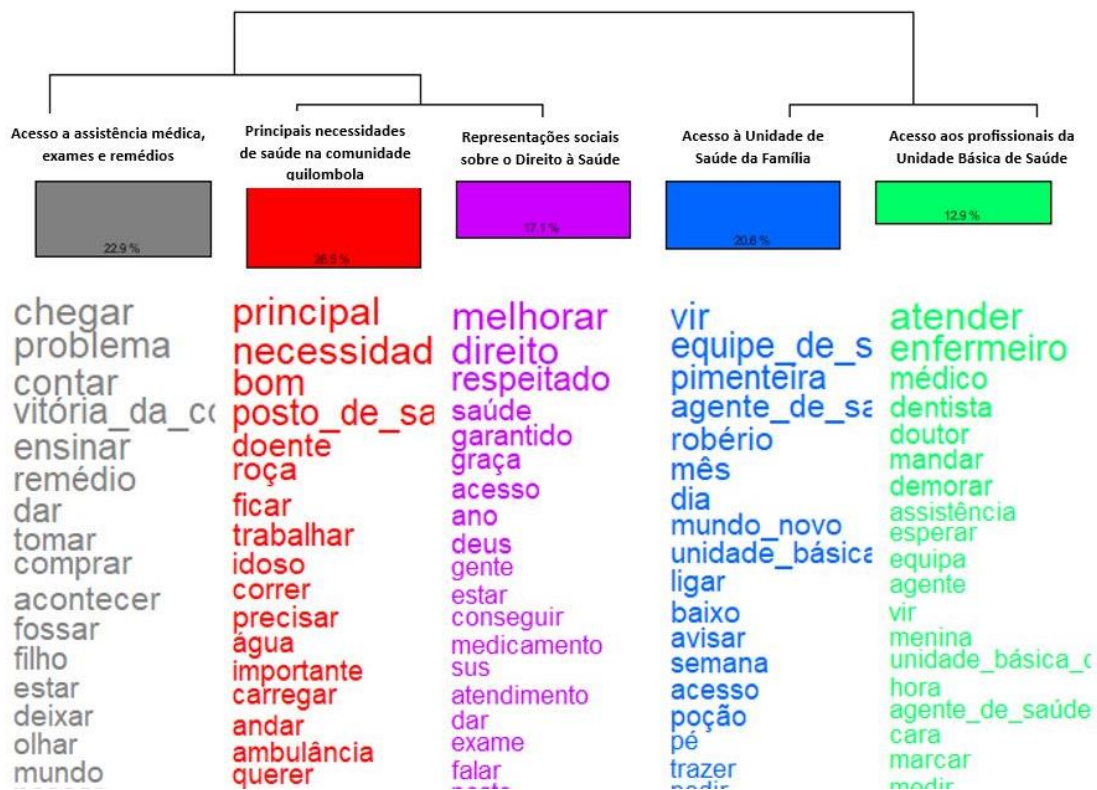
Eixos temáticos	Nomeação das classes
Eixo temático 1. Acesso à Unidade Básica de Saúde da Família	Classe 3. Acesso aos profissionais da Unidade Básica de Saúde Classe 4. Acesso à Unidade de Saúde da Família
Eixo temático 2. Representação social do Direito à Saúde	Classe 5. Representações sociais sobre o Direito à Saúde Classe 1. Principais necessidades de saúde na comunidade quilombola Classe 2. Acesso à assistência médica, exames e remédios

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação às figuras 5 e 6, apresentam organogramas elaborados a partir das evocações suscitadas em cada classe, as quais contém listas de palavras geradas pelo teste qui-quadrado (χ^2) que “serve para avaliar quantitativamente a relação entre o resultado de um experimento e a distribuição esperada para o fenômeno. [...] diz com quanta certeza os valores

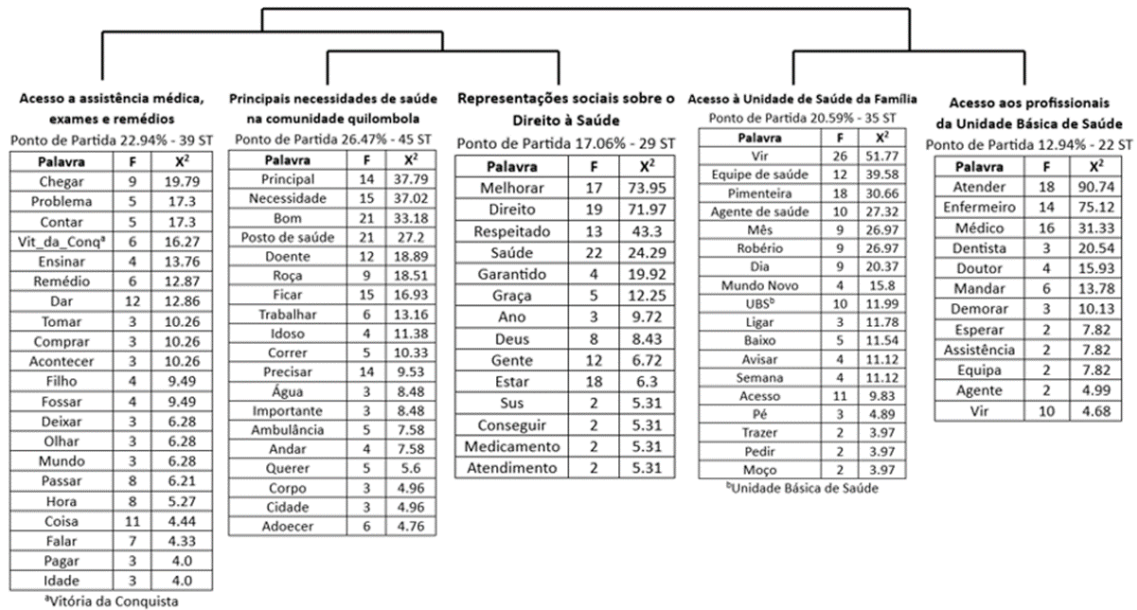
observados podem ser aceitos como regidos pela teoria em questão” (SALVIATI, 2017, p. 15). Nas figuras aparecem as evocações que contém vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das outras classes.

Figura 5. Organograma com palavras de cada classe - Via *software* IRAMUTEQ.



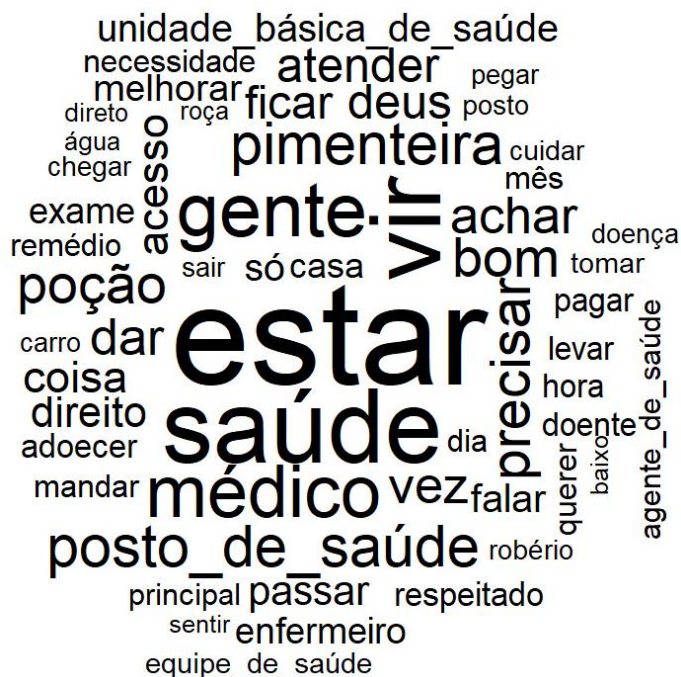
Já a figura 6 exibe a porcentagem do ponto de partida de cada classe, com a indicação dos seguimentos de texto correspondentes, para em seguida especificar a frequência de evocação de cada palavra e o seu qui-quadrado (χ^2), utilizado na organização decrescente das planilhas.

Figura 6. Organograma com palavras de cada classe, frequências das evocações e indicação do qui-quadrado (χ^2).



Por meio dos organogramas constantes das figuras 5 e 6, tornou-se possível realizar as análises de conteúdo com a técnica de similitude e diferenciação. Abaixo tem-se a Figura 7, formada pelas 10 (dez) palavras com maior qui-quadrado (χ^2), considerando o *corpus* das classes categorizadas pelo *software* IRAMUTEQ, as quais serão analisadas a partir da classe em que foram constituídas.

Figura 7. Nuvem de palavras dos eixos temáticos - Via *software* IRAMUTEQ.



De modo geral, destacam-se as palavras “Estar” e “Saúde”, que figuram no centro da nuvem de palavras, cujas narrativas das pessoas idosas quilombolas participantes desta pesquisa fundamentam a discussão desta seção. Com ênfase para:

[...] se fizesse um posto_de_saúde já ajudava demais que tendo um posto_de_saúde e os médicos vindo de trinta em trinta pelo menos de sessenta em sessenta estava bom demais não precisava correr atrás (PIQ 15, 2022). em primeiro lugar precisa fazer um prédio ali que lá em cima nas Três_Lagoas tem um, mas o certo era um aqui dentro, mas tá pelejando pra ver se faz agora de saúde essas coisas assim dos quilombolas. (PIQ 9, 2022).

As falas em evidência se apresentam como preâmbulo das necessidades primordiais do público residente na comunidade remanescente de quilombo, cujas narrativas apontam para o acesso à saúde. A partir dessa apreensão, constatada durante a primeira visita à comunidade, foram construídas as questões norteadoras das entrevistas, nas quais emergiram fragmentos voltados à percepção da identidade individual e social da comunidade, bem como da representação social das pessoas idosas quilombolas sobre o acesso à atenção primária à saúde em consonância com a memória coletiva do grupo.

Assim, “A constituição da identidade negra apresenta-se como um legado histórico, permeado por inúmeras formas de resistência frente ao processo de escravização e de construção das desigualdades econômicas, sociais e de raça/etnia” (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p. 10). Nesse cenário, a pessoa idosa representa papel fundamental no entrelaçamento entre o entendimento-entrosamento das comunidades remanescentes e a sociedade civil, intermediando as relações sociais desenvolvidas entre esses grupos (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Isto posto, vislumbra-se que

A categoria “envelhecimento” estabelece uma intrínseca influência junto a questão racial nas comunidades quilombolas, determina demandas por espaços coletivos de resposta às necessidades sociais, como o resgate da tradição cultural e da história das comunidades, no entanto, ao mesmo tempo se percebe desafios e limites estruturais. (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p. 12).

Para além, “Sabe-se que o papel da pessoa idosa, nesses espaços de construção e relação social, se volta intimamente com a questão da memória através da oralidade” (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p. 10). Dessa forma, a história oral atua como pressuposto para a reconstituição dos eventos ocorridos, a partir das memórias coletivas alicerçadas nos relatos individuais “Nesse caso, os testemunhos pessoais são considerados relevantes, primeiro, porque o sujeito é tomado

como o representante de determinado grupo marginalizado, sintetizando em sua trajetória particular as vicissitudes do caminho percorrido pelo grupo” (RIOS, 2013, p. 13).

Diante disso, percebe-se que os laços que unem e consolidam as memórias dos povos tradicionais se complementam por meio de uma ancoragem coletiva advinda da memória geracional dos anciãos das comunidades remanescentes. De modo que “Os mais velhos trazem à tona muitas informações de conquistas e lutas contadas por seus pais e até mesmo pelos avós, e essas informações resultam nessa visão atual do que é ser quilombola” (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p. 14).

6.1 Eixo temático 1. acesso à unidade básica de saúde da família

6.1.1 Classe 3. Acesso aos profissionais da Unidade Básica de Saúde

A terceira classe compreende 12,94% (f = 22 ST) do *corpus* total analisado, composta por 22 (vinte e dois) seguimentos de texto e palavras como “Atender” ($\chi^2 = 90,74$); “Enfermeiro” ($\chi^2 = 75,12$); “Médico” ($\chi^2 = 31,33$); “Dentista” ($\chi^2 = 20,54$); “Doutor” ($\chi^2 = 15,93$); “Mandar” ($\chi^2 = 13,78$); “Demorar” ($\chi^2 = 10,13$); “Esperar” ($\chi^2 = 7,82$); “Assistência” ($\chi^2 = 7,82$); “Equipe” ($\chi^2 = 7,82$); “Agente” ($\chi^2 = 4,99$) e “Vir” ($\chi^2 = 4,68$).

**Quadro 3. Acesso aos profissionais da Unidade Básica de Saúde.
Ponto de Partida 12.94% - 22 ST**

Palavra	F	X ²
Atender	18	90.74
Enfermeiro	14	75.12
Médico	16	31.33
Dentista	3	20.54
Doutor	4	15.93
Mandar	6	13.78
Demorar	3	10.13
Esperar	2	7.82
Assistência	2	7.82
Equipe	2	7.82
Agente	2	4.99
Vir	10	4.68

Segundo as pessoas idosas, o acesso aos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) acontece apenas dentro da unidade no momento das consultas, conforme é identificado nas falas abaixo.

[...] quando tiver necessidade de que vem quem atende as vezes é enfermeiro outra hora é a enfermeira o médico também dentista já mas faz tempo. (PIQ 21, 2022).

quando vou a unidade_básica_de_saúde quem me atende é médico outra hora é enfermeiro dentista já atendeu. (PIQ 6, 2022).

a enfermeira faz a folha e a doutora atende eu fui abrir um exame essa semana lá que ela marcou graças a deus nunca mais eu adoeci se tivesse dor de recaída aí tinha médico. (PIQ 12, 2022).

quem atende são as enfermeiras que elas fazem as balconistas lá que elas fazem o atendimento depois delas elas mandam lá para a balança lá depois é a médica. (PIQ 15, 2022).

Depreende-se que os profissionais que realizam atendimento na UBS são enfermeiros (as) e médicos (as), alguns entrevistados mencionam que já receberam atendimento por profissional da área de odontologia, contudo, o mesmo não ocorre mais. Nesse prisma, é importante reconhecer que a modernidade traz consigo a demanda que o profissional em saúde esteja habilitado para “saber investigar a forma como a comunidade constrói suas representações de mundo, as quais interferem diretamente nas práticas relacionadas à saúde que, por sua vez, ou reafirmam as representações ou as transformam” (FREITAS *et al.*, 2011, p. 941).

Ainda, segundo as narrativas das pessoas idosas, a espera pelo atendimento na unidade é grande e cansativa.

[...] tem que ir lá é ruim de esperar eles aqui espera deitado porque em pé cansa não a equipe_de_saúde nunca veio aqui quem atende é médico é enfermeiro é tudo eu sou velha lá em Poções. (PIQ 8, 2022).

quando eu vou a unidade_básica_de_saúde eu sou atendido mas é difícil eu ir vou lá em Poções eu não tenho plano_de_saúde. (PIQ 7, 2022).

as vezes a gente demora lá nem dá tempo eles ficarem esperando a gente pra vim embora que muitos vão fazer feira outros vão para o médico tudo junto no mesmo carro de feira ai não dá. (PIQ 22, 2022).

eu acho que o direito à saúde está sendo respeitado só a demora assim que eu não acho de acordo. (PIQ 17, 2022).

Observa-se que para a realização do atendimento pela equipe de saúde, é necessário que o usuário se desloque até a unidade básica - Pimenteira ou Poções, uma vez que os profissionais não se deslocam até a Comunidade Remanescente de Quilombo de Lagoa do João, em que o estudo foi realizado. Nesse aspecto, é preciso compreender que o acesso à atenção primária à saúde perpassa barreiras de acessibilidade, o que corrobora o cenário de subutilização dos serviços ofertados (PEREIRA; MUSSI; ROCHA, 2019).

No que se refere à avaliação do acesso à saúde, os entrevistados apresentaram avaliações positivas à equipe de saúde da UBS, apesar da precariedade na prestação continuada do serviço de cuidado e assistência.

