

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

**FELIX MEIRA TAVARES**

**MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS IDOSAS  
QUILOMBOLAS SOBRE PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADO**

**VITÓRIA DA CONQUISTA - BA  
SETEMBRO/ 2024**

**FELIX MEIRA TAVARES**

**MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS IDOSAS  
QUILOMBOLAS SOBRE PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADO**

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

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas

Projeto Temático: Memória, Envelhecimento e Dependência Funcional: Narrativas de Vida

Orientador: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis

**VITÓRIA DA CONQUISTA - BA  
SETEMBRO/ 2024**

T23m

Tavares, Felix Meira.

Memória e representações sociais de pessoas idosas quilombolas sobre práticas populares de cuidado. / Felix Meira Tavares, 2024.

133f.

Orientador (a): Dr. Luciana Araújo dos Reis.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Vitória da Conquista, 2024.

Inclui referência F. 109 – 121.

1. Memória coletiva. 2. Práticas populares de saúde. 3. Cuidados de saúde. 4. Envelhecimento humano. 5. Identidade cultural. I. Reis, Luciana Araújo de. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. III. T.

CDD: 305.26

**Catologação na fonte: Karolyne Alcântara Profeta – CRB 5/2134**

UESB – Campus Vitória da Conquista – BA

Título em inglês: Memory and Social Representations of elderly quilombola people on Popular Care Practices

Palavras-chaves em inglês: Collective Memory; Popular Health Practices; Health Care; Human Aging. Cultural Identity.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória

Titulação: Doutor em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (Presidenta), Profa. Dra. Thayza Teixeira Xavier (Titular), Profa. Dra. Tânia Rocha de Andrade Cunha (Titular), Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres (Titular), Prof. Dr. Cláudio Eduardo Felix dos Santos (Titular).

Data da Defesa: 20 de setembro de 2024

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

FELIX MEIRA TAVARES


### MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS IDOSAS QUILOMBOLAS SOBRE PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADO

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

Local e Data da defesa: Vitória da Conquista/BA, 20 de setembro de 2024.

#### Banca Examinadora:

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

Ass.: 

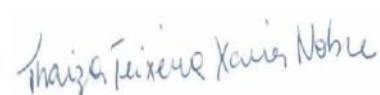
Profa. Dra. Tânia Rocha de Andrade Cunha  
Instituição: UESB

Ass.: 

Prof. Dr. Cláudio Eduardo Felix dos Santos  
Instituição: UESB

Ass.: 

Profa. Dra. Thaiza Teixeira Xavier Nobre  
Instituição: UFRN

Ass.: 

Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres  
Instituição: UFRN

Ass.: 

## **DEDICATÓRIA**

Aos guardiões silenciosos das tradições, cuja fé e resiliência ecoam através do tempo. Dedico esta tese a todos aqueles que mantêm viva a chama do conhecimento ancestral, nutrindo nossas comunidades com sabedoria e amor. Que esta obra honre suas histórias, dando voz às memórias que moldam a essência do cuidado e da cura.

Em especial, dedico este trabalho às pessoas idosas quilombolas que, com sua experiência de vida e profundo respeito pela natureza, nos ensinam que o verdadeiro cuidado transcende a medicina convencional, enraizando-se nas práticas populares e na espiritualidade que sustentam a nossa existência. Que suas vozes, muitas vezes silenciadas pelas pressões da modernidade, sejam amplificadas e respeitadas, pois é através de suas narrativas que encontramos a verdadeira essência da saúde integral.

Que esta tese sirva como um tributo à resiliência e à força dessas comunidades, cujas práticas de cuidado são um testemunho vivo de resistência cultural e adaptação. Que possamos aprender com seu exemplo a valorizar a interseção entre tradição e inovação, reconhecendo que o futuro da saúde depende da preservação e da integração dos saberes ancestrais.

Por fim, dedico este trabalho às memórias que não devem se perder, principalmente diante dos impactos negativos impostos pela religião, que muitas vezes silenciam e transformam práticas ancestrais. É vital reconhecer que a riqueza cultural e os saberes tradicionais das comunidades quilombolas enfrentam desafios constantes, e que é nossa responsabilidade garantir que essas tradições e memórias sejam preservadas. Que este trabalho contribua para a perpetuação dessas práticas e a valorização de uma identidade cultural que resiste e se adapta, mas que nunca deve ser esquecida.

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a uma força maior que transcende nossa compreensão, algo que, de forma sutil e enigmática, inspirou e sustentou a minha jornada na escrita desta tese de doutorado. Agradeço a esse mistério, tanto por me ajudar a enfrentar transformações pessoais, quanto por seu apoio constante.

Agradeço também aos autores que iluminaram meu caminho e foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho: Friedrich Nietzsche, Henri Bergson, Maurice Halbwachs, Simone de Beauvoir, Paul Ricoeur, Ecléa Bosi, Antônio Gramsci e Sigmund Freud. Suas obras foram essenciais para a minha libertação de uma prisão mental e para o resgate da minha identidade, trazendo-me alegria e novos horizontes. Minha sincera gratidão a cada um por suas contribuições intelectuais.

Um agradecimento especial para minha orientadora, Luciana Araújo dos Reis. Sua orientação carinhosa e firme foram pilares essenciais durante esta jornada. Sou profundamente grato por sua paciência, por manter meu foco e por nunca deixar que eu perdesse a direção. Sua orientação foi uma fonte constante de inspiração. Muito obrigado por me oportunizar essa grata experiência de ser seu orientando. Através do seu nome eu agradeço a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), pelo acolhimento desde a graduação ao Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS.

Agradeço também às minhas colegas Aline Souza e Gisele Leles, que participaram ativamente da coleta de dados para a pesquisa. A colaboração de vocês foi essencial, e os momentos de descontração e compartilhamento das questões que enfrentamos juntos foram muito valiosos. As viagens às comunidades quilombolas com vocês foram incríveis e enriqueceram profundamente nossa experiência de pesquisa.

Gostaria de expressar um agradecimento especial à minha irmã, Joyce, que com todo carinho e sabedoria fez a correção textual e gramatical desta tese. Sua atenção aos detalhes e dedicação foram fundamentais para a qualidade final do trabalho, e sou imensamente grata pelo seu apoio.

Não poderia deixar de mencionar minha esposa, Hellen, cujo apoio inabalável foi fundamental durante os desafios deste doutorado. Sua compreensão e suporte foram a base para que eu continuasse. Agradeço também à minha filha, Marina, que trouxe beleza e diversão à minha vida, mesmo nas fases mais difíceis. Sua presença foi um lembrete constante de que a diversão e a alegria sempre estiveram ao meu alcance.

Finalmente, minha gratidão à minha família estendida: meus pais, cunhado e sobrinhos. O apoio constante e o interesse pelo andamento da tese foram vitais para meu progresso. Um agradecimento especial ao meu sobrinho Artur, que, com apenas 14 anos, leu algumas das obras estudadas, travamos diálogos profundos e demonstrando maturidade e interesse inspiradores.

A memória é essencial para a continuidade das tradições. (Maurice Halbwachs)



## RESUMO

O envelhecimento é moldado por fatores sociais, culturais e biológicos, e a qualidade de vida é fundamental para um envelhecimento saudável. O Plano da Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030 da Organização Pan-Americana da Saúde destaca a importância de adicionar qualidade aos anos de vida, especialmente com o aumento da população idosa global. No Sistema Único de Saúde (SUS), as Práticas Populares de Saúde (PPS) e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) ocupam um papel essencial. As PPS, baseadas em saberes coletivos e tradições culturais, são práticas informais transmitidas por gerações, sem regulamentação oficial, desempenhando um papel ainda mais significativo em comunidades tradicionais, como nas comunidades quilombolas, onde o conhecimento popular preservado pelos mais velhos fortalece o cuidado e a saúde coletiva. Já as PICS, regulamentadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) desde 2006, abrangem abordagens como fitoterapia e acupuntura, oferecendo terapias oficialmente reconhecidas. Juntas, essas práticas proporcionam uma atenção holística, centrada no indivíduo e no equilíbrio entre corpo, mente e ambiente, fortalecendo a integralidade do cuidado no SUS. Esta tese tem por objetivo geral analisar como as memórias e as representações sociais das tradições e sabedoria popular se apresentam nas Práticas Populares de Cuidado e Saúde em pessoas idosas quilombolas. Trata-se de um estudo transversal de natureza exploratória, com abordagem qualitativa, que utiliza a Memória Coletiva e a Teoria das Representações Sociais para analisar como as Práticas Populares de Cuidado e Saúde são vivenciadas e compreendidas por pessoas idosas quilombolas. O estudo foi realizado em três comunidades quilombolas no município de Vitória da Conquista, Bahia, com 62 pessoas idosas quilombolas acima de 60 anos. A coleta de dados envolveu questionários e entrevistas semiestruturadas. Embora 62 pessoas tenham participado, 30 entrevistas foram avaliadas, atendendo aos critérios de inclusão estabelecidos. Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo com o auxílio do software IRAMUTEQ, que permitiu a codificação e categorização sistemática dos discursos dos participantes. A análise incluiu análise lexical, classificação hierárquica descendente, análise de similitude e análise fatorial de correspondência, resultando em cinco classes temáticas. O estudo seguiu rigor ético, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (Protocolo nº 5.340.843), e garantiu sigilo e proteção das informações dos participantes. Os resultados encontrados apontam que maioria dos participantes é do sexo feminino, com idade entre 60 e 69 anos, vivendo com um companheiro e sem alfabetização formal. A religião predominante é o catolicismo, e muitos se dedicam ao trabalho braçal. A Classe 1: Saúde e doença na perspectiva quilombola: fé e condição física destacou a associação entre saúde e espiritualidade, refletindo uma visão onde saúde é entendida como a ausência de doença e a capacidade de viver plenamente; a Classe 2: Banhos com plantas medicinais: práticas e crenças explorou o uso de banhos com plantas medicinais como prática tradicional de cura, com significados espirituais e emocionais; a Classe 3: Uso terapêutico das plantas medicinais: saberes quilombolas examinou o uso tradicional de plantas para cura de doenças, enfatizando a importância de chás e infusões na manutenção da saúde; a Classe 4: Impacto da alimentação moderna na saúde das comunidades quilombolas apresentou a desconfiança em relação à produção alimentar moderna e sua relação com o aumento de doenças, reafirmando as práticas alimentares tradicionais como símbolo de coesão comunitária; a Classe 5: Sabedoria no uso das ervas: tratamentos naturais para tratar doenças destacou a importância das plantas medicinais na tradição quilombola, refletindo uma abordagem holística da saúde e a transmissão desse conhecimento ao longo das gerações. A pesquisa revela a complexidade das práticas de saúde nas comunidades quilombolas, onde a interseção entre tradição, espiritualidade e adaptação às condições modernas é fundamental. As práticas tradicionais e o uso de plantas medicinais são preservados e adaptados, refletindo uma memória

coletiva que mantém a identidade cultural. A continuidade das práticas ancestrais e a resistência cultural são evidentes. Sugere-se para pesquisas futuras a inclusão de outras comunidades quilombolas e a investigação da adaptação das práticas a diferentes contextos socioeconômicos e culturais. Além disso, é valioso explorar a integração das práticas tradicionais com abordagens médicas modernas e avaliar o impacto das políticas públicas na segurança alimentar e na saúde dessas comunidades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Memória Coletiva; Práticas Populares de Saúde; Cuidados de Saúde; Envelhecimento Humano; Identidade Cultural.