[...] na Pimenteira mesmo tem um a equipe de saúde não aqui nunca veio quando vou até a unidade_básica_de_saúde quem atende é a médica alguns enfermeiros também. (PIQ 2, 2022).

quando eu vou a unidade_básica_de_saúde quem atende é médica enfermeiro dentista mas tem tempo o meu direito à saúde não está sendo respeitado não oferece mesmo não ainda está faltando muita coisa. (PIQ 3, 2022).

tem tempo eu nem sei mais agente de saúde andava direto mas não vem mais não quando vou a unidade_básica_de_saúde quem me atende é médico outra hora é enfermeiro dentista já atendeu. (PIQ 6, 2022).

doutora Lorena ela que me atende lá enfermeira atende é só a médica e tem um médico também que antes tinha doutor Francisco que atendia também mas agora é doutora Lorena uma pessoa maravilhosa. (PIQ 14, 2022).

Frise-se que, “A literatura demonstra que ainda existe uma grande disparidade na Atenção à Saúde no Brasil, e que é necessário o envolvimento social e profissional para alteração desta realidade” (FREITAS *et al.*, 2011, p. 941). Em contrapartida, apesar da percepção da ausência de recursos para prestação de serviço adequado aos usuários, os pacientes avaliam o atendimento de forma positiva.

Outra situação relatada pelas pessoas idosas é a ausência de realização de visitas domiciliares pelos agentes de saúde ou realização com baixa frequência, além do fato da comunicação acontecer costumeiramente por mensagens de celular.

em tempo eu nem sei mais agente de saúde andava direto mas não vem mais não. (PIQ 6, 2022).

não o agente_de_saúde aqui mesmo nunca veio ele vem aí porque ele precisa ele manda a menina minha me avisar mas ele mesmo aqui nunca veio não. (PIQ 23, 2022).

porque ele entra mais em contato comigo quando tem médico ele manda uma mensagem pra mim dizendo que tem médico na Pimenteira (PIQ 4, 2022).

nem mesmo o médico agente_de_saúde vem de vez em quando marca exame aqui. (PIQ 1, 2022).

equipe_de_saúde da assistência social já veio aqui e o agente de saúde de quinze em quinze dias. (PIQ 16, 2022).

quando vem tem uma coisa pra falar aí na Pimenteira ele vem falar quando é pra ir pra lá ele vem falar ele dá muita assistência. (PIQ 15, 2022).

tem hora que ele manda áudio quando tem médico na pimenteira ele manda áudio pelo celular mas vim mesmo assim pra ver a gente de cara a cara ele não veio mais não. (PIQ 5, 2022).

Com a instituição da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, o parâmetro médio de 1 (uma) visita domiciliar ao mês por família foi modificado, passando a prever em texto

Anexo, tópico 4.2.6, alínea a), inciso III, realização de visitas com periodicidade a ser indicada pelo planejamento da equipe de saúde, cuja atribuição se estende ao Agente de Combate a Endemias (ACE). Essa dificuldade de frequência também foi observada em estudo datado de 2011, em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista - BA, contudo, o cenário apresentado consistiu na média de 50,5% (cinquenta vírgula cinco por cento) das famílias tendo recebido uma visita ao mês (BEZERRA *et al.*, 2014).

Depreende-se, a partir da análise das falas suscitadas nesta classe, que o acesso aos profissionais - médicos (as), enfermeiros (as) e, às vezes, dentistas - da Unidade Básica de Saúde ocorre apenas durante os atendimentos, realizados após considerável tempo de espera. Apesar disso, a equipe de saúde é avaliada positivamente pelos usuários do serviço, que mencionam a inexistência de visitas domiciliares por esses profissionais, as quais são realizadas apenas pelo agente de saúde, quando há necessidade da veiculação de informações.

Figura 8. Nuvem de palavras da classe 3 - Via *software* IRAMUTEQ.



Entre as 10 (dez) palavras com maior qui-quadrado (χ^2), mencionadas nas entrevistas realizadas e que compõem a terceira classe, destacam-se: “Atender” (f = 18) e “Enfermeiro” (f = 14), o que coaduna a percepção de cuidado fortemente associada ao profissional da enfermagem e sua relevância na atenção primária à saúde. Apesar da palavra “Médico” ($\chi^2 = 31,33$) ter sido mencionada por 16 (dezesesseis) vezes, seu χ^2 (qui-quadrado) tem numeração inferior em 43,79 (quarenta e três vírgula setenta e nove) quando comparada a palavra

“Enfermeiro” ($\chi^2 = 75,12$), e, ainda que somada a palavra “Doutor” ($\chi^2 = 15,93$), a diferença no χ^2 seria de 27,86 (vinte e sete vírgula oitenta e seis).

De acordo com as falas e a nuvem de palavras, percebe-se que a figura do profissional da enfermagem está atrelada à ideia de acessibilidade no que tange ao atendimento e cuidado em saúde. Nesse sentido, as palavras em destaque se complementam a partir da compreensão dos entrevistados de que a atenção primária à saúde ofertada pelo SUS se materializa no contato com o(a) enfermeiro(a).

Diante das narrativas dos entrevistados, em concomitância com as teorias que embasam o presente estudo, denota-se que as confluências que perpassam o acesso das pessoas idosas quilombolas aos profissionais em saúde da UBS está atrelada à representação social de inacessibilidade, visto que o contato entre eles acontece somente durante a realização dos atendimentos - na Unidade Básica de Saúde, cuja memória coletiva do grupo aponta para as iniquidades em torno do acesso e comunicação com os profissionais da atenção primária à saúde.

6.1.2 Classe 4. Acesso à Unidade de Saúde da Família

A quarta classe absorve 20,59% ($f = 35$ ST) do *corpus* total analisado, composta por 35 (trinta e cinco) seguimentos de texto e palavras como “Vir” ($\chi^2 = 51,77$); “Equipe_de_saúde” ($\chi^2 = 39,58$); “Pimenteira” ($\chi^2 = 30,66$); “Agente_de_saúde” ($\chi^2 = 27,32$); “Mês” ($\chi^2 = 26,97$); “Robério” ($\chi^2 = 26,97$); “Dia” ($\chi^2 = 20,37$); “Mundo_Novo” ($\chi^2 = 15,8$); “UBS” ($\chi^2 = 11,99$); “Ligar” ($\chi^2 = 11,78$); “Baixo” ($\chi^2 = 11,54$); “Avisar” ($\chi^2 = 11,12$); “Semana” ($\chi^2 = 11,12$); “Acesso” ($\chi^2 = 9,83$); “Pé” ($\chi^2 = 4,89$); “Trazer” ($\chi^2 = 3,97$); “Pedir” ($\chi^2 = 3,97$) “e “Moço” ($\chi^2 = 3,97$).

**Quadro 4. Acesso à Unidade de Saúde da Família.
Ponto de Partida 20.59% - 35 ST**

Palavra	F	X ²
Vir	26	51.77
Equipe de saúde	12	39.58
Pimenteira	18	30.66
Agente de saúde	10	27.32
Mês	9	26.97
Robério	9	26.97
Dia	9	20.37
Mundo Novo	4	15.8
UBS ^b	10	11.99
Ligar	3	11.78
Baixo	5	11.54
Avisar	4	11.12
Semana	4	11.12
Acesso	11	9.83
Pé	3	4.89
Trazer	2	3.97
Pedir	2	3.97
Moço	2	3.97

^bUnidade Básica de Saúde

Nesta classe, o deslocamento a outra localidade para buscar assistência à saúde surge nas falas das pessoas idosas, que relatam como ocorre o acesso a Unidade Básica de Saúde (UBS).

[...] é aí em baixo aí na Pimenteira nós vamos lá para ter acesso à saúde. (PIQ 12, 2022).

nós temos que pagar carro e ir lá a equipe_de_saúde já veio avisar nós que dia que tem médico aqui pra nós na Pimenteira ou nas Três_Lagoas. (PIQ 13, 2022).

vou a unidade_básica_de_saúde demoro mas eu vou em Poções antigamente eles vinham aqui mas agora tem que ir lá a equipe_de_saúde já veio mas demora. (PIQ 21, 2022).

eles vêm na Pimenteira que quando eu adoeci desse pé eu levei mais de meses caminhando pra Poções. (PIQ 10, 2022).

tenho acesso a unidade_básica_de_saúde quando não é em Poções é na Pimenteira que aqui em Lagoa_do_João não tem para ter acesso a unidade_básica_de_saúde tem que ir lá. (PIQ 1, 2022).

vou sempre a unidade_básica_de_saúde sim é aqui na Pimenteira não quando vem a gente que vai lá aqui para nós não pra nós é aqui embaixo na Pimenteira. (PIQ 9, 2022).

vou em Poções pra ter acesso a unidade_básica_de_saúde eu tenho ido lá em Poções aqui na Pimenteira eu fui outro dia agora vou em Poções eles vêm na Pimenteira. (PIQ 23, 2022).

posto_de_saúde na nossa região não tem nós vamos mais lá em Poções pra ter acesso a unidade_básica_de_saúde tem hora que eu vou lá quando eu quero. (PIQ 4, 2022).

pra ter acesso a unidade_básica_de_saúde eu vou aqui em baixo na Pimenteira quase todos quinze dias eu vou eu vou medir minha pressão eu vou lá na Pimenteira eu saio daqui cedinho cinco horas vou de a pé e volto. (PIQ 18, 2022).

tenho acesso a unidade_básica_de_saúde vou em Poções vou aqui na Pimenteira fazer exame que teve um mês aí que eu caminhei pra Poções e pra Pimenteira quase um mês todo. (PIQ 10, 2022).

só tem unidade_básica_de_saúde em Poções tem que ir lá pra ter acesso a unidade_básica_de_saúde. (PIQ 6, 2022).

já fui a unidade_básica_de_saúde da Pimenteira tem tempo que eu fui lá no de Poções eu lembro eu já fui eu acho que esses tempos eu já fui fazer três quatro exames lá. (PIQ 24, 2022).

eu vou em Poções porque eu pego o carro aqui na porta e vou e para ir lá na Pimenteira tem que ir de pé e aí é muito complicado. (PIQ 14, 2022).

vou aqui na Pimenteira para ter acesso à saúde eu vou toda vez que tem médico eu vou nós vamos lá que é aqui embaixo na Pimenteira. (PIQ 11, 2022).

Para averiguar a questão do acesso, é preciso compreender uma nuance em torno da assistência em saúde, posto que a falta de serviços locais nas comunidades remanescentes de quilombos faz com que os seus habitantes sejam obrigados a percorrer longas distâncias, quando há o surgimento ou a suspeita de doenças (FREITAS *et al.*, 2011). Ao relatarem as dificuldades que enfrentam no quesito saúde, discorrem sobre as alternativas dispendidas para a obtenção da prestação do serviço, que ocorre por meio da locomoção para a cidade mais próxima, Poções, ou o deslocamento caminhando para a unidade da Pimenteira.

A partir das narrativas, evidencia-se que o contato com a equipe de saúde acontece por meio do agente comunitário, que às vezes realiza visitas domiciliares à população, entretanto, os contatos mais frequentes acontecem por mensagens via celular. Nesse sentido, a assistência prestada pelo agente comunitário de saúde contempla avaliações positivas e negativas.

[...] equipe_de_saúde vem todo mês Robério ali no Mundo_Novo só ele já tem um bocado de dias que ele acompanha. (PIQ 18, 2022).

que eu visse a equipe_de_saúde não veio Robério vem do Mundo_Novo de mês em mês quinze em quinze. (PIQ 3, 2022).

os que vem procurar de doença é Robério quando nós precisamos de alguma coisa ele liga pra nós. (PIQ 10, 2022).

a equipe_de_saúde ainda não veio aqui da saúde tem o rapaz do Mundo_Novo que não sai daqui toda semana ele vem é Robério toda semana ele vem quando ele não vêm ele liga. (PIQ 11, 2022).

a equipe_de_saúde já veio uma vez só aqui foi uma moça que Robério trouxe aí lá de Poções ela disse que ela era da assistência_social Robério sempre vem aqui ele vem assim toda semana ele vem. (PIQ 17, 2022).

da saúde vem o agente_de_saúde que avisa nós se tem alguma coisa quando tem exame aí na Pimenteira ele vem e avisa nós que vai ter tal dia lá ele vem

aí quando precisa que vem um médico fazer exame ele vem avisar. (PIQ 19, 2022).

aqui na minha casa tem uns dias que o agente_de_saúde passou mas ai pra baixo ele sempre passa o povo ai que ele visita mais a casa é que deve saber eu não vou dizer que ele vem aqui todo mês. (PIQ 4, 2022).

quando tem consulta aqui em baixo na Pimenteira ele manda falar conosco quando tem em Poções ele fala ele vem o mês quase toda vez que tem coisa na Pimenteira ele avisa pra nós quando ele não vem ele avisa. (PIQ 10, 2022).

o agente_de_saúde ele vem aqui passa na área o agente_de_saúde passa direto de trinta em trinta mais ou menos sessenta em sessenta. (PIQ 15, 2022).

agente de saúde de vez em quando vinha já tem tempo ele vem mas demora. (PIQ 3, 2022).

veio agente_de_saúde de vez em quando vinha mas já tem é tempo que ele veio que é Robério ali do Mundo_Novo de vez em quando ele vinha mas agora tá com tempo que ele não veio mais. (PIQ 5, 2022).

agente_de_saúde vem aqui mês em mês o direito à saúde não está sendo respeitado porque como não vem direto aqui. (PIQ 20, 2022).

aqui na minha casa ele leva dias sem vim ele manda mesmo é mensagem ai quando a gente precisa de exame vai lá pedir eles pra marcarem um exame pra gente ai eles marcam. (PIQ 4, 2022).

tem o agente_de_saúde de vez em quando ele tá aqui passa uma vez toda vez que tem médico lá pra ir à Pimenteira ele vem avisar a gente ele é muito bom. (PIQ 14, 2022).

aqui nós precisamos de um agente_de_saúde que tem uns agente_de_saúde aqui que esses agentes tem horas que passa aqui e nem aqui em casa passa que tinha que passar pra saber se está doente ou se está são. (PIQ 7, 2022).

Isto posto, infere-se que os “idosos quilombolas vivem sob elevada privação de infraestrutura sanitária e social, e estão geograficamente distantes da oferta de serviços sociais e de saúde” (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2022, p. 41). Essa conjuntura da realidade demonstra e justifica a inclusão desse público em programas assistenciais e políticas públicas específicas, visto que a vulnerabilidade social a que estão expostos fundamenta a demanda de maiores cuidados. Dessa forma, a efetividade na prestação de serviços e adequação às necessidades dos usuários que envelhecem em áreas remotas - como é o caso de grande parte dos territórios quilombolas, tornam-se uma prioridade na garantia e efetivação do direito fundamental à vida e à saúde.

A necessidade de deslocamento para o atendimento em saúde é apontada pelos residentes na Comunidade de modo negativo, tendo em vista que não há Unidade de Saúde da Família na Comunidade Remanescente de Quilombo de Lagoa do João. De modo que o acesso à atenção primária à saúde depende da locomoção dos usuários do serviço até a UBS localizada na Pimenteira - quando presente a equipe de saúde - ou no município de Poções - BA. Outro fator que dificulta o acesso à UBS é a ausência de contato com a equipe de saúde, pois o único

meio de contato entre os usuários e a equipe de profissionais acontece somente por intermédio do agente comunitário de saúde.

Figura 9. Nuvem de palavras da classe 4 - Via *software* IRAMUTEQ.



Entre as 10 (dez) palavras com maior qui-quadrado (χ^2), mencionadas nas entrevistas realizadas e que compõem a quarta classe, destacam-se: “Vir” ($f = 26$) e “Equipe_de_saúde” ($f = 12$), o que indica que a percepção do acesso à Unidade de Saúde da Família perpassa a questão da acessibilidade e o contato com os profissionais de saúde da atenção básica. Nessa espreita, vislumbra-se que a representação social de acesso à saúde das pessoas idosas quilombolas está fortemente associada a um cenário de dificuldades, que se materializa em longas distâncias a serem percorridas para que os atendimentos aconteçam. Isto posto, ancorado em Halbwachs (2004), é nítido que a construção social do grupo coaduna uma memória marcada pela violação de direitos postulados na CRFB/1988, mas que carecem de efetividade prática.

Diante das narrativas analisadas no eixo 1, denota-se que o acesso das pessoas idosas quilombolas aos profissionais da atenção primária à saúde e à Unidade de Saúde da Família tem como elementos estruturantes das representações sociais entraves relacionados à prestação do serviço de saúde e à continuidade do cuidado, conforme identifica-se pelas falas constantes na classe 3; e dificuldades de acesso e comunicação com a equipe de saúde, de acordo com as narrativas presentes na classe 4.

6.2 Eixo temático 2. representação social do direito à saúde

6.2.1 Classe 5. Representações sociais sobre o Direito à Saúde

A quinta classe compreende 17,06% (f = 29 ST) do *corpus* total analisado, composta por 29 (vinte e nove) seguimentos de texto e palavras como “Melhorar” ($\chi^2 = 73,95$); “Direito” ($\chi^2 = 71,97$); “Respeitado” ($\chi^2 = 43,3$); “Saúde” ($\chi^2 = 24,29$); “Garantido” ($\chi^2 = 19,92$); “Graça” ($\chi^2 = 12,25$); “Ano” ($\chi^2 = 9,72$); “Deus” ($\chi^2 = 8,43$); “Gente” ($\chi^2 = 6,72$); “Estar” ($\chi^2 = 6,3$); “Sus” ($\chi^2 = 5,31$); “Conseguir” ($\chi^2 = 5,31$); “Medicamento” ($\chi^2 = 5,31$) e “Atendimento” ($\chi^2 = 5,31$).

**Quadro 5. Representações sociais sobre o Direito à Saúde.
Ponto de Partida 17.06% - 29 ST**

Palavra	F	X ²
Melhorar	17	73.95
Direito	19	71.97
Respeitado	13	43.3
Saúde	22	24.29
Garantido	4	19.92
Graça	5	12.25
Ano	3	9.72
Deus	8	8.43
Gente	12	6.72
Estar	18	6.3
Sus	2	5.31
Conseguir	2	5.31
Medicamento	2	5.31
Atendimento	2	5.31

O Direito à Saúde está relacionado ao acesso a um posto de saúde para atendimento às necessidades de cuidado e é relatado por boa parte das pessoas idosas como um direito respeitado nas comunidades quilombolas, conforme fica evidenciado nas falas abaixo.

[...] o direito à saúde está sendo respeitado para melhorar o acesso é deus dar a saúde primeiramente deus e depois remédio porque eu tenho gastado nesse mundo eu não sei até quanto quatro anos não são quatro dias as vezes é só gastando de remédio. (PIQ 8, 2022).

quando eu preciso eu vou e tem atendimento graças a deus o meu direito à saúde está sendo respeitado para melhorar era um doutor aí pertinho pra na hora que nós precisássemos. (PIQ 12, 2022).

lógico que o direito à saúde está sendo respeitado porque eles me atendem. (PIQ 10, 2022).

o direito à saúde está sendo garantido indo lá graças a deus a gente vai lá e marca direitinho consegue graças a deus aqui nesse lugar para melhorar era um posto_de_saúde. (PIQ 14, 2022).

graças a deus o direito à saúde tá sendo garantido pra melhorar é sempre ir ao médico ai melhora. (PIQ 18, 2022).

o meu direito à saúde está sendo respeitado sim para melhorar precisava de uma ambulância para carregar os doentes. (PIQ 11, 2022).

o direito à saúde está sendo garantido porque quando a gente vai lá eles cuidam direito para melhorar era fazer um posto_de_saúde aqui pra nós sabe o que é sair pelejando daqui pra lá já estava aqui era mais perto. (PIQ 9, 2022).

sobre o direito à saúde sempre quando eu vou lá eles fazem o que precisa eles dão exame mede pressão mede tudo o que poderia ser feito para melhorar o acesso à atenção_primária é isso que eu falei é posto e o transporte. (PIQ 1, 2022).

o direito à saúde está né tá respeitado né o que está me atrasando é o medicamento para melhorar o acesso é ter um posto_de_saúde por aqui com medicamento uma farmácia. (PIQ 16, 2022).

acho que o direito à saúde está sendo respeitado sim pra ficar mais fácil pra mim só se a comunidade desse o remédio pra nós não dá corre atrás corre atrás não dá o remédio pra nós. (PIQ 13, 2022).

eu acho que o direito a saúde tem sido respeitado sei lá tem que ir lá em Poções a não ser aí em baixo na Pimenteira quando dá para ir volta e meia faço um exame eu acho que para melhorar era isso aí que eu já falei o posto_de_saúde. (PIQ 2, 2022).

Infere-se que “a garantia ao direito à saúde demanda, além da disponibilidade de espaço físico apropriado, a presença de profissional/equipe com habilitação para a execução dos serviços demandados pela população adstrita” (MUSSI *et al.*, 2023, p. 330). É preciso, pois, romper a barreira da inacessibilidade para alcançar a previsão legislativa do direito social à saúde, por meio de ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, conforme indicação do art. 6º e art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Todavia, uma outra parte das pessoas idosas relata que seu Direito à Saúde não tem sido respeitado, devido à ausência de acesso a um posto de saúde e a dificuldade na realização de exames.

[...] o direito não está sendo respeitado tem que ir em Poções indo lá consegue atendimento para melhorar o acesso tinha que ter uma pessoa que se interessa por gente um vereador. (PIQ 6, 2022).

o direito à saúde não está sendo respeitado porque não está cuidando não está cuidando então para mim não tá para melhorar o acesso era ter um posto_de_saúde um posto_de_saúde e um médico. (PIQ 21, 2022).

pelo SUS o meu direito à saúde não tem sido respeitado porque falar a minha verdade é como eu acabei de falar está com cinco anos que eu estou fazendo esse tratamento. (PIQ 5, 2022).

acho que meu direito a saúde não está sendo respeitado porque tem horas que a gente vai marcar um exame quando é pelo SUS é aquela dificuldade para

você ser atendida aí não está respeitado se a gente fizesse exame sempre ia ajudar muito. (PIQ 4, 2022).
 eu acho que o direito à saúde ainda não está sendo respeitado porque eles não vêm aqui. (PIQ 7, 2022).
 o direito à saúde não está muito garantido [...] para melhorar o acesso era se viesse uma pessoa de vez em quando fazer um exame já que não tem posto bom tem de vir um médico sempre pra ter um posto de saúde ou de vez em quando visitar as casas. (PIQ 19, 2022).

A percepção dos entrevistados coaduna a dificuldade de acesso aos dispositivos de saúde que é evidenciada, principalmente, em comunidades quilombolas rurais, em razão da inacessibilidade das regiões em que estão localizadas e pela ausência de visitas dos profissionais da atenção básica. Assim, “as comunidades acabam utilizando outros métodos para cuidarem da saúde, sendo alguns deles provenientes dos saberes tradicionais que por muito tempo eram mais utilizados do que os advindo do saber biomédico” (LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019, p. 94).

Nesse cenário, se perpetua a “produção social da invisibilidade e da negação dos direitos sociais e culturais da população quilombola na contemporaneidade”, em que “a referência da identidade étnica produz resistência através “da memória viva”, que se torna coletiva para as gerações futuras” (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p. 17). Frise-se que, apesar da garantia do direito à saúde, resguardada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, bem como pela previsão de universalidade e igualdade do SUS, “a população negra tem tido experiências desiguais no que diz respeito ao nascimento, à vida, ao tratamento de agravos e/ou doenças e às causas de óbito” (FERNANDES; SANTOS, 2016, p. 137).

Emergiram ainda, algumas avaliações imprecisas sobre o atendimento ao Direito à Saúde, como se observa da fala seguinte.

[...] eu não sei se o meu direito à saúde tem sido respeitado eu também não sei te explicar eu não sei se está porque na roça eu ainda não fui pra melhorar o acesso era bom se tivesse um médico se tivesse um posto_de_saúde tivesse tudo isso melhorava a gente precisa de médico pra fazer pra dar orientação pra gente fazer exames é bom demais. (PIQ 22, 2022).

Dessa feita, a formação e capacitação dos profissionais voltados ao atendimento em saúde, especificadamente, de áreas rurais constituídas por povos tradicionais, precisa ser uma premissa da gestão em saúde, visto que as políticas de gestão devem “incentivar a presença desses profissionais na região com o objetivo de procurar sanar as maiores carências e as dificuldades de acesso aos serviços” (VIEIRA; MONTEIRO, 2013, p. 617). Para além, a

promoção de extensão na cobertura pode atuar de forma positiva na ascensão de ações em saúde pública.

Noutra perspectiva, “Apesar de evidenciar o papel da oralidade na socialização da memória e da tradição quilombola na conformação dessas identidades, percebe-se as contradições que se formam nesse processo na contemporaneidade” (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p. 10). Dessa feita,

A memória coletiva das comunidades quilombolas através do significado do que é ser quilombola, reinscreve no contexto atual, a afirmação da identidade através das práticas coletivas anteriormente desenvolvidas por seus antepassados e que as diferentes gerações fazem questão de manter vivas. (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p. 8).

Isto posto, importa salientar que a construção coletiva da memória de tradição segue em busca de espaços que possam promover, em conjunto às políticas públicas, a efetividade de seus direitos constitucionalmente assegurados, contudo, diante do “estigma de um olhar “diferente” e ainda “escravizado”” (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p. 17), compreendem-se os desafios a serem enfrentados, para que assim os povos tradicionais “possam ser olhados como cidadãos de luta por direitos sociais e direitos deixados por herança” (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p. 17).

Portanto, diante de uma realidade perpassada por iniquidades sociais diversas, “é mais importante entender do que lembrar, embora para entender também seja preciso lembrar” (SARLO, 2007, p. 22). Assim, a percepção dos usuários relativa ao atendimento das necessidades da população no segmento da saúde apresenta avaliações positivas, negativas e até imprecisas, cujas representações sociais sobre o direito à saúde estão fortemente marcadas pela desassistência perpetuada pelo contexto da ausência de Unidade Básica de Saúde na Comunidade. Evidencia-se que os entrevistados, inclusive aqueles que teceram avaliações positivas direcionadas ao respeito de seus direitos, indicaram a construção de uma UBS com equipe médica, farmácia e ambulância na Comunidade Remanescente de Quilombo de Lagoa do João como forma de melhoria da assistência em saúde.

Figura 10. Nuvem de palavras da classe 5 - Via software IRAMUTEQ.



Entre as 10 (dez) palavras com maior qui-quadrado (χ^2), mencionadas nas entrevistas realizadas e que compõem a quinta classe, destacam-se: “Melhorar” (f = 17) e “Direito” (f = 19), o que sugere que as representações sociais dos idosos sobre o direito à saúde estão voltadas para a indicação de melhorias com vistas à efetivação desse direito. Nesta classe, tornou-se possível apreender as representações sociais dos indivíduos entrevistados, que apresentaram análises positivas, negativas e até imprecisas no que se refere ao atendimento do seu direito fundamental à saúde. Essas percepções denotam os impasses que as pessoas idosas entrevistadas, diante de uma conjuntura da realidade perpassada por iniquidades diversas relativas à violação de direitos básicos, detém diante de suas representações de mundo.

Para além, é importante ressaltar que essas representações sociais remetem à memória coletiva da comunidade remanescente de quilombos, a qual atravessa toda a formação histórico-cultural de um passado marcado pela luta por direitos básicos garantidos a todos os cidadãos brasileiros, mas que, no cenário da escravatura instalada no Brasil, trazia diferenciações relativas à população negra. De modo que “as representações sociais se configuram como matérias-primas para a constituição da memória coletiva” (OLIVEIRA, 2017, p. 38). Nesse diapasão, inicia-se o processo de formação e consolidação da memória coletiva dos povos tradicionais, que ainda hoje, apesar da postulação pautada na igualdade dos direitos fundamentais indicados no texto constitucional, enfrentam impasses relacionados à efetivação dessas garantias.

Desta feita, pode-se dizer, a partir dos pressupostos teóricos que embasam a presente pesquisa, que a memória coletiva dos povos tradicionais remanescentes de quilombos -

especificadamente das pessoas idosas que compuseram este estudo - está atrelada às disparidades observadas e materializadas nas realidades de vida que denotam, em suas particularidades, cenários marcados por uma igualdade utópica, que se atém apenas à letra fria de uma constituinte nomeada como constituição cidadã.

6.2.2 Classe 1. Principais necessidades de saúde na comunidade quilombola

A primeira classe representa 26,47% (f = 45 ST) do *corpus* total analisado, composta por 45 (quarenta e cinco) seguimentos de texto e palavras como “Principal” ($\chi^2 = 37,79$); “Necessidade” ($\chi^2 = 37,02$); “Bom” ($\chi^2 = 33,18$); “Posto_de_saúde” ($\chi^2 = 27,2$); “Doente” ($\chi^2 = 18,89$); “Roça” ($\chi^2 = 18,51$); “Ficar” ($\chi^2 = 16,93$); “Trabalhar” ($\chi^2 = 13,16$); “Idoso” ($\chi^2 = 11,38$); “Correr” ($\chi^2 = 10,33$); “Precisar” ($\chi^2 = 9,53$); “Água” ($\chi^2 = 8,48$); “Importante” ($\chi^2 = 8,48$); “Ambulância” ($\chi^2 = 7,58$); “Andar” ($\chi^2 = 7,58$); “Querer” ($\chi^2 = 5,6$); “Corpo” ($\chi^2 = 4,96$); “Cidade” ($\chi^2 = 4,96$) e “Adoecer” ($\chi^2 = 4,76$).

**Quadro 6. Principais necessidades de saúde na comunidade quilombola.
Ponto de Partida 26.47% - 45 ST**

Palavra	F	X ²
Principal	14	37.79
Necessidade	15	37.02
Bom	21	33.18
Posto de saúde	21	27.2
Doente	12	18.89
Roça	9	18.51
Ficar	15	16.93
Trabalhar	6	13.16
Idoso	4	11.38
Correr	5	10.33
Precisar	14	9.53
Água	3	8.48
Importante	3	8.48
Ambulância	5	7.58
Andar	4	7.58
Querer	5	5.6
Corpo	3	4.96
Cidade	3	4.96
Adoecer	6	4.76

De acordo com as falas das pessoas idosas, as principais necessidades de saúde nas comunidades quilombolas são um posto de saúde e uma ambulância para realizar o deslocamento em busca de assistência.

[...] as principais necessidades era um posto_de_saúde uma ambulância pra carregar as pessoas que tá doente ou para o posto da Pimenteira aí ou pra cidade de Poções isso aí pra ficar à disposição da pessoa. (PIQ 16, 2022).

acho que a principal necessidade é um pra cuidar das doenças é um posto_de_saúde que não tem e uma ambulância também pra carregar os doentes. (PIQ 3, 2022).

as principais necessidades são transporte posto_de_saúde essas coisas aí já está bom tendo transporte e posto_de_saúde. (PIQ 1, 2022).

as principais necessidades são um posto_de_saúde um carro pra uma emergência e várias coisas assim deixar lá reservado cadeira_de_rodas. (PIQ 17, 2022).

A indicação de um posto de saúde como principal necessidade da comunidade, bem como o meio de transporte, cuja finalidade está pautada no atendimento, refletem o quanto a instalação de infraestrutura para a prestação de serviços representa uma realidade perpassada por iniquidades. Nessa espreita, a construção da Unidade Básica de Saúde apresenta-se “como possibilidade à transformação da realidade dos territórios negros rurais na luta pela equidade. [...] em consonância às necessidades dessas comunidades” (FERNANDES; SANTOS, 2016, p. 140).

Do mesmo modo, marcadores sociais como a religiosidade, gênero e ruralidade também precisam ser considerados, visto que atuam como formas de direcionamento aos modos de vida que regem as comunidades e auxiliam os residentes a lidarem com situações que envolvem o processo saúde-doença, principalmente diante dos agravos em saúde que acometem o público idoso quilombola.

De acordo com os relatos, a presença do profissional médico é de extrema importância na comunidade quilombola para a prestação de assistência adequada, conforme se evidencia nas falas a seguir.

[...] principalmente um médico para estar na região dando um suporte para os idosos a gente passando no médico porque a saúde é muito importante. (PIQ 4, 2022).

bem que é um médico tem que ter o posto_de_saúde e tem que ter os médicos pra virem. (PIQ 18, 2022).

porque se tiver o posto_de_saúde e não tiver o médico não adianta nada. (PIQ 21, 2022).

se fizesse um posto_de_saúde já ajudava demais que tendo um posto_de_saúde e os médicos vindo de trinta em trinta pelo menos de sessenta em sessenta estava bom demais não precisava correr atrás. (PIQ 15, 2022).