## ABSTRACT

Aging is shaped by social, cultural, and biological factors, and quality of life is fundamental for healthy aging. The Pan American Health Organization's Decade of Healthy Aging Plan 2020-2030 highlights the importance of adding quality to life years, especially with the increase in the global elderly population. In the Brazilian Unified Health System (SUS), Popular Health Practices (PPS) and Integrative and Complementary Health Practices (PICS) play an essential role. PPS, based on collective knowledge and cultural traditions, are informal practices passed down through generations, without official regulation, playing an even more significant role in traditional communities, such as quilombola communities, where the popular knowledge preserved by the elderly strengthens collective care and health. On the other hand, PICS, regulated by the National Policy of Integrative and Complementary Practices (PNPIC) since 2006, encompass approaches such as herbal medicine and acupuncture, offering officially recognized therapies. Together, these practices provide holistic care, centered on the individual and the balance between body, mind, and environment, strengthening the comprehensiveness of care in SUS. This thesis aims to analyze how the memories and social representations of traditions and popular wisdom are present in the Popular Care and Health Practices among elderly quilombola individuals. It is a cross-sectional, exploratory study with a qualitative approach, using Collective Memory and Social Representation Theory to analyze how Popular Care and Health Practices are experienced and understood by elderly quilombola individuals. The study was conducted in three quilombola communities in the municipality of Vitória da Conquista, Bahia, with 62 quilombola elderly people over 60 years old. Data collection involved questionnaires and semi-structured interviews. Although 62 people participated, 30 interviews were evaluated, meeting the established inclusion criteria. The data were analyzed using Content Analysis with the aid of the IRAMUTEQ software, which enabled the systematic coding and categorization of the participants' speeches. The analysis included lexical analysis, descending hierarchical classification, similarity analysis, and correspondence factor analysis, resulting in five thematic classes. The study followed ethical rigor, with approval by the Research Ethics Committee of Faculdade Independente do Nordeste (Protocol nº 5.340.843), ensuring confidentiality and protection of participants' information. The results found indicate that the majority of participants are female, aged between 60 and 69 years, living with a partner, and without formal education. The predominant religion is Catholicism, and many engage in manual labor. Class 1: Health and illness in the quilombola perspective: faith and physical condition highlighted the association between health and spirituality, reflecting a view where health is understood as the absence of disease and the ability to live fully; Class 2: Baths with medicinal plants: practices and beliefs explored the use of baths with medicinal plants as a traditional healing practice, with spiritual and emotional meanings; Class 3: Therapeutic use of medicinal plants: quilombola knowledge examined the traditional use of plants for healing diseases, emphasizing the importance of teas and infusions in maintaining health; Class 4: Impact of modern food on the health of quilombola communities presented distrust of modern food production and its relationship with the increase in diseases, reaffirming traditional food practices as a symbol of community cohesion; Class 5: Wisdom in the use of herbs: natural treatments for treating diseases highlighted the importance of medicinal plants in quilombola tradition, reflecting a holistic approach to health and the transmission of this knowledge across generations. The research reveals the complexity of health practices in quilombola communities, where the intersection between tradition, spirituality, and adaptation to modern conditions is fundamental. Traditional practices and the use of medicinal plants are preserved and adapted, reflecting a collective memory that maintains cultural identity. The continuity of ancestral practices and cultural resistance is evident. Future research is suggested to include other quilombola communities and investigate the adaptation of practices to different

socioeconomic and cultural contexts. Additionally, it is valuable to explore the integration of traditional practices with modern medical approaches and evaluate the impact of public policies on food security and health in these communities.

**KEYWORDS:** Collective Memory; Popular Health Practices; Health Care; Human Aging. Cultural Identity.

## LISTA DE FIGURAS E QUADRO

<b>Figura 1: Áreas com maior concentração de comunidades quilombolas no município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2024.....</b>	<b>57</b>
<b>Figura 2: Etapas da Análise de Conteúdo, Bahia, 2024.....</b>	<b>622</b>
<b>Figura 3: Diagrama de classes com a representação social sobre as práticas populares de cuidado.....</b>	<b>65</b>
<b>Figura 4: Organograma com palavras de cada classe.....</b>	<b>65</b>
<b>Quadro 1- Caracterização sociodemográfica das pessoas idosas quilombolas. Vitória da Conquista/BA, 2023.....</b>	<b>64</b>

## LISTA DE SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAM - Comitê de Articulação e Monitoramento

CAR - Companhia de Desenvolvimento e Ação Regional

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF - Equipes de Saúde da Família

FAO - Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

FNDE - Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação

FCP - Fundação Cultural Palmares

GTI - Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV-1: Human T-Lymphotropic Virus type 1

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IRAMUTEQ - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

MEEM - Mini-Exame do Estado Mental

MS - Ministério da Saúde

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAA - Programa de Aquisição de Alimentos

PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar

PLANAPIR - Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial

PMVC - Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista

PPS - Práticas Populares de Saúde

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

RS - Representações Sociais

SAN - Segurança Alimentar e Nutricional

SEPPIR - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SNPIR - Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS - Teoria das Representações Sociais

WHO - World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1 Hipótese .....</b>	<b>18</b>
<b>1.2 Objetivos.....</b>	<b>19</b>
<b>1.3 Estrutura Organizacional da Tese .....</b>	<b>19</b>
<b>2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E PESSOAS IDOSAS QUILOMBOLAS.</b>	<b>21</b>
<b>3 CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS QUILOMBOLAS E CONTRIBUIÇÕES DAS MANIFESTAÇÕES AFRO-BRASILEIRAS .....</b>	<b>31</b>
<b>4. MEMÓRIA COLETIVA/SOCIAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: CONTRIBUTOS TEÓRICOS PARA COMPREENSÃO DO OBJETO DE ESTUDO..</b>	<b>41</b>
<b>4.1 Teoria da Memória Coletiva/Social .....</b>	<b>41</b>
<b>4.2 Teoria das Representações Sociais.....</b>	<b>46</b>
<b>4.3 Memória Coletiva/Social e Representações Sociais: o entrelaçamento das teorias....</b>	<b>52</b>
<b>5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>55</b>
<b>6 AS PESSOAS IDOSAS QUILOMBOLAS E AS PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADO .....</b>	<b>64</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>107</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE A: Instrumento de pesquisa. ....</b>	<b>122</b>
<b>APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO A: Protocolo de aprovação do CEP. ....</b>	<b>127</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é influenciado por diversos fatores, incluindo aspectos sociais, culturais e biológicos, que interagem entre si para moldar experiências diversas e únicas de envelhecimento. No entanto, um aspecto fundamental que é universalmente importante para uma experiência envelhecimento saudável é a qualidade de vida. Isso envolve a capacidade de viver com dignidade, bem como acesso a serviços de saúde e a inclusão da comunidade como meio de garantir a inserção social. Além disso, é necessário ter a capacidade de se adaptar às adversidades e adquirir novos conhecimentos, para continuar a desfrutar de uma vida significativa e produtiva (CAMARGO; TELLES; SOUZA, 2018).

De acordo com o documento da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2020) que delinea o Plano da Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030, é necessário acrescentar qualidade de vida aos anos, já que o número e a proporção de pessoas com mais de 60 anos em todo o mundo estão aumentando. Uma das estratégias cruciais desse plano é a garantia de suporte contínuo para as pessoas idosas, abrangendo a promoção e prestação de serviços preventivos, curativos, de reabilitação, paliativos e cuidados ao fim da vida, além de serviços especializados e de longo prazo.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), as Práticas Populares de Saúde (PPS) e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) desempenham um papel essencial na promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas idosas. As PPS são saberes coletivos desenvolvidos ao longo de gerações, baseados em tradições culturais e condições ambientais específicas. Elas visam curas, tratamentos e alívios para doenças, valorizando os saberes e práticas de cuidado tradicionais (CARREIRA; ALVIM, 2002).

Integrando esses conhecimentos das Práticas Populares de Cuidado, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada em 2006, reconhece e incorpora uma variedade de técnicas terapêuticas que promovem a saúde física e mental, além de fortalecer a autonomia e o bem-estar. Essa abordagem holística não apenas trata doenças, mas também apoia a inclusão social e a adaptação às adversidades, fundamentais para um envelhecimento saudável. As PICS, que incluem terapias como fitoterapia, acupuntura e homeopatia, entre outras, complementam os cuidados oferecidos pelo SUS, promovendo uma saúde integral e ressignificando o bem-estar da população idosa (BRASIL, 2006).

A criação da PNPIC teve como objetivo principal garantir o acesso aos usuários do SUS às medicinas tradicionais e complementares. Desde a sua criação, em 2006, a política passou por atualizações e, em 2017 e 2018, novas práticas foram incorporadas ao seu escopo.

Atualmente, a PNPIC estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais para a implementação e adequação de diversas práticas, tais como medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais, fitoterapia, termalismo social/crenoterapia, medicina antroposófica, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia (BRASIL, 2017, 2018).