Isto posto, depreende-se que “Apesar dos avanços, a desigualdade vista entre povos quilombolas ainda é presente e torna-se ainda mais preocupantes quando se trata de pessoas idosas, pois a velhice por si só já traz maior vulnerabilidade” (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2022, p. 41). Nesse sentido, sopesar os avanços em torno da prestação do serviço em saúde torna-se relevante, já que,

[...] apesar dos avanços existentes na ampliação do Sistema Único de Saúde no Brasil, por meio da Política de Atenção Básica nas comunidades quilombolas, a lógica que ainda gerencia os serviços de saúde instalados nestes territórios está atrelada a uma compreensão técnico-instrumental da saúde, incapaz de oportunizar a construção de práticas e ações que vislumbrem a saúde como uma dimensão plena de sentidos e um direito. (FERNANDES; SANTOS, 2016, p. 140)

Questões sociais também são suscitadas nas narrativas dos entrevistados ao relatarem as dificuldades em torno do acesso à saúde, como a ausência de infraestrutura adequada para suprir as necessidades básicas da população residente na Comunidade Remanescente de Quilombo de Lagoa do João, uma vez que a compra de alimentos depende do deslocamento até a cidade mais próxima, Poções - BA.

[...] aqui precisa tudo não só para os idosos pra todos precisa de tudo quanto é coisa aqui aqui precisa do posto_de_saúde aqui precisa de alguns bons mercados pra idoso não precisar ficar fazendo compras lá em Poções e o povo aproveitando. (PIQ 15, 2022).
bons açougues de tudo um pouquinho que tem na cidade deveria ter aqui na roça onde tem se é um povoado que já tem bastante gente tinha que ter essas coisas todas pra gente não precisar sair correndo atrás. (PIQ 15, 2022).

No que se refere à negligência em saúde, deve-se compreender que quando essa negligência atua de modo predominante “os demais direitos também são afetados, visto que o direito à saúde se encontra decisivamente interligado com outros bens igualmente fundamentais.” (MUSSI *et al.*, 2023, p. 331). Portanto, a questão não se restringe apenas à oferta do serviço, mas que este seja de fato uma realidade alcançável ao público que necessita de atendimento, nesses termos, a acessibilidade deve ser pensada como garantia mínima do direito à saúde e não como barreira a ser enfrentada para tornar a prestação do serviço possível.

Nesse cenário, observa-se que “A característica da resistência continua, e o importante é que gerações futuras possam ter seus direitos preservados, direito à cultura, memória e terra e acesso às políticas públicas” (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p. 16). Noutra liame, infere-se que a inexistência de segurança pública na região ocasiona receio na população que vive em constante

estado de alerta, tornando-se responsável pela segurança pessoal e da propriedade em que reside.

[...] um policial também pra correr ronda pra ver como é que está nunca passa um policial tudo nós precisamos muitas coisas precisamos. (PIQ 7, 2022).

Prevista na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a segurança e a propriedade são elencadas no rol dos direitos e garantias fundamentais da população brasileira, nesse prisma, nos termos do “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. Diante da previsão legal, a garantia desses direitos a toda população vislumbra-se enquanto dever do Estado, seja em zona rural ou urbana.

Outra necessidade que emergiu das falas das pessoas idosas foi a necessidade de água potável, tendo em vista que a população é desassistida no que se refere a um sistema de saneamento básico nas residências.

[...] nós precisamos de um posto_de_saúde muito bom pra se nós adoecermos nós correremos atrás precisa de um banheiro muito bom que na minha casa não tem. (PIQ 13, 2022).

as principais necessidades são médico água fazer um poço (PIQ 14, 2022).
a gente passando no médico porque a saúde é muito importante água encanada também é boa que aqui não tem. (PIQ 4, 2022).

A partir do contexto retratado pelos entrevistados, depreende-se que o cenário em que as populações tradicionais residentes em comunidades remanescentes de quilombos rurais vivem perpassa uma conjuntura da realidade marcada pela precariedade das condições básicas de vida, o que “aumenta os níveis de vulnerabilidade aos agravos em saúde e/ou doenças que acometem as famílias quilombolas, bem como sua capacidade de formular respostas que permitam a solução dos mesmos” (FERNANDES; SANTOS, 2016, p. 129).

Além disso, vislumbra-se que “As condições sanitárias destas populações são insuficientes; a maior parte não possui água tratada e nem esgoto sanitário” (FREITAS *et al.*, 2011, p. 941). Essa situação reflete a “negligência e/ou violação de seus direitos fundamentais por parte do poder público brasileiro” (FERNANDES; SANTOS, 2016, p. 129) que deveria atuar na garantia e materialização dos princípios e objetivos da República Federativa do Brasil, especialmente com relação aos descendentes de africanos escravizados.

Segundo as falas dos participantes do estudo, as pessoas precisam de assistência à saúde porque adoecem, e este adoecimento é culpa de Deus.

[...] as pessoas ficam doentes porque deus quer porque fazem muitas coisas que não era para fazer e quando cai pra idade junta tudo. (PIQ 2, 2022).
 as pessoas ficam doentes porque deus quer porque nós aqui tudo o que faz é deus quem manda no terreno é deus que é o de lá de cima. (PIQ 24, 2022).
 as pessoas adoecem é porque alguns não pensam muito em deus e não deseja saúde dos outros aquilo estraga a gente. (PIQ 11, 2022).
 as pessoas ficam doentes primeiro lugar é a marcação de deus e a pessoa não correr atrás. (PIQ 9, 2022).

Frise-se que “A grande problemática está em oferecer saúde integral combinada com a manutenção das crenças e tradições destes grupos” (FREITAS *et al.*, 2011, p. 941), questão que merece destaque, uma vez que, “com aumento da expectativa de vida, a pessoa idosa busca estratégias para o enfrentamento do processo saúde-doença, visando melhoria da QV¹ e bem-estar na velhice, dentre elas destaca-se a religiosidade e a espiritualidade” (REIS, 2017, p. 27). Posto que,

O sagrado é um elemento na estrutura da consciência e não uma fase na história dessa consciência. Nos mais arcaicos níveis de cultura, viver como ser humano é, em si, um ato religioso, pois a alimentação, a vida sexual e o trabalho tem um valor sacramental. Em outras palavras, ser – ou, antes, tornar-se – um homem significa ser “religioso”. (ELIADE, 2010, p. 7).

Nesse prisma, importa salientar que “a prática religiosa, dentro ou fora do domicílio da pessoa idosa, constitui-se para esta como uma possibilidade de socialização, que deve ser estimulada na pessoa idosa longeva” (REIS, 2017, p. 29). Para além, emergiram definições sobre saúde e outras justificativas sobre as causas do adoecimento.

[...] saúde para mim é uma coisa muito importante que pra você sobreviver você precisa ter saúde ele está estável porque a saúde é por dentro a pessoa fica doente devido o organismo dele a alimentação. (PIQ 15, 2022).
 saúde é saúde mesmo sei lá as pessoas ficam doentes é porque as vezes não se cuida aí fica doente quando for se cuidar já não tem mais jeito. (PIQ 18, 2022).
 saúde é a gente viver sossegado sem aborrecer os viventes nenhum para mim uma tranquilidade é essa com a saúde boa é que ele faz de tudo é que ele está com o corpo dele leve. (PIQ 11, 2022).
 saúde é dormir é acordar bem está perfeita a saúde também as pessoas facilitam muito com a saúde se entrega eu acho isso que aqui eu vejo esse pessoal na roça ai. (PIQ 16, 2022).

¹ Qualidade de Vida.

Nesse diapasão, torna-se elementar compreender que “as iniquidades enfrentadas pelos quilombolas vão muito além das dificuldades no acesso e utilização de serviços de saúde, sendo expressas, sobretudo, pelas piores condições sociais e econômicas” (GOMES *et al.*, 2013, p. 1839). Assim sendo, a implantação de políticas sociais com vistas para a melhoria nas condições de vida desse público apresenta caráter elementar.

A respeito do segmento etário de pessoas com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, nota-se que esses indivíduos perpassam realidades marcadas por desigualdades adicionais durante o período vital da velhice. Nesse cenário, “O envelhecimento nos quilombos se caracteriza por ocorrer em situação de pobreza, elevadas necessidades de saúde, pior qualidade de vida, múltiplo adoecimento crônico e acesso restrito a serviços sociais e de saúde” (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2022, p. 35), o que torna urgente a abordagem do tema e a busca pela efetivação de ações assistenciais a população idosa remanescente de quilombos.

Frise-se que,

No caso da população negra, que é mais vulnerável a várias patologias pelo processo histórico de exclusão social, econômica, política e cultural a que foi submetida, cabe aos serviços de saúde garantir atendimentos adequados, que reduziram essa vulnerabilidade. (KALCKMANN *et al.*, 2007, p. 153).

Observa-se ainda, a partir das narrativas, que a representação de saúde das pessoas idosas entrevistadas está fortemente atrelada a recordação do trabalho.

[...] não posso fazer nada por enquanto estou caminhando apulso se eu tivesse mais saúde eu ia fazer o que eu fazia antes eu trabalhava na roça hoje eu não posso fazer nada. (PIQ 2, 2022).

é bom demais a pessoa ter a saúde que a gente trabalha faz as coisas eu mesma ando queixando doer mas você acredita eu não gosto de ficar dentro de casa vou ali na roça. (PIQ 3, 2022).

quem tem saúde está bom porque tá boa agora uma como eu que tem quatro anos que estou sentada dentro de casa é triste né saúde é andar trabalhar capinar na roça como eu capinava. (PIQ 8, 2022).

plantava feijão e tudo quebrava milho fazia pamonha fazia mingau bom demais. (PIQ 8, 2022).

eu levantava duas horas da manhã para peneirar farinha com meus dois irmãos batia fava quebrava milho cuidava da roça. (PIQ 3, 2022).

Outra questão que merece destaque é o fato de que “a comunidade quilombola se constitui numa relação de lembranças a partir da coletividade que tem relação com a territorialidade que assume dimensões afetivas, culturais, sociais e políticas” (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p. 8). Portanto, se faz necessária a articulação entre a memória coletiva do grupo e as

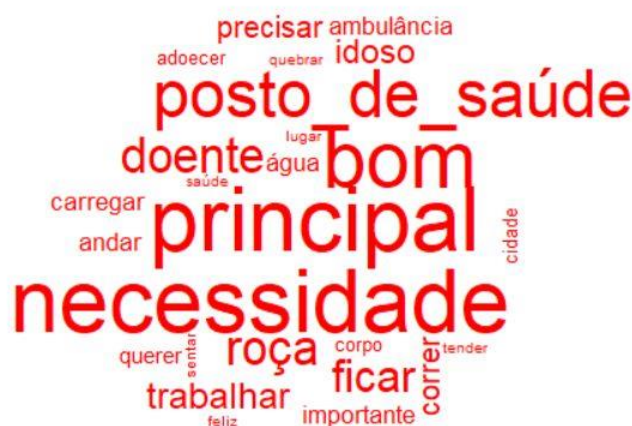
recordações individuais trazidas pelos seus integrantes para a formação histórico-socio-cultural e constituição das origens de cada quilombo.

Nesse sentido, “A dificuldade de acesso a serviços de saúde foi por muito tempo e ainda é, pauta de discussões e movimentos que lutavam pela criação de políticas públicas para a população negra e quilombola” (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2022, p. 41). É importante ressaltar que,

[...] os idosos são a principal referência da identidade étnica nas comunidades quilombolas, alguns, muito atuantes no processo de construção e manutenção da comunidade. As lideranças atuais têm na pessoa idosa a memória viva que se torna coletiva para as gerações futuras. (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p. 1).

Nesse prisma, as principais necessidades de saúde apontadas pelos usuários do serviço estão voltadas para a construção de um posto de saúde, a presença do profissional médico e a disponibilização de uma ambulância para o deslocamento dos enfermos. Surgiram questões relacionadas à inexistência de segurança pública para a população, bem como a ausência de infraestrutura básica nas residências, que não possuem água potável e sistema de saneamento básico. Nesse cenário, vem à tona o tema do adoecimento, que leva à busca por assistência em saúde, bem como suas possíveis causas, deslocadas a culpabilização divina; além de definições sobre saúde e justificativas ao processo do adoecer, cujas representações relativas à saúde plena estão ligadas a recordação do trabalho.

Figura 11. Nuvem de palavras da classe 1 - Via software IRAMUTEQ.



Entre as 10 (dez) palavras com maior qui-quadrado (χ^2) mencionadas nas entrevistas realizadas e que compõem a primeira classe, destacam-se: “Principal” (f = 14) e “Necessidade”

(f = 15), o que remete às principais necessidades de saúde na comunidade quilombola, indicadas como a construção de um posto de saúde e a disponibilização de uma ambulância para o deslocamento dos enfermos. No que diz respeito às principais necessidades elencadas pelo público participante da pesquisa, é possível compreender, embasado nos pressupostos teóricos da Teoria das Representações Sociais, que as representações individuais dos entrevistados apontam para o segmento social da saúde como aquele que se encontra em destaque enquanto principal necessidade dos residentes na comunidade remanescente de quilombo de Lagoa do João.

Portanto, pode-se dizer que as representações “restauram a consciência coletiva e lhe dão forma, explicando os objetos e acontecimentos de tal modo que eles se tornam acessíveis a qualquer um e coincidem com nossos interesses imediatos” (MOSCOVICI, 2003, p. 52). Nessa conjuntura, evidencia-se que as representações sociais das pessoas idosas estão atreladas à garantia do direito à saúde e à vida enquanto pressupostos para a busca pelos demais direitos que lhes são assegurados na Constituinte de 1988.

6.2.3 Classe 2. Acesso à assistência médica, exames e remédios

A segunda classe compreende 22,94% (f = 39 ST) do *corpus* total analisado, composta por 39 (trinta e nove) seguimentos de texto e palavras como “Chegar” ($\chi^2 = 19,79$); “Problema” ($\chi^2 = 17,3$); “Contar” ($\chi^2 = 17,3$); “Vit_da_Conq” ($\chi^2 = 16,27$); “Ensinar” ($\chi^2 = 13,76$); “Remédio” ($\chi^2 = 12,87$); “Dar” ($\chi^2 = 12,86$); “Tomar” ($\chi^2 = 10,26$); “Comprar” ($\chi^2 = 10,26$); “Acontecer” ($\chi^2 = 10,26$); “Filho” ($\chi^2 = 9,49$); “Fossar” ($\chi^2 = 9,49$); “Deixar” ($\chi^2 = 6,28$); “Olhar” ($\chi^2 = 6,28$); “Mundo” ($\chi^2 = 6,28$); “Passar” ($\chi^2 = 6,21$); “Hora” ($\chi^2 = 5,27$); “Coisa” ($\chi^2 = 4,44$); “Falar” ($\chi^2 = 4,33$); “Pagar” ($\chi^2 = 4,0$) e “Idade” ($\chi^2 = 4,0$).

**Quadro 7. Acesso a assistência médica, exames e remédios.
Ponto de Partida 22.94% - 39 ST**

Palavra	F	X²
Chegar	9	19.79
Problema	5	17.3
Contar	5	17.3
Vit da Conq ^a	6	16.27
Ensinar	4	13.76
Remédio	6	12.87
Dar	12	12.86
Tomar	3	10.26
Comprar	3	10.26
Acontecer	3	10.26
Filho	4	9.49
Fossar	4	9.49
Deixar	3	6.28
Olhar	3	6.28
Mundo	3	6.28
Passar	8	6.21
Hora	8	5.27
Coisa	11	4.44
Falar	7	4.33
Pagar	3	4.0
Idade	3	4.0

^aVitória da Conquista

Verificou-se que a maioria das pessoas idosas relatou que para ter acesso à assistência médica é necessário se deslocar para a cidade. Ademais, que esse deslocamento comporta despesa de transporte custeada pelo usuário, bem como o custo da realização de exames e da compra de remédios. Nesse cenário, a percepção do direito à saúde pela população compreende, de um lado, uma avaliação positiva, com indicação de atendimento ao direito, ainda que de forma parcial, como se depreende das falas seguintes.

[...] por enquanto o meu direito à saúde está sendo respeitado porque eles me o que tenho problema eles me passam o remédio ou eu compro eu tenho que comprar então a gente nada dado hoje é a gente é difícil achar (PIQ 15, 2022). para mim o direito à saúde tá sendo respeitado porque o pouco que eles me ensinaram eu estou tomando tudo do jeitinho que eles estão mandando é comprado é dado. (PIQ 24, 2022).

No que se refere à percepção dos usuários relativa à efetivação do direito à saúde, infere-se que “um dos sentidos atribuídos aos cuidados à saúde, está relacionado com os saberes

biomédicos exemplificados pela consulta médica, a realização dos tratamentos médicos indicados e o uso de medicamentos” (LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019, p. 94). Desse modo, a realização das consultas médicas apresenta-se de suma importância para a consolidação do respeito a esse direito fundamental, bem como a prescrição com a indicação de medicamentos para o tratamento de enfermidades que tendem a acometer o público idoso de maneira significativa.

E noutra perspectiva, há a compreensão de violação do direito à saúde, principalmente em razão da morosidade na assistência prestada.

[...] aí quando dá certo a gente faz porque é assim coisa do SUS se você tiver por acaso alguma coisa assim urgente você não vai esperar pelo SUS você tem que dar seus pulos fazer seu exame pago. (PIQ 4, 2022).

A garantia do direito à saúde, e concomitantemente do direito à vida, carece “que se verifiquem as condições mínimas para usufruí-la. Essas condições mínimas de vida repercutem em uma existência digna, igualmente reconhecida no texto constitucional” (MUSSI *et al.*, 2023, p. 332). Dessa forma, faz-se imprescindível que a prestação do atendimento em saúde aconteça o mais rápido possível, frente a relação de qualidade *versus* tempo de espera, todavia, o que se observa no quadro geral, é um sistema que ainda enfrenta dificuldades relativas à alta demanda e carência de profissionais e vagas suficientes para o quantitativo populacional que depende, na maioria das vezes, exclusivamente do sistema público de saúde.

Outra questão que emerge das narrativas é a dificuldade de deslocamento, cujo transporte ao município de Vitória da Conquista - BA, quando necessário, acarreta dificuldade de locomoção em razão da ausência de infraestrutura das estradas.

[...] tem vez que chega aqui até oito horas de lá de Vitória_da_Conquista mas eles vem trazer ele aqui os de lá mas daqui pra lá é pago. (PIQ 24, 2022).

Nesse aspecto, entender as barreiras do acesso e da acessibilidade ajuda a desconstruir afirmações de “pouco uso” do serviço de saúde pelos quilombolas ou repensar a questão da “subutilização” apontada na literatura (GOMES *et al.*, 2013), pois, ao constatar que o serviço é ofertado em localidade de difícil acesso e não nos territórios quilombolas, parece contraditório ou insuficiente a indicação da “subutilização” (PEREIRA; MUSSI; ROCHA, 2019).

Para além, a insuficiência de recursos em saúde é uníssona nos discursos dos entrevistados, que apontam os desafios e impossibilidades gerados pelo abandono estatal à Comunidade.

[...] como no meu caso mesmo quando eu fui pra Vitória_da_Conquista quando eu fui fazer os exames lá foi uma mulher lá de Poções que me ensinou essa médica. (PIQ 5, 2022).

porque eu gasto com passagem com remédio com exame porque eu tenho o meu salário mas o meu salário não dá pra tudo tem hora que eu faço a compra e não dá nem pra passar o mês porque eu preciso dos meus remédios. (PIQ 5, 2022).

deixa eu contar o caso a verdade seja dita eu não estava aqui eu estava em Vitória_da_Conquista fazendo exames porque eu estou ficando mais pra lá do que pra aqui. (PIQ 5, 2022).

a gente sentir um problema ir lá se abrir para o médico e contar pra ele o que que a gente tá passando pra ele mas nem isso aqui tem. (PIQ 17, 2022).

unidade_básica_de_saúde aqui mesmo não tem lá na Pimenteira é que tem nós vamos lá fazer um exame lá na Pimenteira ou Poções isso aí tá precisando mesmo. (PIQ 3, 2022).

Diante das dificuldades de acesso, populações residentes em quilombos rurais costumam buscar o serviço de saúde apenas em situações emergenciais, quando já há um quadro de doença instalado, conjuntura que coaduna o cenário de iniquidades em saúde e reverbera o empasse em torno do cuidado preventivo (PEREIRA; MUSSI; ROCHA, 2019). Para além,

[...] é interessante observar que, na medida em que os idosos quilombolas podem superar as dificuldades de transporte coletivo regular e chegar até os serviços públicos de saúde em busca de medicamentos, por exemplo, esses serviços, por sua vez, parecem não se deslocarem até os idosos. (FELIPE *et al.*, 2016, p. 10).

Além disso, é necessário sopesar até que ponto “os serviços de saúde, por meio de seus profissionais, aumentam a vulnerabilidade destes grupos populacionais”, já que, a depender da forma de atuação da equipe de saúde, a maneira com que os serviços são disponibilizados podem acabar “ampliando barreiras ao acesso, diminuindo a possibilidade de diálogo e provocando o afastamento de usuários” (KALCKMANN *et al.*, 2007, p. 153), que podem refletir em subutilizações do serviço de saúde.

De acordo com as narrativas apresentadas, denota-se que o acesso à assistência médica, exames e medicamentos ainda é bastante precário e tem como resultado a violação explícita do direito à saúde ao seguimento populacional estudado. Observa-se um cenário marcado pela ausência de infraestrutura adequada, falha na prestação do atendimento e continuidade de assistência médica pela equipe de saúde, irrisória quantidade de vagas para a realização de exames, quando comparada a alta demanda, e longas filas de espera, além do não fornecimento de remédios necessários para a manutenção da saúde dos usuários. Desta feita, tem-se como consequência a insatisfação da população remanescente de quilombos, o que coaduna a

uma percepção falha diante da previsão legislativa de garantia desse direito, cuja compreensão em torno das necessidades primordiais da comunidade, classe 1, e acesso a assistência médica, exames e medicamentos, classe 2, perpassa uma apreensão fragilizada a respeito das diretrizes estruturantes do Sistema Único de Saúde, visto que a realidade dessas comunidades atravessa dificuldades básicas de acesso à atenção primária à saúde, em função da aplicação discricionária e inefetiva dos princípios da universalidade e equidade do SUS.

7 CONCLUSÃO

Para analisar a memória e as representações sociais das pessoas idosas quilombolas sobre o acesso à atenção primária à saúde, fez-se necessário conhecer e identificar os seus elementos estruturantes. Somente por meio desses marcos da memória que se torna possível compreender as evocações que emergem nas entrevistas, através da multiplicidade de olhares advindos do estado de intuição sensível de cada entrevistado. E, assim, através dos processos de ancoragem e objetivação, traçar a reconstrução do passado como meio para a compreensão e possível transformação da realidade presente.

De modo geral, as representações sociais das pessoas idosas entrevistadas remetem, a partir da análise dos pontos de vista individuais de cada participante, a um quadro social de referência que perpassa a inefetiva prestação de saúde à comunidade. Nesse prisma, a noção coletiva das pessoas idosas confirma a realidade do fato social, ao qual remetem suas trajetórias individuais de vida - marcadas pela luta por direitos -, e que ressoa na memória coletiva do grupo.

Nessa perspectiva, com vistas à apreensão das representações sociais dos entrevistados no que tange ao direito à saúde, as confluências que permeiam as teorias utilizadas na presente pesquisa e tende a aproximações entre a memória coletiva e as representações sociais atuaram como ponto de partida à compreensão da relação indivíduo-sociedade e sociedade-indivíduo. Em que ancoragem e objetivação se entrelaçam pelo lugar que a memória ocupa nas representações sociais, e que essas, por meio dos mecanismos mencionados, materializam-se na memória coletiva do grupo.

Diante disso, representações atuais tornam possível a mudança de marcos sociais de referência em sociedades que têm por primazia uma memória de tradição própria de determinada cultura e costumes locais. Assim, os fenômenos sociais, objeto das representações de alguém sobre alguma coisa, fazem emergir a realidade do senso comum, exteriorizada pela linguagem - carregada de representações e memórias - nas narrativas individuais de vida, cuja realidade social emerge para dar-lhes sentido.

Isto posto, avaliar processos formativos de memórias e representações torna-se primordial na pesquisa da realidade social, tendo em vista que implicará diretamente o modo como o pensamento irá operar a partir da memória. Além disso, infere-se que a análise do comportamento e do pensar humanos representam a chave para a compreensão do funcionamento dos quadros sociais que perpassam e formam a memória coletiva de uma sociedade.

Nessa conjuntura, a construção social da realidade desvela o caráter das representações sociais enquanto fonte para a restauração de uma consciência coletiva, conforme objetivou-se na presente pesquisa, cuja apreensão entre o senso comum e a memória coletiva de pessoas idosas quilombolas delineou compreensões diversas a respeito do acesso à atenção primária à saúde diante dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, especificamente a universalidade e a equidade em saúde.

A discussão em torno do direito à saúde perpassa uma série de aspectos sociais e econômicos, tendo em vista que o acesso a serviços públicos de saúde não representa uma realidade para toda população brasileira. Nessa espreita, depreende-se que o acesso à saúde pública com serviços de qualidade ainda é um objetivo de distante alcance no Brasil, o qual ocorre por meio da atenção primária à saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF).

O presente estudo apontou que todas as pessoas idosas entrevistadas sentem a necessidade de haver uma equipe de saúde na comunidade quilombola em que residem, visto que a distância até a Unidade de Saúde Básica (UBS) representa um empecilho à acessibilidade e garantia do seu direito à saúde. Diante desse contexto, expressa-se uma fragilidade em relação à equidade e à universalidade na saúde para a comunidade remanescente de quilombo de Lagoa do João. Para tanto, buscou-se, a partir desta pesquisa, dar voz aos indivíduos que compõem esse grupo étnico-histórico-cultural para que, assim, se torne possível legitimar suas reivindicações e incorporá-las a essa realidade marcada pela vulnerabilidade que se materializa em iniquidades à saúde.

Ademais, o reconhecimento dos direitos do público quilombola e sua constituição enquanto cidadãos brasileiros denota fundamental importância no que se refere a políticas públicas em saúde que busquem a efetiva inclusão desses grupos em ações que contemplem o ciclo da responsabilidade social do Estado. Desse modo, torna-se imperiosa a inserção da ética como princípio da consciência libertária cuja finalidade está pautada no alcance da justiça por meio da promoção da equidade e universalidade que regem o SUS, assim como o bem-estar do ser humano preconizado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que preceitua a todos, garantia de vida digna.

Outrossim, é notável que o segmento populacional em questão se encontra em situação de extrema vulnerabilidade social, intimamente ligada à qualidade de vida que perpassa as comunidades quilombolas rurais, o que se dá em função das condições socioambientais, demográficas, históricas, políticas e culturais em que vivem. Enfatiza-se ainda, a dimensão político-econômica que transcorre a temática a fim de traçar contribuições no que tange à

reflexão crítica das políticas de reconhecimento dos quilombos e seu aporte histórico na formação cultural do país. Sobretudo na configuração da atenção primária à saúde, que deve estar pautada em políticas universais de nível nacional, com finalidade de atendimento efetivo em saúde aos povos tradicionais, entre eles, o público quilombola.

Desse modo, o debate calcado em evidências científicas e estudos pormenorizados acerca dessas populações deve ser fomentado, para que a barreira da invisibilidade social seja ultrapassada, e, assim, seja possível a implementação de políticas e ações de concreta aplicabilidade. Com isso, o desencadeamento e a ampliação na oferta de serviços tornar-se-ão uma realidade mais próxima.

Todavia, essa passagem não pode ser vista como modelo de integração, uma vez que a previsão desses direitos já deveria estar incorporada à realidade brasileira, e não ter de carecer de políticas redistributivas de direitos inerentes a todos. Portanto, a sobreposição de medidas articuladas em prevenção e promoção em saúde revelam a importância de propostas teóricas voltadas à redução de desigualdades através de investigações teóricas próprias.

Para além, é necessário sopesar as limitações em torno da presente pesquisa, visto que o estudo contemplou apenas uma comunidade remanescente de quilombo, além de não terem sido entrevistados profissionais da área da saúde e gestores municipais. Deve-se considerar, ainda, as mudanças correntes no pensamento dos indivíduos pertencentes ao grupo - inerentes à constituição do indivíduo em sociedade -, cujos aspectos individuais e coletivos tendem a transformar suas memórias e representações sociais.

Por fim, sugere-se a continuidade de estudos no mesmo seguimento para que, a partir de novas análises, seja possível compreender de forma aprofundada o contexto e a vivência dos povos remanescentes de quilombos (quilombolas). Especialmente pesquisas longitudinais, por possibilitarem o acompanhamento a longo prazo sobre o acesso à atenção primária à saúde, e, dessa forma, fomentar o desenvolvimento da pesquisa científica sobre o tema engendrado, além de buscar a concreticidade dos direitos e garantias fundamentais das populações tradicionais.

REFERÊNCIAS

- ALBA, Martha. de. Representações sociais e memória coletiva: uma releitura. *In.*: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araujo. (Org.). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. 2. ed. Brasília: Technopolitik, 2014. p. 619-671.
- ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araujo. (Org.). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. 2. ed. Brasília: Technopolitik, 2014.
- ARAGÃO, Janaína Alvarenga. **Acesso de saúde na atenção básica prestada aos quilombolas, Piauí**. Orientador: Ângelo José Gonçalves Bós. 2014. 102f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- ARAÚJO, Edna Maria de. **Mortalidade por Causas Externas e Raça cor da Pele**: uma das expressões das desigualdades sociais. Orientadora: Maria da Conceição Nascimento Costa. 2007. 204f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.
- ARAÚJO, Edna Maria de; COSTA, Maria da Conceição N.; HOGAN, Vijaya K.; MOTA, Eduardo Luiz Andrade; ARAÚJO, Tânia Maria de; OLIVEIRA, Nelson Fernandes de. Diferenciais de Raça/Cor da Pele em Anos Potenciais de Vida Perdidos por Causas Externas. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, 2009. p. 405-412. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/x4Hbc77jXBdmbQ9hB9LqVpk/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 27 fev. 2023.
- ARAÚJO, Edna Maria de; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; NORONHA, Ceci Vilar; HOGAN, Vijaya K.; VINES, Anissa I.; ARAÚJO, Tânia Maria de. Desigualdades em Saúde e raça/Cor da Pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos [1996-2005]. **Saúde Coletiva**, v. 40, n. 40, 2010. p. 116-121. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84215105005>. Acesso em: 08 jan. 2023.
- ARAÚJO, Luana Araújo dos. **Sentidos da Religiosidade e Espiritualidade no Vivido da Pessoa Longeva**. Orientadora: Tânia Maria de Oliva Menezes, 2017. 94f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.
- ARRUTI, José Maurício. Políticas públicas para quilombos: terra, saúde e educação. *In.*: M. Paula & R. Heringer. (Org.). **Caminhos convergentes: Estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil** (p. 75-109). Rio de Janeiro, RJ: Fundação Heinrich Boll, 2009. Disponível em: http://www.pontaojongo.uff.br/sites/default/files/upload/caminhos_convergentes_estado_e_sociedade03_jose_mauricio.pdf. Acesso em: 13 mar. 2023.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. Lisboa: Ed70, 1977.
- BATISTA, Luís Eduardo; VOLOCHKO, Anna; FERREIRA, Carlos Eugênio de Carvalho. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. *In.*: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde.

Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005. p. 237-314.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice.** 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de velhos.** 1. ed. São Paulo: Tao, 1979.

BRASIL A. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira:** 2016. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. 146 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL B. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL SUS. **Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020.** Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-1-434-3/>. Acesso em: 22 fev. 2023.

CARDOSO, Clarissiane Serafim; MELO, Letícia Oliveira de; FREITAS, Daniel Antunes. Condições de Saúde nas Comunidades Quilombolas. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 12, n. 4, p. 1037-1045, abr./2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110258/28665>. Acesso em: 21 abr. 2023.