Estas práticas possuem uma relevância política, técnica, econômica, social e cultural significativas. Elas propõem uma abordagem holística e contínua de cuidado centrada na singularidade da pessoa, diferentemente do modelo de atenção biomédico fragmentado em especialidades médicas e focado na doença. Nesse sentido, a promoção e prevenção de doenças, especialmente voltadas à população idosa, são cruciais para a promoção do envelhecimento saudável e a redução de gastos com internações e medicações excessivas. A implementação efetiva de PICS pode ajudar a alcançar esse objetivo (BRASIL, 2018).

A abordagem terapêutica das PICS fomenta o autocuidado, o cuidado com os outros, a responsabilidade compartilhada no processo saúde-doença, a ética humana e a integração com a sociedade e a natureza, em uma perspectiva criativa e participativa. Estudos têm demonstrado que determinadas PICS têm impactos positivos na qualidade de vida, sono, alívio da dor, estado emocional, bem-estar e suporte social dos seus praticantes, o que destaca a importância dessas práticas para a saúde das pessoas idosas (MCFEETERS et al., 2016; CRUZ; SAMPAIO, 2016; FERREIRA et al., 2017; SILVA; JORGE; MATSUE 2016).

De modo geral, as escolhas de cuidado de saúde refletem construções individuais e coletivas, baseadas nas experiências de adoecimento e nas formas de intervenção, influenciadas por fatores pessoais, culturais e socioambientais. A literatura evidencia que, em comunidades quilombolas, os cuidados de saúde são predominantemente realizados por meio de conhecimentos tradicionais, contrastando com as intervenções biomédicas. O preparo e o uso de remédios caseiros à base de plantas medicinais são práticas amplamente adotadas e preservadas nessas comunidades (CABRAL; MARTINEZ-HEMÁEZ; ANDRADE, 2011).

Considerando o exposto, é notório o papel fundamental que a memória e as representações desempenham na formação das Práticas Populares de Saúde (PPS), permitindo trazer à tona a realidade vivenciada, os aprendizados, as experiências e os significados relacionados aos cuidados com a saúde. Nesta perspectiva, emergiu a seguinte questão

problema: quais as memórias e as representações sociais de pessoas idosas Quilombolas sobre as Práticas Populares de Cuidado/Saúde? De acordo com Bosi (1998), é na memória das pessoas idosas que se torna possível acessar um mundo social repleto de riquezas. Ao estabelecer conexões entre o passado e o presente, as pessoas idosas selecionam o que foi mais significativo para ser lembrado e reconstrói, por meio de imagens do presente, o que foi vivido no passado.

Neste contexto, torna-se relevante a escolha de um estudo que explore as memórias e representações sociais das pessoas idosas em relação aos usos e significados atribuídos às Práticas Populares de Saúde. Essa abordagem justifica-se por possibilitar uma melhor compreensão das práticas de cuidado difundidas e aprendidas pelas pessoas idosas, relacionadas à cultura e emergentes do meio social. Além disso, esse tipo de estudo pode contribuir para o fortalecimento de políticas públicas relacionadas à saúde, uma vez que permite a identificação de necessidades e demandas específicas desse grupo etário.

Realizar um estudo abrangente desses aspectos é essencial para fornecer um cuidado de saúde integral e eficaz às pessoas idosas. Isso ocorre porque o estudo revela que há mais de uma abordagem médica, e que as ações de saúde devem estar em conformidade com as visões aceitas nessa faixa etária para serem bem-sucedidas. Portanto, a compreensão dessas diferentes perspectivas populares de cuidado na saúde pode contribuir significativamente para um atendimento mais personalizado e centrado no paciente, melhorando a qualidade de vida das pessoas idosas.

## **1.1 Hipótese**

A hipótese deste estudo é que as memórias e as representações sociais das tradições e da sabedoria popular, manifestadas nas Práticas Populares de Cuidado e Saúde, desempenham um papel central na preservação e transmissão de conhecimentos tradicionais entre as pessoas idosas quilombolas. Essas práticas, fundamentadas na experiência e saberes acumulados ao longo das gerações, contribuem para a identidade cultural e coesão social das comunidades quilombolas, além de promoverem a saúde e o bem-estar dos idosos, revelando-se importantes para a compreensão de um envelhecimento saudável nesse contexto.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral:**

- Analisar como as memórias e as representações sociais das tradições e sabedoria popular se apresentam nas Práticas Populares de Cuidado/Saúde em pessoas idosas quilombolas.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Conhecer as memórias das pessoas idosas quilombolas sobre os conceitos de saúde e doença;
- Apreender as representações sociais das pessoas idosas quilombolas sobre a as Práticas Populares de Cuidado na Saúde;
- Identificar os elementos estruturantes das representações sociais das pessoas idosas quilombolas sobre as Práticas Populares de Cuidado na promoção da saúde.

## **1.3 Estrutura Organizacional da Tese**

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, pessoas idosas Quilombolas, condições de saúde e as Práticas Integrativas e Complementares, 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 populacional com enfoque na população quilombola. A terceira seção traz uma contextualização com relação às condições de saúde e contribuições das manifestações afro-brasileiras das pessoas idosas quilombolas.

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. A pesquisa é caracterizada como exploratória e qualitativa, fundamentada na Teoria da Memória Coletiva e nas Representações

Sociais, visando uma análise profunda das experiências e representações das pessoas idosas quilombolas. A pesquisa foi realizada em três comunidades quilombolas na região de Vitória da Conquista, na Bahia, selecionadas com base na acessibilidade e características demográficas. Participaram 62 pessoas idosas com 60 anos ou mais, e foram avaliadas 30 entrevistas, que foram escolhidas com base na preservação de suas funções cognitivas, avaliadas pelo Mini-Exame do Estado Mental. Os dados foram coletados por meio de questionários sociobiodemográficos e entrevistas semiestruturadas, e analisados utilizando a técnica de Análise de Conteúdo. O estudo observou rigorosos padrões éticos, com aprovação do Comitê de Ética da Faculdade Independente do Nordeste e garantiu a confidencialidade e o consentimento informado dos participantes, conforme exigido pela Resolução nº 466/12 do CNS.

A sexta seção da pesquisa detalha a análise dos dados obtidos através das entrevistas com pessoas idosas quilombolas, explorando categorias e subcategorias emergentes. Os dados indicam que a maioria dos participantes é do sexo feminino e está na faixa etária entre 60 a 69 anos, vivendo predominantemente com um companheiro e sem alfabetização formal. A religião predominante é o catolicismo, e muitos dedicam-se ao trabalho braçal. A pesquisa analisou 30 segmentos de texto de um total de 224, com uma taxa de aproveitamento de 82,14%, resultando em 7.806 ocorrências e 944 palavras distintas, organizadas em cinco classes para compreender os padrões de vocabulário e associações temáticas.

A conclusão do estudo destacam que a pesquisa revela a complexidade das práticas de saúde nas comunidades quilombolas, onde a interseção entre tradição, espiritualidade e adaptação às condições modernas é fundamental. Os resultados demonstram como as práticas tradicionais de cuidado com a saúde e o uso de plantas medicinais são preservadas e adaptadas, refletindo uma memória coletiva que mantém a identidade cultural. A importância da resistência cultural e da continuidade das práticas ancestrais é evidente.

Para pesquisas futuras, sugere-se a ampliação do estudo para incluir outras comunidades quilombolas e a investigação de como essas práticas se adaptam a diferentes contextos socioeconômicos e culturais. Além disso, seria valioso explorar mais profundamente a integração das práticas tradicionais com as abordagens médicas modernas e avaliar o impacto das políticas públicas na segurança alimentar e na saúde das comunidades quilombolas.

## 2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E PESSOAS IDOSAS QUILOMBOLAS

Esta seção explora as desigualdades da saúde no Brasil, com foco na população idosa e nas especificidades dos cuidados necessários para esse grupo. Destaca a importância de estratégias que garantam o acesso equitativo aos serviços de saúde, considerando os determinantes sociais, como gênero e raça, e as particularidades das comunidades quilombolas. A análise inclui a adaptação dos dispositivos de saúde às novas demandas e a formação de profissionais qualificados para atender de maneira eficaz e humana.

O número de pessoas idosas na população mundial tem aumentado exponencialmente nos últimos anos, o que tem gerado novas demandas e necessidades para elaboração e reformulação de políticas públicas. De acordo com dados divulgados em 2018 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a projeção é de que nas próximas décadas a população idosa no Brasil supere sua quantidade atual de aproximadamente 28 milhões de pessoas, chegando ao dobro desse número (IBGE, 2018).

O critério para definir quando alguém passa a ser considerada pessoa idosa é determinado por fatores sociodemográficos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em países em desenvolvimento, a população é considerada idosa a partir dos 60 anos, enquanto em países desenvolvidos, essa idade é de 65 anos. No Brasil, legalmente, o conceito é definido a partir dos 60 anos e para fins de aquisição de alguns direitos previdenciários, a idade é de 65 anos (ALCANTARA; CAMARANO; GIACOMIN, 2016).

No entanto, é fundamental considerar não apenas a idade cronológica, mas também a idade biológica e psicológica ao definir o termo "Pessoa Idosa". A idade psicológica, por exemplo, refere-se à relação entre a idade cronológica e as capacidades cognitivas, como percepção, aprendizado e memória, que podem prever o potencial de funcionamento futuro do indivíduo (NERI, 2016).

De acordo com Camarano (2013), a definição de pessoa idosa possui um grande poder prescritivo, pois implica em uma determinada faixa etária, mesmo que as características de dependência associadas à velhice sejam refutadas. Ao mesmo tempo, a sociedade alimenta expectativas em relação ao papel das pessoas idosas na sociedade e exerce pressões coercitivas para que esses papéis sejam cumpridos, independentemente das características únicas de cada indivíduo.

Desde o início do século XX, tem havido um crescente interesse dos estudiosos pelo processo de envelhecimento, impulsionado pelo aumento do número de pessoas idosas na população. No entanto, nos primeiros estudos, houve uma ênfase excessiva na abordagem

biológica, concentrada nas questões do corpo e na deterioração deste ao longo dos anos de envelhecimento (NETTO, 2002).

Para entender o processo de envelhecimento, é importante compreender que não se trata apenas de um fator biológico, mas sim de um processo completo e dinâmico que envolve aspectos morfológicos, funcionais, individuais e sociais. Como destacado por Araldi (2008), é necessário ter uma compreensão da totalidade e da complexidade do ser humano, considerando a interconexão entre os aspectos biológicos, culturais e sociais.