CARDOSO, Clarissiane Serafim; MELO, Letícia Oliveira de; FREITAS, Daniel Antunes. CONDIÇÕES DE SAÚDE NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS. **Rev enferm UFPE**, Brasil, v. 12, n. 4, p. 1037-1045, abr./2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110258p1037-1045-2018>. Acesso em: 3 jul. 2023.

CENSO2022.IBGE.GOV.BR. **Panorama do Censo 2022.** Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR>. Acesso em: 28 jul. 2023.

CHIORO, Arthur; COSTA, Ana Maria. A reconstrução do SUS e a luta por direitos e democracia. **Saúde em Debate** [online], Rio de Janeiro, v. 47, n. 136, p. 05-10, jan-mar./2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313600>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 27 jun. 2023.

CONSELHO.SAUDE.GOV.BR. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

CORONAGO, Virginia Maria Mendes Oliveira; BULHÕES, José Ricardo de Souza Rebouças; SILVA, Larissa Souza Lima da. Isolamento Social e Idosos Frente ao Covid 19: Afeto e cuidado em tempos de pandemia. **Confluências**, Niterói, v. 22, n. 2, p. 242-259, ago./2020. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/confluencias/article/view/42986/25353>. Acesso em: 19 dez. 2022.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 1. ed. Rio de Janeiro: EdFIOCRUZ, 2003.

DADOS.CULTURA.GOV.BR. **Fundação Cultural Palmares**. Disponível em: <http://dados.cultura.gov.br/organization/fundacao-palmares>. Acesso em: 10 maio 2023.

DERRIDA, Jacques. **Força de Lei: o fundamento místico da autoridade**. 1. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2007.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO A. **Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1434_14_07_04.pdf. Acesso em: 22 mar. 2023.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO B. **Portaria nº 4.036, de dezembro de 2021**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-do-campo-da-floresta-das-aguas-povos-e-comunidades-tradicionais/portaria-gm-ms-ndeg-4-036-de-dezembro-de-2021.pdf/view>. Acesso em: 5 mar. 2023.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO C. **Portaria nº 91, de 16 de junho de 2011**. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=17/06/2011&jornal=1&pagina=15&totalArquivos=352>. Acesso em: 29 abr. 2023.

DOMINGUES, Petrônio; GOMES, Flávio. Histórias Dos Quilombos E Memórias Dos Quilombolas No Brasil: Revisitando Um Diálogo Ausente Na Lei 10.639/031. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, [S.l.], v. 5, n. 11, p. 05-28, out. 2013. ISSN 2177-2770. Disponível em: <http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/187>. Acesso em: 12 jun. 2023.

DURKHEIM, Émile. **Sociologia e Filosofia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1924.

ECAM.ORG.BR A. **Levantamento de Políticas Públicas de Apoio às Comunidades Quilombolas**. Brasil, 2021. Disponível em: <http://ecam.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Info-PP-BR-5.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2023.

ECAM.ORG.BR B. **Levantamento de Políticas Públicas de Apoio às Comunidades Quilombolas**. Bahia, 2021. Disponível em: <http://ecam.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Info-PP-BA-4.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2023.

ELIADE, Mircea. **História das crenças e das ideias religiosas II**. Trad. Roberto Cortes de Lacerda. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasil, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, abr./2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/>. Acesso em: 12 jul. 2023.

FEKETE, Maria Christina. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. *In.*: Santana, José Paranaguá. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana Saúde; 1997.

FELIPE, Iana Andrade Sampaio; JÚNIOR, Edivan Gonçalves da Silva; ALBUQUERQUE, Tâmara Delles Ferreira Pinto de; MARACAJÁ, Vitória de Farias; EULÁLIO, Maria do Carmo. **CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM IDOSOS QUILOMBOLAS**. EdRealize, Brasil, v. 1, n. 1, p. 1-12, out./2016. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/24409>. Acesso em: 14 jul. 2023.

FERNANDES, Saulo Luders; SANTOS, Alessandro de Oliveira dos. Itinerários terapêuticos de mulheres quilombolas de Alagoas, Brasil. **Interfaces Brasil/Canadá**, Florianópolis/Pelotas/São Paulo, v. 16, n. 2, p. 127-143, abr./2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/interfaces/article/view/7562/5993>. Acesso em: 25 jan. 2023.

FOLSTEIN, Marshal F.; FOLSTEIN, Susan E.; MCHUGH, Paul R. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Jornal de Pesquisa Psiquiátrica**, New York, v. 12, n. 3, p. 189-198, nov./1974. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395675900266>. Acesso em: 7 abr. 2023.

FREITAS, Daniel Antunes; CABALLERO, Antonio Diaz; MARQUES, Amaro Sérgio; HERNÁNDEZ, Clara Inés Vergara; ANTUNES, Stéffany Lara Nunes Oliveira. SAÚDE E COMUNIDADES QUILOMBOLAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA. **Rev. CEFAC**, Brasil, v. 13, n. 5, p. 937-943, fev./2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fYdFrbrz5YHsqgyqTxj9QhR/>. Acesso em: 24 jul. 2023.

FREITAS, Daniel Antunes; CABALLERO, Antonio Diaz; MARQUES, Amaro Sérgio; HERNÁNDEZ, Clara Inés Vergara; ANTUNES, Stéffany Lara Nunes Oliveira. SAÚDE E COMUNIDADES QUILOMBOLAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA. **CEFAC**, Online, v. 13, n. 5, p. 937-943, fev./2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fYdFrbrz5YHsqgyqTxj9QhR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2023.

FURTADO, Marcella Brasil; PEDROZA, Regina Lúcia Sucupira; ALVES, Cândida Beatriz. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. **Psicologia & Sociedade**, Brasil, v. 26, n. 1, p. 106-115, mai./2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/7m7spDq5Xm6vNYFqmh89X7g/#>. Acesso em: 9 jul. 2023.

FURTADO, Marcella Brasil; PEDROZA, Regina Lúcia Sucupira; ALVES, Cândida Beatriz. Cultura, Identidade e Subjetividade Quilombola: Uma Leitura a Partir da Psicologia Cultural. **Psicologia & Sociedade**, Online, v. 26, n. 1, p. 106-115, nov./2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/7m7spDq5Xm6vNYFqmh89X7g/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2023.

GOMES, Karine de Oliveira; REIS, Edna Afonso; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1829-1842, set./2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/J4KJPczBxNQMhk4ZVJyj4qn/?lang=pt#>. Acesso em: 4 jul. 2023.

GOOGLE MAPS. **ACQLJ**. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/place/ACQLJ/@-14.5367809,-40.5513855,17z/data=!4m6!3m5!1s0x747a95c76e11961:0x422c63e4772e47a7!8m2!3d-14.5367861!4d-40.5488106!16s%2Fg%2F11fs2c7p81!5m1!1e4>. Acesso em: 28 abr. 2023.

GORDILHO, Adriano; SÉRGIO, João; SILVESTRE, Jorge; RAMOS, Luiz Roberto; FREIRE, Margarida Paes Alves; ESPINDOLA, Neidil; MAIA, Renato; VERAS, Renato; KARSCH, Úrsula. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**: Envelhecimento humano. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.

GOV.BR A. **Fundação Cultural Palmares**. Disponível em: <https://www.gov.br/palmares/pt-br>. Acesso em: 17 jun. 2023.

GOV.BR B. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 20 maio 2023.

GOV.BR C. **Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais**. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/igualdade-etnico-racial/acoes-e-programas/politica-nacional-de-desenvolvimento-sustentavel-dos-povos-e-comunidades-tradicionais>. Acesso em: 16 out. 2022.

GOV.BR D. **Portaria GM/MS nº 4.036, de 29 de dezembro de 2021**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-4.036-de-29-de-dezembro-de-2021-370917139>. Acesso em: 24/05/2023.

GOV.BR E. **Programa Brasil Quilombola**. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/igualdade-etnico-racial/acoes-e-programas/programa-brasil-quilombola>. Acesso em: 28 out. 2022.

GOV.BR F. **Quilombolas no Brasil**. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/21311-quilombolas-no-brasil.html#:~:text=Um%20estudo%20realizado%20pela%20Base,Censo%20e%20do%20Censo%202010>. Acesso em: 28 abr. 2023.

GOV.BR G. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 24 abr. 2023.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. 2. ed. São Paulo: EdVértice, 1990.

HALBWACHS, Maurice. **Los marcos sociales de la memoria**. 1. ed. Barcelona: EdAnthropos, 2004.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística A. **Dimensionamento Emergencial de População Residente em Áreas Indígenas e Quilombolas para Ações de Enfrentamento à Pandemia Provocada pelo Coronavírus**: Subsídios para o Ministério da Saúde visando ao Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. 1. ed. Rio de Janeiro: Investigações Experimentais, 2021.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística B. **Base de Informações sobre os Povos Indígenas e Quilombolas | Indígenas e Quilombolas 2019**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/27480-base-de-informacoes-sobre-os-povos-indigenas-e-quilombolas.html>. Acesso em: 15 nov. 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística C. **Projeção da População**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 11 out. 2022.

INSTITUTO VOTORANTIM. **Índice de Vulnerabilidade Municipal - Covid-19**. Disponível em: <https://institutovotorantim.org.br/ivm/>. Acesso em: 18 ago. 2023.

JODELET, Denise. **As representações sociais**. 1. ed. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JORGE, Amanda Lacerda. O movimento social quilombola: considerações sobre sua origem e trajetória. **Vértices**, Campos dos Goytacazes, v. 17, n. 3, p. 139-151, ago./2015. Disponível em: <https://editoraessentia.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/1809-2667.v17n315-08/4792>. Acesso em: 3 abr. 2023.

JUNIOR, Tercio Sampaio Ferraz. **Introdução ao estudo do direito: técnica, decisão, dominação**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

JÚNIOR, Tércio Sampaio Ferraz. **Introdução ao estudo do direito: técnica, decisão, dominação**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes dos; BATISTA, Luís Eduardo; CRUZ, Vanessa Martins da. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, mar./2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZTJmFN3BzNTm8C6rf9qFJgC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2023.

LOPES, Elisângela Domingues Severo; PAIXÃO, Cassiane de Freitas; SANTOS, Daniela Barsotti. “Os Cansaços e Golpes da Vida”: Os Sentidos do Envelhecimento e Demandas em Saúde entre Idosos do Quilombo Rincão do Couro, Rio Grande do Sul. **Psicologia**, Rio Grande do Sul, v. 39, n. 1, p. 85-100, ago./2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222518>. Acesso em: 5 jul. 2023.

MACÊDO, T. (Org.) **Brasil África: como se o mar fosse mentira**. São Paulo: EdNESP; Luanda, Angola: Chá de Caxinde, 2006, p. 327-362.

MAIO, Iadya Gama. O envelhecimento e a capacidade de tomada de decisão: Aspectos jurídicos de proteção ao Idoso. **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, p. 13-25, out./nov./dez., 2018. Disponível em: <https://revistalongevidiver.com.br/index.php/revistaportal/article/view/740/801>. Acesso em: 15 fev. 2023.

MARQUES, Carlos Eduardo. **Remanescentes das Comunidades de Quilombos, da re-significação ao imperativo legal**. Orientadora: Ana Lucia Modesto. 2008. 172f. Dissertação (Mestrado em Antropologia.). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia

e Ciências Humanas, Belo Horizonte, 2008. Disponível em:
https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-998GEC/1/remanescentes_das_comunidades_de_quilombo_....pdf.
<http://hdl.handle.net/1843/BUOS-998GEC>. Acesso em: 10 mar. 2023.

MARTINS, Jéssica; MARTINS, Gerusa; ALCÂNTARA, Fernanda Viana de. **O Processo de Territorialização da Comunidade Remanescente Quilombola da Lagoa do João do Município de Poções-BA**. II Simpósio Baiano de Geografia Agrária: entre a teoria e a prática, articulações e resistências. Salvador, 2017.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **O Conteúdo Jurídico do Princípio da Igualdade**. 3. ed. São Paulo: EdMalheiros, 1993.

MELO, Maíra Fernanda Tavares de; SILVA, Hilton Pereira. Doenças Crônicas e os Determinantes Sociais da Saúde em Comunidades Quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN**, Online, v. 7, n. 16, p. 168-189, jun./2015. Disponível em:
<https://abpnrevista.org.br/site/article/view/103/100>. Acesso em: 5 abr. 2023.

MOREIRA, Ramom Pereira de Jesus. **A Memória da Escravidão e a Construção da Identidade dos Grupos que Compõem a Comunidade Quilombola de Helvécia (2000-2018)**. Orientador: Felipe Eduardo Ferreira Marta. 2019. 120f. Dissertação (Mestrado em Memória: Linguagem e Sociedade). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, 2019.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOURA, Clóvis. **Quilombos: resistência ao escravismo**. São Paulo: Ática, 1987.

MOURA, G. Quilombos contemporâneos no Brasil. *In.*: CHAVES, R; SECCO, C. & MUSSI, Leila Maria Prates Teixeira; OLIVEIRA, Ilzver de Matos; ALMEIDA, Claudio Bispo de; MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas. O Direito à Saúde: uma análise com Comunidades Quilombolas baianas. **ODEERE**, Brasil, v. 8, n. 1, p. 322-339, abr./2023. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/odeere/article/view/12010/7489>. Acesso em: 23 jul. 2023.

NERI, Anita Liberalesso. Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. *In.*: Leandro F. Malloy-Diniz, Daniel Fuentes, Ramon M. Cosenza. (Org.), **Neuropsicologia do envelhecimento: uma Abordagem Multidimensional**, Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 17-42.

NOGUEIRA, Caroline Furtado; BORIS, Georges Daniel Janja Bloc. Envelhecimento na perspectiva fenomenológico-existencial de Sartre e de Beauvoir. **REVISTA DE PSICOLOGÍA**, Brasil, v. 28, n. 8, p. 1-14, set./2019. Disponível em:
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-05812019000200095&script=sci_arttext. Acesso em: 18 jul. 2023.

NULL. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasil, v. 19, n. 6, p. 1835-1847, mar./2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/mNCFXysmdgNpKpnDZGWBL5f/?lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2023.

OLIVEIRA, Janderson Carneiro de. **Consumo de drogas: memórias, representações sociais e suas influências nas práticas de educação em saúde**. Orientadora: Luci Mara Bertoni. 2018. 203f. Dissertação (Mestrado em Memória: Linguagem e Sociedade). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, 2018.

OLIVEIRA, Simone Barros de; BITENCOURT, João Vitor; SILVA, Rosemari Paim da; MAIA, Cassia Aline Bulsing; ALMEIDA, Eliane Moreira de. IDOSOS QUILOMBOLAS, IDENTIDADE ÉTNICA E MEMÓRIA. *In: Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, Brasil*, v. 1, n. 1, p. 1-19, mai./2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22690>. Acesso em: 23 jul. 2023.

OLIVEIRA, Stéphaney Ketllin Mendes; PEREIRA, Mayane Moura; GUIMARÃES, André Luiz Sena; CALDEIRA, Antônio Prates. Self-perceived health among 'quilombolas' in northern Minas Gerais, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Online, v. 20, n. 9, p. 2879-2890, fev./2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n9/2879-2890/en/#>. Acesso em: 14 abr. 2023.

PAIVA, Sabrina Guimarães; KLAUTAU-GUIMARÃES, Maria de Nazaré; OLIVEIRA, Silviene Fabiana de. Dinâmicas socioeconômicas e demográficas de comunidades quilombolas do Brasil Central: uma abordagem descritiva. **Revista Concilium**, Brasil, v. 22, n. 6, p. 611-625, nov./2022. Disponível em: <https://cliium.org/index.php/edicoes/article/view/595>. Acesso em: 15 jul. 2023.

PALMARES.GOV.BR. **Fundação Cultural Palmares**. Disponível em: https://www.palmares.gov.br/?page_id=52126. Acesso em 24 abr. 2023.

PEREIRA, Rosilene das Neves; MUSSI, Ricardo Fraklin de Freitas; ROCHA, Roseanne Montargil. ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR QUILOMBOLAS CONTEMPORÂNEOS BAIANOS. **Revista da ABPN**, Brasil, v. 12, n. 31, p. 449-469, fev./2020. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/739>. Acesso em: 17 jul. 2023.

PINHO, Lucinéia; DIAS, Roberta Laiane; CRUZ, Luciana Mendes Alves; VELLOSO, Nádia Aléssio. Condições de saúde de comunidade quilombola no norte de Minas Gerais. **J. res.**, Online, v. 7, n. 1, p. 1847-1855, jan./2015. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3436/pdf_1415. Acesso em: 18 jan. 2023.

PINTO, Claudia Silva; JUNIOR, Getúlio Rosa dos Santos; SILVA, Rosiany Pereira da; OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de; ARAGÃO, Francisca Bruna Arruda; BARROS, Andressa Rayane Viana; COSTA, Andréa Suzana Vieira. Perfil das condições de saúde das idosas quilombolas no município de Bequimão, Maranhão: dados do IQUIBEQ. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 55, n. 4, p. 1-9, dez./2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/198071>. Acesso em: 11 jul. 2023.

PORTAL DE DADOS DA CULTURA. **Comunidades Quilombolas Certificadas.**

Disponível em: <http://dados.cultura.gov.br/dataset/comunidades-quilombolas-certificadas>.

Acesso em: 8 ago. 2023.

PORTAL DE LEGISLAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA. **CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DA BAHIA DE 05 DE OUTUBRO DE 1989.** Disponível em:

<http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/constituicao-do-estado-da-bahia-de-05-de-outubro-de-1989>.

Acesso em: 16 ago. 2023.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA A. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Acesso em: 5 dez. 2022.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA B. **Decreto nº 10.088, de 5 de novembro de 2019.**

Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d10088.htm.

Acesso em: 6 abr. 2023.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA C. **Decreto nº 11.447, de 21 de março de 2023.**

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11447.htm#art17.

Acesso em: 4 abr. 2023.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA D. **Decreto nº 4.886, de 20 de novembro de 2003.**

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4886.htm.

Acesso em: 19 abr. 2023.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA E. **Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003.**

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm.

Acesso em: 9 fev. 2023.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA F. **Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007.**

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm.

Acesso em: 28 mar. 2023.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA G. **Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003.** Disponível

em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.639.htm.

Acesso em: 19 jan. 2023.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA H. **Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003.** Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.678.htm.

Acesso em: 23 abr. 2023.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA I. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Disponível

em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm.

Acesso em: 22 fev. 2023.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA J. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível

em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Acesso em: 21 mar. 2023.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA K. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm.

Acesso em: 10 mar. 2023.

RICOEUR, Paul. **A memória, a história, o esquecimento.** 1. ed. Campinas: EdUnicamp, 2007.

RICOEUR, Paul. **Tempo e narrativa**. 1. ed. Campinas: Papirus, 1994.

RIOS, Fábio Daniel. MEMÓRIA COLETIVA E LEMBRANÇAS INDIVIDUAIS A PARTIR DAS PERSPECTIVAS DE MAURICE HALBWACHS, MICHAEL POLLAK E BEATRIZ SALVIATI, Maria Elisabeth. **Manual do Aplicativo Iramuteq (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3)**. Planaltina, 2017.

SANTOS JUNIOR, Getúlio Rosa dos; BARROS, Andressa Rayane Viana; SILVA, Isaias Pereira da; SANTOS, Izani Gonçalves dos; OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de. **GEORREFERENCIAMENTO DE IDOSOS QUILOMBOLAS E AS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E SOCIAIS DAS SUAS COMUNIDADES, MARANHÃO, BRASIL**. EdABen, Brasil, v. 2, n. 1, p. 34-45, jan./2022. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c05>. Acesso em: 25 jul. 2023.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Reconhecer para libertar: Os caminhos do cosmopolitismo multicultural**. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SANTOS, Josenaide Engracia dos; SANTOS, Giovanna Cristina Siqueira. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 99, p. 563-570, dez./2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CrbZyGN45Qg7fCtXXKrfjnz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2023.

SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Leda Maria de. (Org.). **Diálogos com a Teoria da Representação Social**. 1. ed. Alagoas: EdUFPE, 2005.

SANTOS, Vanessa Cruz; BOERY, Eduardo Nagib; PEREIRA, Rafael; ROSA, Darci de Oliveira Santa; VILELA, Alba Benemerita Alves; ANJOS, Karla Ferraz dos; BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira. CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE ASSOCIADAS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUILOMBOLAS. **Texto Contexto Enferm**, Brasil, v. 25, n. 2, p. 1-9, fev./2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001300015>. Acesso em: 19 jul. 2023.

SANTOS, Vanessa Cruz; BOERY, Eduardo Nagib; PEREIRA, Rafael; ROSA, Darci de Oliveira Santa; VILELA, Alba Benemerita Alves; ANJOS, Karla Ferraz dos; BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira. Condições Socioeconômicas e de Saúde Associadas à Qualidade de Vida de Idosos Quilombolas. **Texto Contexto Enferm**, Online, v. 25, n. 2, p. 1-9, fev./2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/vnrJt5jF45c9m6KCcpdMKHg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2023.

SARDINHA, Ana Hélia de Lima; ARAGÃO, Francisca Bruna Arruda; SILVA, Cleidson Moraes; RODRIGUES, Zulimar Márita Ribeiro; REIS, Andréa Dias; VARGA, István van Deursen. Qualidade de vida em idosos quilombolas no nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Brasil, v. 22, n. 3, p. 1-10, jul./2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/ncpSTgvKzk4mCpPkHx784Nw/?lang=en#>. Acesso em: 12 jul. 2023.

SARLO, Beatriz. **Tempo passado**: cultura da memória e guinada subjetiva. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SARLO. **INTRATEXTOS**, Brasil, v. 5, n. 1, p. 1-22, nov./2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intratextos/article/view/7102>. Acesso em: 10 jul. 2023.

SAÚDE, Ministério da. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: EdMinistério da Saúde, 2017.

SAWAIA, Bader Burihan. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, p. 585-593, out./dez., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2023.

SILVA FILHO, João Bernardo da; LISBOA, Andrezza. **Quilombolas**: Resistência, História e Cultura. 1. ed. São Paulo: IBEP, 2013.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, José Antonio Novaes da. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 111-124, mai./2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Gw4fyhtwy8PsdTMwhFtSfSB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 jan. 2023.

SOUZA, Bárbara Oliveira. **Aquilombar-se**: Panorama histórico, identitário e político do movimento quilombola brasileiro. Orientador: José Jorge de Carvalho. 2008. 2004f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2130/1/2008_BarbaraOliveiraSouza.pdf. Acesso em: 8 mar. 2023.

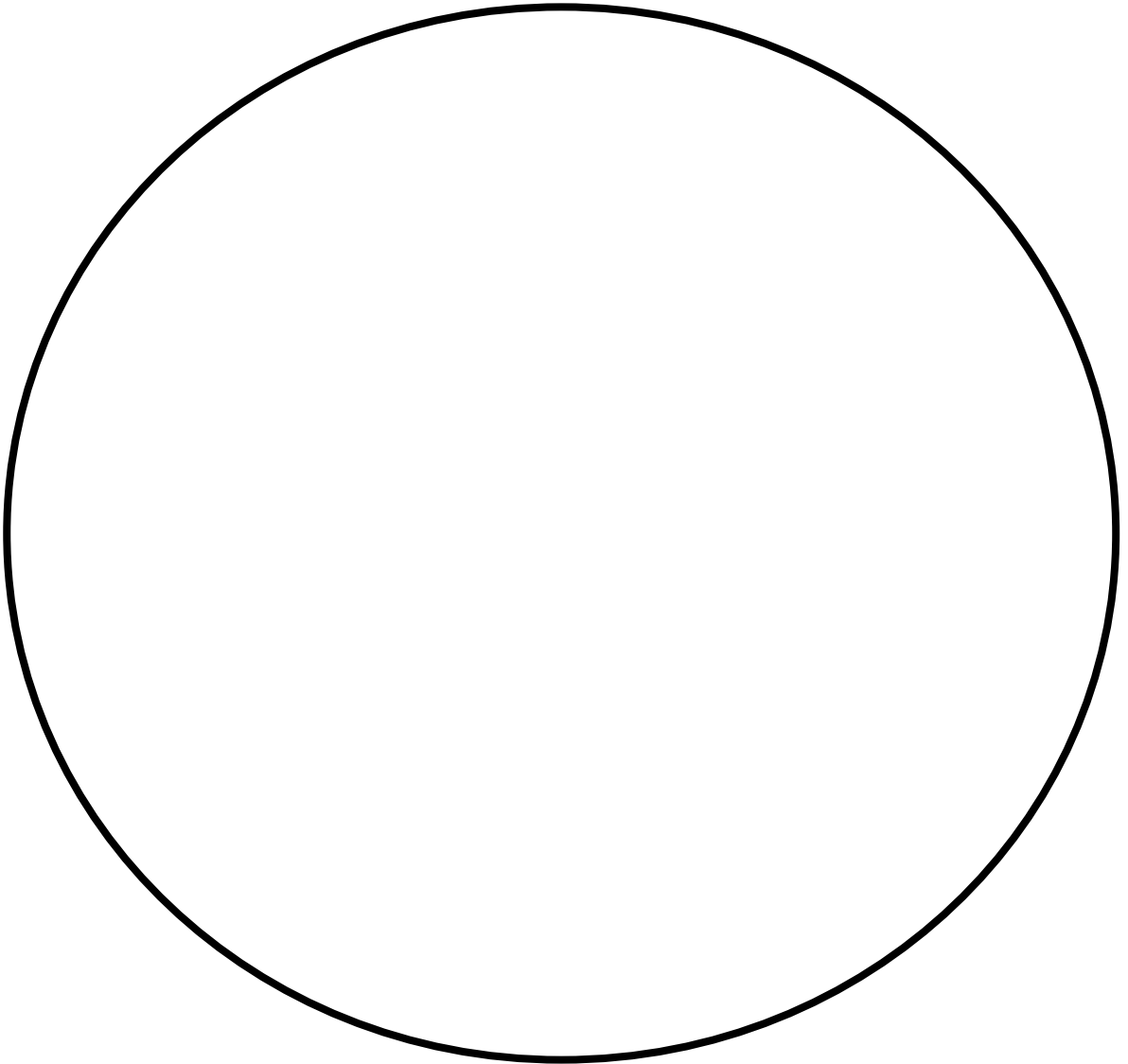
SOUZA, Naira Damiana Dias; SILVA, Paula Roberta Oliveira; SOUZA, Joice Cavalcante de. Saúde da pessoa idosa Quilombola e vulnerabilidade socioeconômica. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 1836-1842, jan./2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/43377>. Acesso em: 26 jul. 2023.

TETEMANN, Edialy Cancian; TRUGILHO, Silvia Moreira; SOGAME, Luciana Carrupt Machado. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 356-369, dez./2016. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/25456>. Acesso em: 11 jul. 2023.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, 2007. p. 2490-2502.

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte; MONTEIRO, Pedro Sadi. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, dez./2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GwYSxxVb5DCDkyrXhSxW4JG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2023.

APÊNDICE A – Teste do Relógio



APÊNDICE B – Dados Sociodemográficos e de Saúde

1. Nome:	
2. Local da pesquisa:	
3. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	4. Cor relatada: _____
5. Idade: _____ anos	
5.1 Idade subjetiva:	
6. Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Outro:	
7. Escolaridade em anos:	
8. Nível de escolaridade: <input type="checkbox"/> Não sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> Ensino fundamental <input type="checkbox"/> Ensino profissional <input type="checkbox"/> Ensino secundário <input type="checkbox"/> Ensino superior	
9. Religião:	
10. Profissão:	
11. Situação atual de trabalho: <input type="checkbox"/> aposentado(a) <input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> afastado(a) do trabalho <input type="checkbox"/> cuida da casa <input type="checkbox"/> outros:	
12. Mora com quem? <input type="checkbox"/> com companheiro(a) <input type="checkbox"/> sozinho(a) <input type="checkbox"/> com filhos(as) <input type="checkbox"/> outros:	
13. Renda familiar (salário mínimo):	
14. Sentiu dor no corpo na última semana? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	
15. Intensidade da dor (Escala Visual Numérica): Marque um círculo ao redor do número que mais se aproxima da sua dor (0 = sem dor a 10 = dor insuportável):	
16. Local da dor:	
17. Doenças crônicas: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Artrite/Artrose <input type="checkbox"/> Lesão de Pele <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> outras:	
18. Uso de medicamentos: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Qual(is)?	

APÊNDICE C – Entrevista Semiestruturada

1. Quais são as 3 (três) principais necessidades das pessoas idosas quilombolas residentes em comunidades rurais?
2. O que é saúde para o(a) senhor(a)?
3. Por que o(a) senhor(a) acha que as pessoas adoecem?
4. O(A) senhor(a) tem acesso a uma Unidade Básica de Saúde (UBS)? Se sim, onde está localizada?
5. Como ocorre o acesso a Unidade Básica de Saúde (UBS)? O(A) senhor(a) tem que se deslocar até lá ou os atendimentos são realizados na comunidade?
6. A equipe de saúde já fez alguma visita a sua casa? Se sim, qual profissional fez a visita? De quanto em quanto tempo isso ocorre?
7. Quando o(a) senhor(a) tem acesso a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), quais profissionais lhe atende?
8. O(A) senhor(a) acredita que o seu direito à saúde tem sido respeitado?
9. O que poderia ser feito para melhorar o acesso à Atenção Primária?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



FACULDADE INDEPENDENTE DO NORDESTE – FAINOR

Credenciada pela Portaria MEC n.º 1.393, de 04 de julho de 2001
Publicado no DOU de 09 de julho de 2001

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a), somos **LUANA ARAÚJO DOS REIS, ALINE GOMES DE JESUS SOUZA, FELIX MEIRA TAVARES, JOANA TREGROUSE LAIGNIER DE SOUZA E LARISSA SOUZA LIMA DA SILVA** e estamos realizando juntamente com **LUCIANA ARAÚJO DOS REIS**, o estudo sobre **DETERMINANTES DE SAÚDE, DOENÇA E AGRAVOS DAS PESSOAS IDOSAS NEGRAS VIVENDO EM REMANESCENTES DOS ANTIGOS QUILOMBOS (QUILOMBOLAS)**.

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), desta pesquisa. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, também não receberá qualquer vantagem financeira. Suas dúvidas referentes a esta Pesquisa serão esclarecidas e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelos pesquisadores, que tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores.

Este **Termo de Consentimento livre e Esclarecido – TCLE**, encontra-se impresso em duas vias originais de mesmo teor, sendo que uma será arquivada pelos pesquisadores responsáveis, e a outra será fornecida ao senhor (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

A pesquisa tem por objetivo: Analisar a situação de saúde, as doenças e agravos mais prevalentes e verificar sua relação com fatores socioeconômicos e ambientais nas pessoas idosas negras vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (quilombolas).

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou orientador(a). Os resultados gerais obtidos nesta pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos propostos, incluída sua publicação em eventos científicos.

Considerando que toda pesquisa oferece **RISCOS** e **BENEFÍCIOS**, nesta pesquisa, os mesmos podem ser avaliados como:

RISCOS: Por se tratar de um estudo com aplicação de questionários e entrevista, os possíveis riscos consistem em desconforto e/ou constrangimento ao responder às

Av. São Luiz, n.º. 31, Anexo 01, 2º Andar, Candeias
CEP: 45055-080 – Telefone: (77) 3161-1071
E-mail: cep@fainor.com.br

Luana Araújo dos Reis
Luana Araújo dos Reis

Aline Gomes de Jesus Souza
Aline Gomes de Jesus Souza

Larissa Souza Lima da Silva
Larissa Souza Lima da Silva

questões propostas, bem como a quebra da confidencialidade. Para minimizar tal risco, será assegurado ao participante autonomia plena, respeitando sua vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa. Além disso, para amenizar o constrangimento da aplicação dos questionários, será utilizado uma sala reservada e realizado de forma individual. Os nomes ou iniciais dos participantes não serão divulgados em nenhuma etapa da realização do projeto, nem posteriormente. O sigilo e anonimato de todos os participantes do estudo serão garantidos. Ressalta-se ainda, que para garantir que não ocorra vazamento das informações confidenciais dos participantes do estudo, os questionários serão transportados em envelopes lacrados e armazenados pela própria autora da pesquisa em sua sala de pesquisa na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

BENEFÍCIOS: Os resultados serão divulgados, seguindo os preceitos éticos da pesquisa, a fim de propor medidas que contribuam para perpetuação da cultura e tradição nos Quilombos. Outrora, os resultados serão publicados em ambientes científicos, visto que se trata de um estudo inédito na região do sudoeste da Bahia, e que possivelmente trará a luz os dados deste fenômeno em toda sua complexidade. A confidencialidade dos dados dos indivíduos pesquisados será observada em todas as etapas do estudo.