Dardengo e Mafra (2019) também ressaltam que o processo de envelhecimento é influenciado pela visão individual e social da compreensão do envelhecer. Além disso, destacam que o conceito de velhice é algo socialmente construído e que varia ao longo do tempo e entre as diferentes culturas. Portanto, compreender o processo de envelhecimento vai além de uma abordagem biológica, envolvendo uma perspectiva mais ampla e integrada do ser humano em sua complexidade.

No estudo de Miranda, Mendes e Silva (2016), é demonstrado que a crescente presença de pessoas idosas na sociedade, apresenta um desafio para a formulação de políticas públicas que levem em conta o envelhecimento populacional. É necessário implementar medidas de prevenção e cuidado que atendam às necessidades específicas desse grupo, a fim de criar uma rede de proteção social capaz de fornecer serviços e ações adequados.

A sociedade está cada vez mais consciente desse desafio, uma vez que a demanda por serviços de saúde voltados para as pessoas idosas tem aumentado significativamente. Estudos indicam que as pessoas idosas são internadas com mais frequência, e, que permanecem mais tempo no hospital se comparado a outras faixas etárias, devido às doenças crônicas e múltiplas que exigem cuidados permanentes, medicação constante e exames regulares (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010; GOTTLIEB; SCHWANKE; GOMES 2011; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; VERAS; OLIVEIRA, 2018). Para tanto, é essencial a implementação de políticas públicas e investimentos que visem a promoção da qualidade de vida da população idosa.

No entanto, é importante salientar que o aumento da população idosa acarreta profundas mudanças na sociedade, envolvendo aspectos econômicos, o mercado de trabalho, os sistemas e serviços de saúde e as relações familiares (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010; TAVARES et al., 2011). Existe uma forte relação entre o acesso a planos de saúde e a inserção no mercado de trabalho no Brasil. Esse acesso está diretamente ligado a dois fatores: renda e idade. Pessoas Idosas, em particular, apresentam uma taxa de participação menor, e muitas vezes perdem o benefício ao se aposentarem (MACHADO; ANDRADE; MAIA, 2012).

Infelizmente, mais de 80% das pessoas idosas dependem exclusivamente dos serviços públicos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para seus cuidados médicos. Essa dependência é ainda mais acentuada entre pessoas negras e de baixa renda, que enfrentam discriminação e racismo, fatores estes que estão associados ao adoecimento e à morte precoce (WERNECK, 2016; KALACHE; SILVA; GIACOMIN, 2020).

O envelhecimento da população traz consigo desafios significativos para os sistemas de saúde e previdência social, como problemas de saúde que aumentam o consumo de serviços ambulatoriais e hospitalares (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; VERAS; OLIVEIRA, 2018). No entanto, é importante lembrar que o envelhecimento não é sinônimo de doença, e investimentos em ações preventivas ao longo da vida podem garantir uma velhice saudável e com mais qualidade de vida.

Além de cuidados com a saúde, é crucial que as pessoas idosas tenham seus direitos garantidos em outras áreas, como trabalho, assistência social, educação, cultura, esporte, habitação e transporte. No Brasil, a legislação busca garantir esses direitos através da Constituição Federal de 1988, da Política Nacional do Idoso, do Estatuto da Pessoa Idosa e da Política Nacional de Saúde do Idoso (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A Constituição Federal de 1988 apresenta diversos artigos que tratam dos direitos das pessoas idosas, incluindo a irredutibilidade dos salários de aposentadoria e pensões, o direito ao amparo pelos filhos, a gratuidade nos transportes coletivos e a garantia de um salário-mínimo para aqueles que não possuem condições de sustento (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A Política Nacional da Pessoa Idosa, instituída pela Lei nº 8842 em 1994, tem como objetivo garantir os direitos sociais dos indivíduos com 60 anos ou mais, criando condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010; VERAS; OLIVEIRA, 2018). A seguinte lei foi elaborada através de intensas discussões e consultas por todo o país, com a ampla participação de pessoas idosas, gerontólogos e a sociedade civil em geral. Além disso, a política foi influenciada pelas discussões nacionais e internacionais sobre o envelhecimento, reconhecendo o as pessoas idosas como sujeito de direitos e preconizando um atendimento diferenciado em suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O Estatuto da Pessoa Idosa, criado em 2003 pela Lei nº 10.741, tem como objetivo regulamentar os direitos assegurados à população idosa. Ele estabelece as obrigações das entidades assistenciais e prevê penalidades para situações de desrespeito a esses direitos. (BRASIL, 2014). Sua elaboração contou com a participação de diversas entidades de defesa



dos direitos da pessoa idosa, tornando-se um marco no campo da atenção a essa população, pois amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades desse grupo (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) foi criada em 1999 por meio da Portaria nº 1395 do Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de promover o envelhecimento saudável, prevenir doenças, recuperar a saúde e preservar, melhorar ou reabilitar a capacidade funcional das pessoas idosas, assegurando-lhes independência e inclusão na sociedade em que vivem. Essa política tem como propósito permitir que as pessoas idosas realizem suas atividades diárias de forma autônoma, garantindo a sua permanência no meio social em que estão inseridos (BRASIL, 1999).

Embora a legislação para as pessoas idosas tenha sido regulamentada, diversos estudos têm apontado para a falta de políticas públicas, ações e intervenções voltadas para a saúde da população negra e, em especial, das pessoas idosas quilombolas (TAKAHASHI; ALVES 2015; WERNECK, 2016; LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019). Isso evidencia ainda mais as desigualdades nas condições de vida e saúde dessa população, principalmente das pessoas idosas. Essas disparidades são corroboradas por um estudo recente (FERREIRA; LEESON; MELHADO, 2019), que não está de acordo com a tese de que a Constituição de 1988 e suas políticas correlatas teriam contribuído para reduzir as desigualdades.

Estudos apontam para significativas desigualdades sociais na forma como as pessoas idosas brasileiras envelhecem, considerando fatores como sexo, raça/cor da pele, nível de escolaridade, renda familiar per capita e posse de plano privado de saúde (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014; SOUSA, 2019). Infelizmente, essas desigualdades são ainda mais acentuadas entre as pessoas idosas de cor parda ou preta, em relação aos indicadores sociodemográficos, condições de saúde, e acesso a serviços de saúde (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014).

As pesquisas epidemiológicas têm evidenciado que o envelhecimento não necessariamente traz consigo doenças e limitações, e que a adoção de hábitos de vida saudáveis, juntamente com a prevenção de fatores de risco, é fundamental para o envelhecimento saudável (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; VERAS; OLIVEIRA, 2018; JARDIM; VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2020). Os problemas de saúde mais comuns entre as pessoas idosas incluem doenças osteomioarticulares, do aparelho cardiorrespiratório, circulatório, metabólicas, cerebrovasculares neoplasias e causas externas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; SILVA, 2007). Além disso, as pessoas idosas negras e pardos

apresentam uma alta prevalência de hipertensão arterial, diabetes e derrame/AVC (SILVA; ROSA; BATISTA, 2018).

Nesse sentido, é importante enfatizar a relevância da prevenção e do cuidado com a saúde para um envelhecimento saudável, especialmente para aqueles que pertencem a grupos de risco. Esses cuidados incluem, por exemplo, a prática regular de atividades físicas, uma alimentação balanceada e a realização de exames médicos periódicos para detecção precoce de doenças.

Estudos com pessoas idosas indicam que a presença de várias doenças simultâneas (multimorbidade) está correlacionada com baixo status socioeconômico e menor nível de escolaridade (COSTA; FLORES; WENDT, 2018; OLIVEIRA; LUIZ, 2019). Adicionalmente, fatores como gênero, idade, etnia, nível socioeconômico, tabagismo e consumo de álcool também mostraram associação significativa com a multimorbidade (NUNES; BATISTA; ANDRADE 2018).

De acordo com a literatura científica, as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas são as principais causas de mortalidade em pessoas idosas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; TAVARES; JESUS; MACHADO, 2017; VANZELLA; NASCIMENTO; SANTOS 2017). No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 31% dos óbitos, com destaque para as doenças cerebrovasculares e isquêmicas do coração (VANZELLA; NASCIMENTO; SANTOS 2017).

É importante ressaltar que as desigualdades em saúde persistem no Brasil, o que enfatiza a necessidade de estratégias que permitam o acesso aos serviços de saúde pela população idosa mais vulnerável. Esses indivíduos frequentemente enfrentam maiores dificuldades para utilizar e gerenciar condições saudáveis, e, portanto, requerem atenção especializada.

É importante levar em conta que os processos de envelhecimento são específicos e variados. Portanto, é essencial considerar os determinantes sociais da saúde em todos os seus aspectos, incluindo gênero e raça, para garantir que o cuidado oferecido seja equitativo e eficaz. Para alcançar esse objetivo, é necessário priorizar as necessidades e particularidades da população idosa na organização e oferta de serviços de saúde (BRASIL, 2014).

No entanto, isso tem sido um desafio para a Saúde Pública, especialmente no que diz respeito à adaptação dos dispositivos de saúde às necessidades da nova demanda, tanto em termos estruturais e tecnológicos, quanto na formação de profissionais qualificados para lidar com pessoas idosas. Essa questão se torna ainda mais premente quando se considera a situação das pessoas idosas quilombolas. Portanto, é crucial abordar esses desafios e trabalhar em soluções para garantir um cuidado adequado e equitativo para todas as pessoas idosas.

Atualmente, o termo quilombo não se refere exclusivamente à ocupação de terras por comunidades de afrodescendentes durante um período histórico específico, ou à comprovação biológica de ancestralidade, mas sim à participação de grupos étnico-raciais que se autodefinem como quilombolas. Esses grupos possuem relações territoriais específicas e uma forte presunção de ancestralidade negra, relacionada à resistência histórica à opressão (SANTOS; RIGOTTO, 2010; SANTOS; SILVA, 2014).

Esse novo conceito de quilombo representa um avanço na discussão sobre essas comunidades, porque admite a diversidade de formação desses agrupamentos, tanto durante o período de escravidão como após a abolição (SANTOS; SILVA, 2014). Isso significa que as comunidades quilombolas podem ser formadas não apenas por descendentes diretos de escravos, mas também por pessoas que se identificam com essa história e com a luta contra a discriminação racial.

Em suma, o conceito de quilombo evoluiu para incluir a autodefinição e a identidade cultural como critérios fundamentais para a sua definição, o que reconhece a diversidade e a complexidade dessas comunidades. Isso é uma importante contribuição para a valorização da história e cultura afrodescendente no Brasil e para a luta por igualdade racial.

As comunidades remanescentes de quilombolas geralmente se encontram em áreas rurais e remotas, o que as torna geograficamente isoladas e suscetíveis a desigualdades sociais e de saúde (SILVA; ROSA; BATISTA 2018). Nesse ínterim, essas comunidades enfrentam dificuldades para acessar serviços de saúde adequados, uma vez que o sistema de saúde pública é marcado por vários problemas estruturais (ALMEIDA et al., 2019; PEREIRA; MUSSI, 2020). Essa realidade é particularmente desafiadora para as pessoas idosas, que enfrentam obstáculos no atendimento das suas necessidades específicas, incluindo cuidados domiciliares, longas filas de espera para consultas e exames, falta de medicamentos e ações preventivas e promocionais de saúde (BEZERRA; SORPRESO, 2016; LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019).

Além disso, a falta de melhorias no saneamento básico, moradia adequada, acesso a meios de comunicação mais rápidos, redução das filas de espera para atendimento, reforma e construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e aumento das equipes de saúde da família (eSF) pode ter um impacto negativo na saúde dos remanescentes de quilombos, aumentando a demanda por serviços hospitalares e agravando as doenças (GOMES; GUIMARÃES, 2013; OLIVEIRA; PEREIRA; GUIMARÃES, 2015; BEZERRA; SORPRESO, 2016).

As populações quilombolas são caracterizadas por residirem em áreas rurais, possuírem baixo nível de escolaridade e cor de pele negra, vivendo frequentemente em condições precárias. Infelizmente, no Brasil, os negros (pretos e pardos) ocupam diferentes espaços sociais

em relação aos brancos, resultando em indicadores sociais e de saúde desfavoráveis para essa população. Os negros possuem os piores indicadores de escolaridade, estão em posições precárias no mercado de trabalho e têm menos acesso a bens, serviços sociais e de saúde. Essas desigualdades são consequência de apropriação ou usurpação privada de bens, isolamento espacial e social e restrições à participação política (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS., 2013; SILVA, ROSA; BATISTA 2018).

Políticas públicas específicas têm sido implementadas para a população negra, abrangendo programas e ações em áreas como educação, saúde, mercado de trabalho e apoio a comunidades quilombolas. Essas iniciativas visam combater as desigualdades raciais acumuladas ao longo dos anos (LIMA NUNES; KLÜPPEL, 2016), ainda não se percebem efeitos significativos dessas políticas para esse grupo populacional. Estudos demonstram que, na ausência de políticas públicas em comunidades quilombolas, algumas pessoas idosas recorrem à família, natureza, fé e religiosidade como única garantia de sobrevivência (TAKAHASHI; ALVES 2015; LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019).

As comunidades remanescentes de quilombos são portadoras e praticantes de culturas e conhecimentos que foram transmitidos pelos seus ancestrais e são preservados até os dias atuais. Os anciãos, que são os guardiões desses saberes, transmitem os conhecimentos tradicionais para os mais jovens, ensinando desde o cultivo da lavoura e o manejo dos animais até a preparação dos alimentos típicos, as rezas, as benzeduras e a manipulação das ervas medicinais (SALES; ALBUQUERQUE; CAVALCANTI, 2009; LANGDON; WIJK 2010; LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019). Esses conhecimentos carregam consigo uma grande diversidade cultural, que possuem diferentes significados e sentidos.

No entanto, as práticas tradicionais de cuidado da saúde ainda sofrem com a intolerância e o preconceito de uma parte significativa da sociedade e dos profissionais da área da saúde, que muitas vezes colocam em questão a eficácia dessas práticas frente ao conhecimento científico (FREITAS; CABALLERO; MARQUES, 2011; LIMA NUNES; KLÜPPEL, 2016; LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019).

Nesse contexto, é fundamental que os profissionais de saúde compreendam as particularidades das comunidades remanescentes de quilombos e como elas constroem suas visões de mundo. Essas visões têm uma influência direta nas práticas de saúde, portanto, é importante que os profissionais estejam cientes delas. Dessa forma, será possível auxiliar os gestores na implementação de políticas públicas e sociais de saúde, que levem em conta a diversidade de crenças presentes no vasto território brasileiro (FREITAS; CABALLERO;

MARQUES, 2011; LIMA NUNES; KLÜPPEL, 2016; BORGES SANTOS; PINHEIRO, 2015).

De acordo com o Censo Demográfico de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população quilombola no Brasil é de aproximadamente 1,32 milhão de pessoas, representando 0,65% da população total do país. O Nordeste concentra a maior parte dessa população, com cerca de 68,19% dos quilombolas brasileiros. O estado da Bahia possui o maior número de quilombolas, totalizando 397.059 pessoas, seguido pelo Maranhão com 269.074 indivíduos. Destes, aproximadamente 17,6% são pessoas idosas, ou seja, possuem 60 anos ou mais.

Ao longo dos anos, as pessoas idosas negras têm enfrentado condições sociais e de saúde desiguais. Vários estudos destacam a relação entre a vulnerabilidade social e de saúde e a questão étnico-racial, mostrando desigualdades nos perfis de adoecimento e morte em populações que se identificam como pretas e pardas, que geralmente pertencem a um estrato socioeconômico baixo (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004; LOPES, 2005; BEZERRA; SORPRESO, 2016). No Brasil, as comunidades quilombolas se destacam como um grupo economicamente desfavorecido (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

No ano 2000, a maioria das pessoas idosas no Brasil era composta por pessoas brancas (60,6%), enquanto as pessoas idosas pardas (30,0%) e pretas (7,0%) representavam uma parcela menor da população idosa. Já em 2010, essa tendência racial persistiu, mas houve uma mudança nas proporções, com as pessoas idosas brancas representando 55,9%, os pardos 34,6% e os pretos 7,8% da população idosa (IBGE, 2016). É importante ressaltar que os censos demográficos brasileiros apontam um aumento consistente tanto absoluto quanto relativo da população idosa negra e parda (IBGE, 2016).

Pesquisas realizadas em comunidades quilombolas com foco em pessoas idosas revelaram uma alta prevalência de hipertensão arterial (SANTOS et al., 2016). Essa condição foi significativamente associada à faixa etária superior a 60 anos e a estratos sociais mais baixos, além de correlacionar-se com a incidência de diabetes mellitus. Adicionalmente, observa-se que a desnutrição é prevalente entre os idosos, especialmente entre aqueles com 80 anos ou mais (BEZERRA; ANDRADE; CÉSAR, 2013; BEZERRA; SORPRESO, 2016; SANTOS et al., 2016).

Com relação à autopercepção de saúde entre os quilombolas, foi constatado que há uma prevalência de autoavaliação negativa do estado de saúde, especialmente entre as pessoas idosas (OLIVEIRA; PEREIRA; GUIMARÃES 2015; SANTOS et al., 2016). De acordo com Bezerra, Andrade e César (2013), a baixa escolaridade e a baixa renda são indicadores de vulnerabilidade

social nas comunidades quilombolas de Vitória da Conquista na Bahia, e têm efeitos cumulativos prejudiciais ao longo da vida. Vários estudos demonstram que a hipertensão arterial está mais relacionada ao estilo de vida do que às diferenças entre raças e pode ser atenuada após ajustes no status socioeconômico (AGYEMANG et al., 2009).

Apesar das condições de saúde terem menor contribuição na qualidade de vida das pessoas idosas, em comparação com as variáveis socioeconômicas, a presença de casos de depressão se mostrou como um fator importante na avaliação geral. Os resultados sugerem a necessidade de políticas públicas, que promovam melhores condições socioeconômicas para a população idosa em comunidades quilombolas, bem como ações de saúde mental voltadas para a prevenção e tratamento da depressão (SANTOS et al., 2016).

No contexto das comunidades quilombolas da Amazônia, estudos revelam que há diversas precariedades nas condições socioeconômicas, infraestrutura sanitária domiciliar e comunitária insuficiente, o que tem impacto direto no acesso aos serviços de saúde. Além disso, as doenças crônicas afetam significativamente a população quilombola estudada, e essas enfermidades estão intimamente ligadas às condições socioecológicas da região, sendo agravadas por fatores que aumentam sua vulnerabilidade social (OSHAI; SILVA, 2013; MELO; SILVA, 2015).

Nesse contexto, é importante destacar que envelhecer em condições precárias de vida pode afetar significativamente a saúde, especialmente quando combinado com desigualdades raciais/étnicas e econômicas. É fundamental ressaltar que os problemas de saúde enfrentados pelas pessoas idosas têm tanto dimensões individuais quanto coletivas, e, são agravados pelas iniquidades sociais que os cercam (SANTOS et al., 2016).

Destaca-se que no Brasil, alguns estudos vêm sendo realizados para compreender o processo de envelhecimento, a partir das narrativas de pessoas idosas. Essas reflexões têm possibilitado uma descrição mais profunda do significado do envelhecimento, especialmente para as pessoas idosas quilombolas. Em um estudo realizado por Lopes, Paixão e Santos (2019), o envelhecimento foi interpretado sob diferentes significados, tais como a idade cronológica, a solidão, as memórias, as mudanças no corpo, o adoecimento e os eventos da vida - incluindo cansaços e contratempos (LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019).

Outro estudo que reflete sobre a relação entre o corpo como instrumento de trabalho para mulheres negras idosas, demonstrou que o processo de envelhecimento não foi um fator limitante para a participação dessas mulheres em atividades laborais. Mesmo enfrentando limitações ao longo do processo de envelhecimento, elas permaneceram ativas no trabalho agrícola e nas atividades domésticas (ROCHA, 2015).