Sua colaboração se fará de forma anônima, por meio de questionários e entrevista, cujo os objetivos são estritamente acadêmicos.

Por este meio, eu, _____,

AUTORIZO o uso dos meus dados neste Projeto de Pesquisa, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com os (as) pesquisadores (as) envolvidos (as), concordo em participar deste estudo como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Compreendo que não irei receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus em troca, e participarei com a finalidade exclusiva de colaborar para as conclusões acadêmicas e científicas da mesma. Foi garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento até a publicação dos dados, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento) e que se houver necessidade, as despesas para a minha participação serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores.



Impressão Datiloscópica

Assinatura do Participante

Av. São Luiz, nº. 31, Anexo 01, 2º Andar, Candeias
CEP: 45055-080 – Telefone: (77) 3161-1071
E-mail: csp@fainor.com.br

Rebecca Souza Lima de Silva
Georgina F. F. F.

Rebecca Souza Lima de Silva
Júlia Gomes de Sousa Costa

Rebecca Souza Lima de Silva
Julia Gomes de Sousa Costa

Luciana Araújo dos Reis

LUCIANA ARAÚJO DOS REIS
PESQUISADORA RESPONSÁVEL
Telefone: (73) 99142-7894
E-mail: lucianauesb@yahoo.com.br

Larissa Souza Lima da Silva

LARISSA SOUZA LIMA DA SILVA
PESQUISADORA ASSISTENTE
Telefone: (77) 98104-1990
E-mail: silva.larissa.s.l.da@gmail.com

Luana Araújo dos Reis

LUANA ARAÚJO DOS REIS
PESQUISADORA ASSISTENTE
Telefone: (71) 99284-3044
E-mail: luareis1@hotmail.com

Felix Meira Tavares

FELIX MEIRA TAVARES
PESQUISADOR ASSISTENTE
Telefone: (77) 99188-1834
E-mail: felixmeira@gmail.com

Joana Trengrouse

JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE SOUZA
PESQUISADORA ASSISTENTE/PARTICIPANTE
Telefone: (77) 99851-7067
E-mail: drajoanat@gmail.com

Aline Gomes de Jesus Souza

ALINE GOMES DE JESUS SOUZA PESQUISADORA
ASSISTENTE
Telefone: (73) 99137-1432
E-mail: agjsouza77@gmail.com

O que é o CEP/FAINOR? O CEP/FAINOR é um colegiado interdisciplinar e independente, com "munus público", isso é, uma obrigação de acordo com lei, de caráter consultivo, deliberativo e educativo. Foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade. Além disso, tem, também, o propósito de contribuir no desenvolvimento da pesquisa, dentro de padrões éticos.

**ENDEREÇO INSTITUCIONAL DOS
PESQUISADORES:**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia –
UESB

Estr. Bem Querer, Km-04 - 3293, 3391 - Campus
de Vitória da Conquista, Candeias - BA, CEP:
45083-900.

Telefone: (77) 3424-8600

ENDEREÇO DO COMITÊ DE ÉTICA:

Av. São Luiz, nº 31 – Núcleo de Pós-Graduação,
Pesquisa Extensão, 2º Andar, Candeias, Vitória da
Conquista - BA, CEP: 45055-080.

Telefone: (77) 3161-1071
E-mail: cep@fainor.com.br

Horário de Funcionamento: Segunda à sexta,
em horário comercial.

Av. São Luiz, nº. 31, Anexo 01, 2º Andar, Candeias
CEP: 45055-080 – Telefone: (77) 3161-1071
E-mail: cep@fainor.com.br

Larissa Souza Lima da Silva
Joana Trengrouse

Luciana Araújo dos Reis
Aline Gomes de Jesus Souza

Luana Araújo dos Reis
Felix Meira Tavares

ANEXO A – Portaria nº 91/2011**FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES****PORTARIA Nº 91, DE 16 DE JUNHO DE 2011**

O Presidente da Fundação Cultural Palmares, no uso de suas atribuições legais conferidas pelo artigo 1º da Lei n.º 7.668 de 22 de agosto de 1988, em conformidade com a Convenção n.º 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais, ratificada pelo Decreto n.º 5.051, de 19 de abril de 2004, o Decreto n.º 4.887 de 20 de novembro de 2003, §§ 1º e 2º do artigo 2º e § 4º do artigo 3º e Portaria Interna n.º 98, de 26 de novembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União n.º 228 de 28 de novembro de 2007, Seção 1, f. 29, resolve:

Art 1º REGISTRAR no Livro de Cadastro Geral n.º 13 e CERTIFICAR que, conforme as declarações de Autodefinição e os processos em tramitação nesta Fundação Cultural Palmares, as Comunidades a seguir, SE AUTODEFINEM COMO REMANESCENTES DE QUILÔMBO.

COMUNIDADES LAGOA DE JOÃO, PIMENTEIRA E VASSOURA, localizada no município de PORÇÕES/BA, registrada no Livro de Cadastro Geral n.º 013, Registro n. 1.497, fl. 113;

ANEXO B – Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)
QUESTIONÁRIO RESUMIDO DO ESTADO MENTAL

	Certo	Errado
1. Que dia é hoje? (dia/mês/ano)	()	()
2. Qual é o dia da semana?	()	()
3. Qual é o nome deste lugar?	()	()
4. Qual é o número do seu telefone? (ou endereço)	()	()
5. Quantos anos você tem?	()	()
6. Qual é a sua data de nascimento?	()	()
7. Quem é o atual presidente do seu país?	()	()
8. Quem foi o presidente antes dele?	()	()
9. Como é o nome de solteira de sua mãe?	()	()
10. Subtraia 3 de 20 e continue subtraindo até o nº final.	()	()
20, 17, 14, 11, 8, 5, 2		

ANEXO C – Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE)

1- Teste de cognição: Por favor, imagine que este círculo abaixo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números e os ponteiros na posição certa indicando “onze horas e dez minutos”.		
(0) Aprovado	(1) Reprovado com erros mínimos	(2) Reprovado com erros significantes.
2- Estado geral de saúde: Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado?		
(0) Zero	(1) 1-2 vezes	(2) Mais de 2 vezes
De um modo geral, como você descreveria a sua saúde (escolha uma alternativa):		
(0) Excelente, Muito Boa	(1) Razoável	(2) Ruim
3- Independência Funcional: Em quantas das seguintes atividades você precise de ajuda?		
() preparar refeição	() fazer compras	() lavar roupa
() tomar transporte	() usar o telefone	() cuidar do dinheiro
() cuidar da casa		() tomar remédios
(0) 0-1	(1) 2-4	(2) 5-8
4- Suporte Social: Quando você precisa de ajuda, você contar com a ajuda de alguém que atenda às suas necessidades?		
(0) Sempre	(1) Algumas vezes	(2) Nunca
5- Uso de medicamentos: Normalmente, você usa, cinco ou mais medicamentos diferentes que foram receitados pelo médico?		(0) Não (1) Sim
Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios?		(0) Não (1) Sim
6- Nutrição: Recentemente, você tem perdido peso, de forma que as suas roupas estão mais folgadas?		(0) Não (1) Sim
7- Humor: Você se sente triste ou deprimido com frequência?		(0) Não (1) Sim
8- Continência: Você tem problema de perder o controle da urina sem querer?		(0) Não (1) Sim
9- Desempenho Funcional: “Eu gostaria que você sentasse nessa cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser vá, por favor, fique de pé e ande normalmente até a marca (3m), volte para a cadeira e sente novamente.		
(0) 0-10 segundos	(1) 11 a 20 segundos	(2) Maior que 20 segundos

ANEXO D – Parecer nº 5.340.843



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DETERMINANTES DE SAÚDE, DOENÇA E AGRAVOS DAS PESSOAS IDOSAS NEGRAS VIVENDO EM REMANESCENTES DOS ANTIGOS QUILOMBOS

Pesquisador: LUCIANA ARAUJO DOS REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56624822.3.0000.5578

Instituição Proponente: FAINOR - FACULDADE INDEPENDENTE DO NORDESTE LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.340.843

Apresentação do Projeto:

A compreensão do processo saúde-doença em grupos socialmente vulnerabilizados é um desafio, já que se trata de um processo histórico e cultural alicerçado em desigualdades étnico-raciais, as quais estão associadas, em sua maioria, a fatores socioeconômicos, situação de pobreza e exclusão social. Nesse panorama, destacam-se as comunidades quilombolas, as quais se encontram em condições precárias de vida e saúde, decorrentes do

processo histórico de expropriação de sua cultura e de seus direitos sociais. Nesta perspectiva, o presente estudo tem por objetivo geral analisar a situação de saúde, as doenças e agravos mais prevalentes e verificar sua relação com fatores socioeconômicos e ambientais nas pessoas idosas negras vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (quilombolas). Trata-se de estudo de corte transversal do tipo exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, e tem como aporte teórico metodológico a Memória Coletiva e a Teoria das Representações Sociais. O estudo será realizado em 2 (duas) comunidades remanescente quilombola, situadas na região do município de Vitória da Conquista no interior da Bahia e terá 120 participantes. Para levantamento dos dados quantitativos será aplicado um questionário com questões fechadas. Para levantamento dos dados qualitativos será aplicada uma entrevista semiestruturada com roteiro composto de núcleos temáticos e/ou questões abertas que será aplicado pelos próprios pesquisadores do estudo. O roteiro será composto de perguntas que ajudarão a entender o objeto de estudo em questão. Após

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2º andar
Bairro: Bairro Candeias **CEP:** 45.055-080
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 **E-mail:** cep@fainor.com.br



FACULDADE INDEPENDENTE
DO NORDESTE - FAINOR



Continuação do Parecer: 5.340.843

a coleta de dados serão realizadas oficinas de educação em Saúde. A análise e interpretação dos dados serão submetidas ao Software Nvivo e após seleção das categorias essas serão analisadas a luz da análise de conteúdo de Bardin. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste em atendimento à Resolução nº 466/12 e aguarda aprovação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a situação de saúde, as doenças e agravos mais prevalentes e verificar sua relação com fatores socioeconômicos e ambientais nas pessoas idosas negras vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (quilombolas).

Objetivo Secundário:

- Traçar o perfil epidemiológico das pessoas idosas negras quilombolas, segundo análise de alguns indicadores: sociais, econômicos, demográficos e sanitários;
- Averiguar as doenças, agravos e condições das pessoas idosas negras quilombolas vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (quilombolas);
- Averiguar os fatores que interferem no acesso das pessoas idosas negras quilombolas vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (quilombolas) aos serviços da atenção básica;
- Averiguar o impacto da COVID-19 na saúde das pessoas idosas negras quilombolas vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (quilombolas);
- Conhecer as memórias das pessoas idosas negras quilombolas sobre as repercussões sociais da COVID-19 nas suas atividades básicas e instrumentais de vida diária;
- Analisar as representações sociais das pessoas idosas negras quilombolas sobre as repercussões sociais da pandemia da COVID-19;
- Desvelar a memória das pessoas idosas negras quilombolas sobre as experiências vivenciadas em relação à sua condição de saúde durante a pandemia da COVID-19;
- Compreender como os participantes do estudo enfrentaram e redimensionaram suas condições de vida no contexto da pandemia da COVID-19;
- Analisar os conteúdos e estrutura representacional sobre a pandemia da COVID-19 para pessoas negras quilombolas;
- Identificar as contribuições das manifestações afro-brasileiras na promoção da saúde das pessoas idosas negras quilombolas vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (quilombolas);
- Analisar a memória e as representações sociais pessoas idosas negras quilombolas sobre as

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2º andar
Bairro: Bairro Candéias **CEP:** 45.055-080
UF: BA **Município:** VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 **E-mail:** cep@fainor.com.br



Continuação do Parecer: 5.340.843

Práticas Integrativas e Complementares como estratégia da Promoção da Saúde;

- Conhecer as memórias das pessoas idosas negras quilombolas sobre as Práticas Integrativas e Complementares como estratégia da Promoção da Saúde;
- Conhecer as memórias e apreender as representações sociais de pessoas idosas negras quilombolas sobre a transmissão da cultura e tradição do cuidado a saúde em território quilombola;
- Desvelar a memória das pessoas idosas negras quilombolas sobre transmissão da cultura e tradição do cuidado a saúde em território quilombola;
- Analisar as representações sociais das pessoas idosas negras quilombolas sobre as dificuldades para a transmissão da cultura e tradição do cuidado a saúde em território quilombola;
- Implantar tecnologias sociais em comunidades quilombola, objetivando promover potencialidades individuais e comunitárias das pessoas idosas negras quilombolas por meio da promoção da educação em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Por se tratar de um estudo com aplicação de questionários e entrevista, os possíveis riscos consistem em desconforto e/ou constrangimento ao responder às questões propostas, bem como a quebra da confidencialidade. Para minimizar tal risco, será assegurado ao participante autonomia plena, respeitando sua vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa. Além disso, para amenizar o constrangimento da aplicação dos questionários, será utilizada uma sala reservada e realizado de forma individual. Os nomes ou iniciais dos participantes não serão divulgados em nenhuma etapa da realização do projeto, nem posteriormente. O sigilo e anonimato de todos os participantes do estudo serão garantidos. Ressalta-se ainda, que para garantir que não ocorra vazamento das informações confidenciais dos participantes do estudo, os questionários serão transportados em envelopes lacrados e armazenados pela própria autora da pesquisa em sua sala de pesquisa na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Benefícios: Os resultados serão divulgados, seguindo os preceitos éticos da pesquisa, a fim de propor medidas que contribuam para o levantamento da situação de saúde, as doenças e agravos mais prevalentes e verificar sua relação com fatores socioeconômicos e ambientais nas pessoas idosas negras vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (quilombolas). Outrora, os resultados serão publicados em ambientes científicos, visto que se trata de um estudo inédito na região do sudoeste da Bahia, e que possivelmente trará a luz os dados deste fenômeno em toda sua complexidade. Obedecendo a confidencialidade dos dados de indivíduos pesquisados os dados deste fenômeno em toda sua complexidade. A confidencialidade dos dados dos indivíduos

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2º andar
Bairro: Bairro Candéias **CEP:** 45.055-080
UF: BA **Município:** VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 **E-mail:** cep@fainor.com.br



FACULDADE INDEPENDENTE
DO NORDESTE - FAINOR



Continuação do Parecer: 5.340.843

pesquisados será observada em todas as etapas do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância clínica e epidemiológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Informações Básicas do projeto: OK
- 2) TCLE: OK Foram enviados dois arquivos
- 3) Declaração de participantes: OK
- 4) Autorização Institucional e declaração de infraestrutura I e II: OK
- 5) Projeto detalhado: OK
- 6) Folha de rosto: OK
- 7) Carta de encaminhamento: OK

Recomendações:

Enviar os relatórios parcial e final para o CEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1903781.pdf	01/04/2022 14:43:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoatualizadoCEP.pdf	01/04/2022 14:43:25	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEnovo.pdf	01/04/2022 14:42:23	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEatualizado.pdf	10/03/2022 15:48:51	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoparticipantes.pdf	09/03/2022 12:56:58	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	09/03/2022 12:55:31	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2º andar
Bairro: Bairro Candéias **CEP:** 45.055-080
UF: BA **Município:** VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 **E-mail:** cep@fainor.com.br



Continuação do Parecer: 5.340.843

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/03/2022 12:55:31	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaocomunidade2.pdf	09/03/2022 12:52:46	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacaocomunidade1.pdf	09/03/2022 11:12:26	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	09/03/2022 11:11:33	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/03/2022 19:13:04	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito
Outros	cartadeencaminhamento.pdf	02/03/2022 11:38:24	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DA CONQUISTA, 08 de Abril de 2022

Assinado por:
ERIKA PEREIRA DE SOUZA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2º andar
Bairro: Bairro Candéias **CEP:** 45.055-080
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 **E-mail:** cep@fainor.com.br