Diversos autores destacam a importância dos mais velhos nas comunidades quilombolas, enfatizando o papel social que eles exercem por meio da oralidade (LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019; SANTOS, 2020). As pessoas idosas detêm experiências e vivências ao longo da vida, assim como os saberes tradicionais, a memória cultural, a história de vida e as resistências, os quais são transmitidos de geração a geração, por meio do discurso dos mais velhos (CRUZ; SILVA; PULGA, 2018; LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019; SANTOS, 2020). Na verdade, eles são conhecidos como "conhecedores", considerados a "Memória Viva" e "os Guardiões da Memória" (CRUZ; SILVA; PULGA, 2018; SANTOS, 2020).

Apesar das iniquidades sofridas, as pessoas idosas ocupam um lugar de destaque dentro das comunidades tradicionais quilombolas. Eles são responsáveis por ensinar aos mais jovens saberes tradicionais, como o manejo da terra para a agricultura de subsistência, o cuidado com os animais, o preparo de pratos típicos da cultura quilombola e as práticas de saúde tradicionais, como orações, rezas, rituais de benzeduras e manipulação de ervas medicinais (CRUZ; SILVA; PULGA, 2018; LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019).

### **3 CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS QUILOMBOLAS E CONTRIBUIÇÕES DAS MANIFESTAÇÕES AFRO-BRASILEIRAS**

Esta seção apresenta uma análise detalhada sobre a assistência à saúde da população quilombola no Brasil, destacando a importância de se discutir a responsabilidade pública em garantir o direito à saúde e proteger grupos vulneráveis. A partir da trajetória histórica de injustiças enfrentadas pela população negra, especialmente os quilombolas, serão abordados diversos estudos que tratam dos determinantes sociais da saúde, com foco em temas como saúde da mulher, doenças crônicas, violência e a interseção entre a raça e a saúde. Autores como Guerrero, Freitas, Oliveira, Silva, e Lindoso, entre outros, serão discutidos para ilustrar as condições precárias enfrentadas por essa população, bem como os esforços históricos e contemporâneos para promover a equidade em saúde, através de políticas públicas como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e o Programa Brasil Quilombola.

A dificuldade de acesso à assistência à saúde é um grave problema de saúde pública, que exige uma discussão ética sobre a responsabilidade pública em garantir o direito à saúde e proteger grupos populacionais vulneráveis. Dentre esses grupos, incluem-se índios, portadores de necessidades especiais, presidiários, população do campo, negros, quilombolas dentre outros. A população negra, em especial a quilombola, merece uma atenção especial, dada a trajetória de injustiças e a exclusão que tem sido submetida ao longo da história em terras brasileiras.

Foram identificadas diversas pesquisas no Brasil que abordam os determinantes sociais da saúde, com destaque para a saúde da população negra, considerando a interseção entre raça, etnicidade e saúde. Dentre as temáticas abordadas, merecem destaque a saúde da mulher, gênero, sexualidade e direitos reprodutivos, violência, doenças genéticas (como a anemia falciforme), a epidemiologia de doenças crônicas não transmissíveis, dentre outras (GUERRERO, 2010). Estes estudos apontam para a marginalização socioeconômica, os indicadores sociais desfavoráveis e as precárias condições de vida e saúde enfrentadas pela população negra no Brasil.

Guerrero (2010) apresenta em seu estudo, uma crítica aos efeitos negativos que podem surgir da "racialização" do processo saúde-doença. A autora argumenta contra a utilização inconsistente do conceito de "raça negra" em um país com uma forte miscigenação, pois considera que o conceito anacrônico de "raça" não deve ser utilizado como uma explicação para as desigualdades sociais. A autora alerta que a polarização da sociedade, juntamente com a



produção de identidades raciais fixas, pode reforçar o conceito de "raça" e levar a uma divisão racial.

Considerando as precárias condições de vida e de trabalho e as diversas formas de violência que os negros sofreram historicamente, os episódios de resistência e luta foram a base para a formação dos quilombos. Por conseguinte, esses locais se tornaram uma importante opção para a organização social da população negra, bem como um espaço para resgate da sua humanidade, cultura e fortalecimento da solidariedade e da democracia. Neles, os negros se tornavam e ainda se tornam sujeitos de sua própria história (BRASIL, 2013).

Para discutir políticas públicas voltadas para a população negra e quilombola, é importante considerarmos a história que levou a essa necessidade. Um ponto de partida é a "abolição oficial da escravatura", que ocorreu no Brasil. No entanto, após esse processo, houve muitos anos de luta, incluindo denúncias sobre a fragilidade do modelo de democracia racial brasileira, até a fundação da Frente Negra Brasileira, em 1931. Desde então, as questões relacionadas a classe e raça ganharam destaque na arena política do país. Mais recentemente, o Movimento Social Negro, que atua de forma organizada desde a década de 1970, fortaleceu essas demandas (BRASIL, 2013).

Entre as décadas de 1930 e 1980, houve uma grande quantidade de movimentos sociais em todo o mundo, nos quais os negros expressaram sua insatisfação com a qualidade de vida que estavam vivenciando. Dentre esses movimentos, destacam-se a luta dos negros nos Estados Unidos contra as leis de segregação racial vigentes no país e a dos negros sul-africanos contra o sistema do apartheid (BRASIL, 2013).

É importante destacar que esses movimentos tiveram impactos significativos no Brasil, especialmente em 1986, quando a 8ª Conferência Nacional de Saúde tornou-se um marco na luta por melhores condições de saúde para a população brasileira. Essa conferência consolidou a saúde como um direito universal de cidadania e um dever do Estado. A partir desse momento, a saúde se tornou um direito fundamental, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia ou orientação sexual, e passou a ser fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que foi estabelecido na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Em 20 de novembro de 1995, a Marcha Zumbi dos Palmares realizou reivindicações que chamaram a atenção do governo federal para a valorização da população negra. Em resposta, o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) foi criado para abordar o tema. Em abril do ano seguinte, o GTI organizou a Mesa-Redonda sobre Saúde da População Negra, que teve resultados significativos, tais como: a) a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; b) a criação da

Resolução CNS nº 196/96, que exige o recorte racial em pesquisas envolvendo seres humanos; e c) a recomendação da implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme (BRASIL, 2013).

Em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), representando uma importante conquista do Movimento Social Negro. A SEPPIR é um órgão de assessoramento direto da Presidência da República, e, tem como atribuição institucional, promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos. Para isso, a secretaria acompanha e coordena políticas de diferentes ministérios e outros órgãos do governo brasileiro, incluindo o Ministério da Saúde (BRASIL 2003). A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no mesmo ano, aprovou mais de 70 deliberações sobre saúde da população negra, visando à inclusão do recorte raça/cor. Essas deliberações foram imediatamente incorporadas na elaboração do Plano Nacional de Saúde, que definiu ações específicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de reduzir as desigualdades na saúde (BRASIL, 2016).

Em 2004, durante o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, foi firmado o Termo de Compromisso entre a Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SNPIR) e o Ministério da Saúde, em resposta às demandas apresentadas por ativistas e pesquisadores negros na Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade (BRASIL, 2016). Esse documento foi produzido por especialistas na temática, a convite das Nações Unidas no Brasil, que se reuniram para subsidiar a formulação de uma política nacional de saúde da população negra. Com o objetivo de fortalecer a política de Estado para as comunidades quilombolas, em 2004 foi criado o Programa Brasil Quilombola. A partir desse programa, foi instituída a Agenda Social Quilombola, que teve como objetivo promover o desenvolvimento socioeconômico e cultural dessas comunidades.

Nos anos de 2005 e 2006, ocorreram diversos eventos que discutiram as questões que envolvem a população negra. Essas discussões culminaram na aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN pelo Conselho Nacional de Saúde, em 10 de novembro de 2006 (BRASIL, 2013). Essa política possui um caráter transversal e atribui responsabilidades às três esferas da gestão pública da saúde, reunindo um conjunto de objetivos, indicadores e metas para a redução das iniquidades raciais no setor.

A PNSIPN, que visa garantir a igualdade no acesso à saúde, assim como a promoção da saúde da população negra no Brasil, pode contribuir para a compreensão das políticas públicas voltadas para grupos específicos e para a promoção da equidade na saúde. Além disso, pode-se

afirmar que o estudo dessa política é importante para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e políticas públicas mais efetivas e justas (BRASIL; TRAD, 2012).

A PNSIPN define os princípios, objetivos, diretrizes, estratégias e responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde da população negra. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, além da gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores da saúde. Para promover a equidade em saúde da população negra, a PNSIPN abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde, sendo uma política transversal, com formulação, gestão e operação compartilhadas entre as três esferas de governo. Essa política é implementada tanto no campo restrito da Saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto em áreas correlatas (BRASIL, 2013).

Em 2009, foi aprovado o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PLANAPIR) pela Presidência da República. Com a finalidade de promover a redução das desigualdades sociais, por meio do desenvolvimento sustentável, o PLANAPIR, enfoca a distribuição de renda, a educação e a promoção dos grupos raciais discriminados. Para garantir a efetivação do plano, foi instituído o Comitê de Articulação e Monitoramento (CAM) no âmbito da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República. Com a colaboração dos diversos ministérios federais, o CAM busca estabelecer ações conjuntas para a redução das iniquidades e para criar condições que possibilitem a promoção da igualdade racial em todo o território nacional (BRASIL, 2013).

Uma outra medida que visa reduzir as desigualdades étnicas na área da saúde no país, foi a promulgação da Lei 12.888 em julho de 2010, que estabelece que os moradores das comunidades remanescentes de quilombos devem receber incentivos específicos para garantir o seu direito à saúde. Esses incentivos incluem melhorias nas condições ambientais, saneamento básico, segurança alimentar e nutricional, bem como atenção abrangente à saúde (BRASIL, 2010). No entanto, estudos têm mostrado que a implementação dessas políticas tem ocorrido em ritmo lento, o que tem deixado as associações quilombolas cada vez mais dependentes de assistencialismo e com menos autonomia para promover o desenvolvimento sustentável dos seus territórios (OLIVEIRA, 2003).

A construção de uma identidade quilombola unificada tem sido um desafio persistente, mas estão ocorrendo avanços significativos nesse sentido (KENNY, 2013). Além da questão identitária, as comunidades remanescentes de quilombos enfrentam uma série de problemas. Essas comunidades geralmente dependem de atividades rurais ou culturas de subsistência,

resultando em baixa renda para os moradores e levando muitos a depender de programas governamentais de transferência de renda para sobreviver (FREITAS; CABALLERO; MARQUES, 2011). Outras dificuldades incluem a localização das comunidades quilombolas, conflitos agrários relacionados às áreas ocupadas, falta de infraestrutura e investimento público, acesso precário a serviços de saúde, isolamento físico e social, preconceito e falta de informação. Essas condições, têm perpetuado distorções no conhecimento sobre saúde, e, limitado o alcance de políticas de promoção e prevenção nesse segmento (SILVA, 2007).

A localização geográfica exerce um impacto significativo nas condições de saúde dos quilombolas, tanto de forma direta quanto indireta. Historicamente, os quilombos eram estabelecidos em áreas próximas a vilarejos ou cidades, porém, em locais de difícil acesso, devido à sua função social de abrigar os excluídos e os escravos fugidos (SILVA et al., 2010). De acordo com Oliveira (2005), essa herança histórica resulta na localização atual das comunidades quilombolas, que receberam doações de terras dos antigos quilombos e agora se encontram em áreas rurais relativamente isoladas geograficamente. A localização remota dos quilombos dificulta o acesso dos quilombolas aos serviços de saúde e educação, perpetuando a segregação social originada no período da escravidão e constituindo um fator de risco para o surgimento de doenças na comunidade.

A maioria dos quilombolas ainda enfrentam condições precárias de vida, o que afeta negativamente sua alimentação e saúde (SILVA, 2010). Essas condições difíceis, têm sido associadas a uma maior morbimortalidade nessa população, tanto de doenças infecciosas e contagiosas, como de doenças crônicas e degenerativas, devido à sua maior vulnerabilidade social (FREITAS; CABALLERO; MARQUES, 2011). A persistência dessas condições adversas mantém os quilombolas em constante luta por seus direitos, pela posse e regularização de suas terras, pela ampliação de sua cidadania plena e pela equidade no acesso aos serviços de saúde pública (KENNY, 2013). Além disso, a comunidade científica tem demonstrado um crescente interesse em compreender as condições de vida e saúde dessa população, ainda que de forma gradual.

Atualmente, há uma lacuna significativa nos estudos que abordam a realidade dos quilombolas, com poucas pesquisas disponíveis, muitas das quais se concentram na construção histórica dessa população ou nas questões relacionadas a doenças físicas. No entanto, é importante ampliar o escopo dessas pesquisas, para compreender de forma mais abrangente a situação social, cultural e econômica dos quilombolas. Um trabalho de destaque nesse campo é o estudo de Oliveira (2003), no qual o autor reflete sobre o projeto político voltado para a população quilombola no Brasil. O autor observou que o Governo Federal estabeleceu uma

ampla rede administrativa para a execução de políticas públicas nas comunidades quilombolas, com destaque para programas como o chamado “Brasil Quilombola”.

Estudos sobre o Quilombo de Palmares, considerado o maior quilombo brasileiro, foram retomados por Gorender (1991) e Lindoso (2007, 2011). Essas pesquisas examinaram os fatores que levaram à sua origem, a estrutura de governo e o impacto dessa história na população negra contemporânea. De acordo com Gorender (1991), indivíduos de origens étnicas diversas, como negros, índios e brancos marginalizados, uniram-se para formar os doze aglomerados conhecidos como quilombo de Palmares, os quais chegaram a abrigar até trezentas mil pessoas. Nesses quilombos, esses grupos passaram a viver em um regime de cooperação e poliandria, onde o controle social era exercido por um grupo selecionado entre os residentes, enquanto a vigilância social era uma responsabilidade das mulheres.

Lindoso (2007, 2011) dedicou sua análise ao estudo dos quilombos como estratégias para preservar a identidade negra e reconquistar a liberdade. Durante a época da escravidão, os senhores de escravos adotavam a prática de separar indivíduos provenientes da mesma região da África, com o intuito de diluir a identidade e desencorajar fugas. Em seu trabalho histórico e antropológico sobre Palmares, Lindoso (2007) enfoca o papel desempenhado pelos quilombos na vida dos escravos e dos seus descendentes ao longo do século XX.

O autor destaca que, no passado, Palmares serviu como meio de preservação da identidade individual e, atualmente, a reconstrução de sua história desperta o orgulho da ancestralidade negra na sociedade brasileira contemporânea. Já em sua pesquisa de 2011, Lindoso investiga as estratégias adotadas pelos descendentes de escravos para manter sua identidade, e, ao mesmo tempo, lutar por sua plena inclusão como cidadãos brasileiros.

No estudo realizado por Souza (2010), foram examinados aspectos relacionados à territorialidade e à dinâmica cultural no quilombo de Boqueirão, situado no município de Vitória da Conquista, Bahia. A pesquisadora descreve a existência de uma associação local, que regula a prática do trabalho coletivo para a agricultura, onde os moradores se empenham em preservar as memórias dos antigos habitantes. Essa preservação ocorre por meio da tradição oral, com a contação de histórias, bem como pela realização de festividades tradicionais, a exemplo da celebração da "Folia de Reis".

Em relação à saúde dos quilombolas, um estudo conduzido por Reis et al. (2008), abordou a prevalência da Hepatite C, em comunidades remanescentes de quilombos no Mato Grosso do Sul. Os resultados indicaram uma prevalência de apenas 0,2% dessa doença, uma estimativa menor do que a média observada na população brasileira em geral. No entanto, é

importante destacar que nem todos os estudos apresentam resultados positivos em relação à saúde dos quilombolas.

Por exemplo, Oliveira (2005) investigou a população quilombola do município de Santarém (PA), e, constatou condições socioeconômicas extremamente precárias. Segundo o autor, 81,8% dos entrevistados relataram não possuir nenhuma fonte de renda, e apenas 8,7% dependiam exclusivamente de ajuda governamental, como o Bolsa Escola e/ou Bolsa Família. Além disso, o estudo revelou um baixo nível educacional, com 31,8% dos quilombolas sendo analfabetos, e um perfil de insegurança alimentar e nutricional, fatores relacionados aos altos índices de morbimortalidade observados entre os moradores dessa comunidade.

Em um estudo realizado por Silva em 2007, foram examinados os fatores determinantes da saúde na comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos, localizada na Paraíba. Os resultados revelaram, que a comunidade enfrentava sérias deficiências, em termos de infraestrutura sanitária, como a ausência de condições básicas de higiene, a falta de cisternas, banheiros e sistemas de esgoto. Além disso, o estudo identificou que os quilombolas investigados sofriam principalmente com hipertensão arterial, alcoolismo e problemas mentais. Entretanto, o autor não detalhou especificamente quais eram esses problemas mentais nem descreveu a metodologia utilizada para avaliar a presença de transtornos mentais na comunidade.

No estudo conduzido por Silva, Guerrero e Guerrero (2008), foi realizada uma investigação sobre a insegurança alimentar em seis comunidades quilombolas, localizados no município de Santarém, no estado do Pará. Os resultados revelaram que, a precária alimentação nas comunidades estudadas, estava relacionada a questões históricas, relacionadas à posse da terra, bem como ao uso de práticas predatórias no espaço. Além disso, foi observado que a insegurança alimentar estava associada à construção da rodovia BR-163, a qual foi planejada e executada sem a participação dos moradores locais. Esses indivíduos consideravam a estrada como uma ameaça à sua subsistência, além de ser fonte de discriminação racial.

As atividades de lazer dos quilombolas de Santarém (PA), foram identificadas como fatores que influenciam diretamente a saúde dessa comunidade. De acordo com a pesquisa realizada por Freitas, Silva e Galvão (2009), constatou-se que o tempo livre dos quilombolas era predominantemente dedicado a jogos de futebol, banhos em rios e igarapés, conversas nos bares, participação em festas e assistir televisão. Esses pesquisadores estabeleceram uma conexão entre esses passatempos e as principais doenças que afetam a comunidade, tais como doenças cardíacas, alcoolismo, infecções fúngicas e parasitárias, acidentes com cobras venenosas, obesidade e outros problemas decorrentes do estilo de vida sedentário.

Um estudo realizado por Nascimento, Carneiro e Teles (2009) teve como objetivo investigar a presença do HTLV-1 em comunidades quilombolas localizados em Goiás e Mato Grosso do Sul. O estudo abrangeu uma amostra de 1837 indivíduos, e, identificou uma prevalência de 0,5% de infecção pelo HIV entre os participantes avaliados. Em outra pesquisa conduzida por Silva e sua equipe em 2010, foram analisadas as condições de acesso ao diagnóstico e à assistência para doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/AIDS em 218 quilombolas de 12 comunidades em diferentes regiões do Brasil. Os resultados indicaram que 75% dos entrevistados utilizavam serviços de saúde pública, 10% apresentavam histórico de DST e 22% já haviam realizado o teste para HIV/AIDS.

É importante ressaltar que, nesse estudo, indivíduos autoidentificados como negros, relataram encontrar maiores dificuldades no atendimento nos serviços de saúde, além de apresentarem uma maior frequência de sinais e sintomas de DST, bem como uma maior tendência à automedicação, em comparação com aqueles que se autodeclararam não negros.

Um estudo realizado por Volochko e Batista em 2009 investigou os fatores determinantes de saúde em 14 quilombos localizados no estado de São Paulo. Os resultados indicaram, que apenas cinco comunidades, possuíam uma infraestrutura adequada para o descarte de lixo. Além disso, foram identificadas diversas queixas de saúde recorrentes, tais como dores de cabeça, dores de dente, verminoses, resfriados, alergias e hipertensão. Esses achados evidenciam uma alta prevalência de problemas de saúde básicos, que estão diretamente associados à pobreza, à falta de saneamento e à baixa conscientização sanitária nessas regiões.

No estudo realizado por Riscado, Oliveira e Brito (2010), foram analisadas as condições de vulnerabilidade enfrentadas por mulheres pertencentes à comunidade quilombola de Alagoas, com idades entre 15 e 65 anos. Os resultados revelaram que, um número significativo dessas mulheres, é submetido a diferentes formas de violência doméstica, incluindo agressões físicas, sexuais, psicológicas, patrimoniais e morais. Além disso, o estudo identificou uma alta vulnerabilidade dessas mulheres em relação às infecções por DST/AIDS. As participantes também relataram experiências de discriminação racial, tanto nas relações pessoais como ao buscar assistência nos postos de saúde.

Um estudo realizado por Damazio, Lima e Soares (2013) analisou a ocorrência de parasitas fecais em uma amostra de 82 indivíduos quilombolas, residentes em diferentes comunidades do Espírito Santo. Os resultados revelaram uma taxa de infecção de 42,7% entre os participantes. Os pesquisadores enfatizaram, que as deficientes condições sanitárias presentes nessas comunidades quilombolas, desempenham um papel significativo no alto nível de contaminação verificado. Esses achados destacam a necessidade urgente de intervenções e

melhorias nas infraestruturas sanitárias nessas comunidades, a fim de reduzir a disseminação e o impacto dessas infecções parasitárias.

Em 2013, teve início um conjunto de estudos sobre os fatores determinantes da saúde da população quilombola residente no município de Vitória da Conquista (BA). Bezerra, Andrade e César (2013) examinaram a ocorrência de hipertensão arterial entre adultos de cinco comunidades quilombolas na região, estimando que 45,4% dos indivíduos apresentavam essa condição. Os autores identificaram diversos fatores associados à hipertensão, como falta de segurança na vizinhança, idade avançada, condições econômicas precárias, baixa escolaridade, inatividade física e índice de massa corporal indicativo de obesidade.

Outra pesquisa, conduzida por Gomes et al. (2013), investigou a utilização de serviços de saúde por essa mesma população quilombola, observando-se que apenas 57,1% da amostra havia procurado atendimento em serviços públicos nos 12 meses anteriores à entrevista, um índice considerado baixo em comparação à média da população brasileira. Mulheres, pessoas casadas ou que vivem em união estável, assim como aquelas com uma autoavaliação negativa do seu estado de saúde, buscaram assistência médica com maior frequência do que homens, solteiros e pessoas que avaliavam sua saúde de forma mais positiva.

Dois outros estudos abordam a mesma população em questão. Em um desses estudos, Souza, Barroso e Guimarães (2015) examinaram as oportunidades perdidas no diagnóstico de diabetes entre os quilombolas, constatando que 42,6% da população investigada não foi diagnosticada corretamente. Identificaram que a autoavaliação de saúde como boa ou muito boa, a falta de medição da pressão arterial no último ano, a ausência de consulta médica nos últimos doze meses e um acesso deficiente aos serviços de saúde, foram fatores associados a essa falha no diagnóstico.

Já no segundo estudo, Oliveira, Guimarães e França (2014) analisaram os fatores relacionados à não realização do exame de Papanicolau entre as mulheres quilombolas, observando que 27,3% delas nunca haviam feito o exame. Os fatores associados a essa falta de realização foram: idade entre 18 e 29 anos ou entre 50 e 59 anos, analfabetismo, ausência de parceiro, busca por atendimento em unidades de saúde fora da comunidade onde residem e falta de exame clínico das mamas por três anos ou mais, ou nunca ter realizado o exame.

Foi realizado um estudo em uma das comunidades, denominada Boqueirão, com o objetivo de analisar as condições de habitação e saúde nesse local (AMORIM et al., 2013). Os pesquisadores constataram que a maioria das residências não contava com acesso a água encanada e infraestrutura sanitária adequada. Além disso, a população estudada dependia principalmente dos serviços de saúde públicos, e, a hipertensão arterial foi identificada como a



doença mais comumente relatada. Quanto às infecções parasitárias intestinais, verificou-se uma maior prevalência de protozooses em comparação com helmintíases.

Embora haja evidências de que os quilombolas brasileiros sejam uma população vulnerável, com poucos estudos sobre sua saúde, é importante ressaltar que ainda há muitas lacunas no conhecimento, especialmente em relação à saúde mental. O estudo de Silva (2007), abordou a presença de transtornos mentais entre os quilombolas, porém, os detalhes sobre os tipos de transtornos identificados e os métodos utilizados não foram claramente elucidados. Portanto, é fundamental expandir e aprofundar as investigações nessa área para compreender plenamente as condições de saúde dessa população.

Nesse contexto, é fundamental realizar investigações abrangentes sobre as condições gerais de vida e saúde dos quilombolas, com especial ênfase nos estudos de base populacional. Os inquéritos de saúde de base populacional têm se mostrado altamente eficazes, ao identificar áreas prioritárias para intervenção, com o objetivo de garantir um serviço equitativo e de qualidade, como preconiza o Sistema Único de Saúde (CESAR; TANAKA, 1996).

Através desses estudos, é possível compreender as disparidades decorrentes das condições de vida dos quilombolas, bem como as diversas enfermidades físicas e transtornos mentais associados, permitindo identificar áreas específicas de risco e oportunidades estratégicas de intervenção para essa população (FREITAS; CABALLERO; MARQUES, 2011). É importante ressaltar que a abordagem de saúde pública adotada no Brasil é regionalizada, o que torna imprescindível contextualizar a região em questão para melhor compreender as necessidades de saúde (ALBUQUERQUE, 2006).

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

Este estudo adotou como referencial teórico-metodológico para embasar a análise e discussão das informações coletadas a Teoria da Memória Coletiva, com base no pensamento de Halbwachs (2013) e outros estudiosos do tema, assim como a Teoria das Representações Sociais, fundamentada por Moscovici (2015) e Jodelet (2001). Nesta seção, é realizada uma breve apresentação dessas teorias na busca de entrelaçá-las, demonstrando a relevância de sua aplicação para promover um conhecimento mais aprofundado sobre a memória e as representações sociais de pessoas idosas quilombolas em relação às Práticas Integrativas e Complementares.

### **4.1 Teoria da Memória Coletiva/Social**

Na primeira metade do século XX, o sociólogo francês Maurice Halbwachs iniciou a criação da disciplina conhecida como Memória Social, culminando com a publicação do seu trabalho **Les cadres sociaux de la mémoire**, em 1925. Seu objetivo era introduzir uma abordagem renovadora no campo da sociologia, oferecendo uma perspectiva original, tanto para as ciências sociais, quanto para os estudos sobre memória, que até então eram predominantemente tratados pela psicologia. Inspirado pelo pensamento de Émile Durkheim, Halbwachs deu continuidade aos princípios da sociologia do seu mentor, especialmente ao definir-se em contraposição a outros campos de estudo, principalmente a psicologia, e ao buscar analisar e compreender todos os aspectos da realidade humana a partir de uma perspectiva social.

Halbwachs (2013) discute o uso comum de testemunhos como estratégia para fortalecer ou enfraquecer uma ideia, bem como para complementar informações sobre eventos ou fatos, nos quais certas circunstâncias permaneçam obscuras. Esses testemunhos consistem em memórias de outras pessoas, que atribuem significado ao encontrar-se com a memória individual de cada indivíduo.

Segundo Halbwachs (2013), a memória é um processo de referência e construção. Os testemunhos desempenham um papel fundamental na obtenção da memória, pois esta surge a partir de um diálogo entre referências e construções. A referência é o ato de relatar ou narrar algo por meio de palavras, além de estabelecer conexões entre objetos. É essa capacidade de conexão que possibilita a construção de algo novo, tornando-o um objeto mais completo. Dessa

forma, quando testemunhos se encontram, busca-se alcançar uma espécie de completude, a fim de formar uma memória concreta, embora não tangível. Halbwachs fornece um exemplo elucidativo:

[...] Se o que vemos hoje toma lugar no quadro de referências de nossas lembranças antigas, inversamente essas lembranças se adaptam ao conjunto de nossas percepções do presente. É como se tivéssemos diante de muitos testemunhos. Podemos reconstruir um conjunto de lembranças de maneira a reconhecê-lo porque eles concordam no essencial, apesar de certas divergências. (HALBWACHS, 2013, p. 29).

Essa combinação de testemunhos cria uma conexão entre o passado e o presente. Não se trata apenas do fato ou evento em si, mas sim de uma representação que dialoga com novas percepções que surgem à medida que novos eventos ocorrem. A construção e reconstrução são processos contínuos, pois construir é unir partes para produzir, formar ou dar existência, e a memória está em constante desenvolvimento.

O processo de desenvolvimento da memória envolve a união de fragmentos de lembranças, cujo propósito é o reconhecimento. Embora possam existir diferenças de opinião, a memória é nutrida pela essência de dois mundos. Em outras palavras, os eventos passados ganham maior importância, e acreditamos revivê-los com intensidade amplificada, uma vez que não estamos mais solitários ao representá-los em nossa mente (HALBWACHS, 2013).

No entanto, é essencial ressaltar que “Para confirmar ou recordar uma lembrança, não são necessários testemunhos no sentido literal da palavra, ou seja, indivíduos presentes sob uma forma material e sensível” (HALBWACHS, 2013, p. 31). Objetos inanimados, locais e eventos podem servir como gatilhos para trazer à tona essas lembranças, para corroborar um pensamento, e, principalmente, para construir uma memória. Testemunhos não precisam necessariamente ser interpretados literalmente. Além disso, esses processos ocorrem dentro de uma dinâmica de "negociação" entre membros de um determinado grupo ou de grupos relacionados (HALBWACHS, 2013).

Existe uma contínua batalha entre a lembrança e o esquecimento. De acordo com Halbwachs (2013), por um lado, os relatos de outras pessoas são incapazes de reconstituir uma memória que tenhamos apagado. Por outro lado, aparentemente, mesmo sem o respaldo de outros, nos lembramos de impressões que não compartilhamos com ninguém. Halbwachs (2013) discute a influência da memória coletiva no despertar e na reorganização das memórias individuais. No entanto, é importante ressaltar que os testemunhos de terceiros não são o único

elemento necessário nesse processo. É fundamental que exista uma base comum entre as experiências pessoais e as de outras pessoas.

[...] Para que a nossa memória se aproveite da memória dos outros, não basta que estes nos apresentem seus testemunhos: também é preciso que ela não tenha deixado de concordar com as memórias deles e que existam muitos pontos de contato entre uma e outras para que a lembrança que nos fazem recordar venha a ser reconstruída sobre uma base comum. [...] É preciso que esta reconstrução funcione a partir de dados ou de noções comuns que estejam em nosso espírito e também no dos outros, porque elas estão sempre passando destes para aquele e vice-versa, o que será possível somente se tiverem feito parte e continuarem fazendo parte de uma mesma sociedade, de um mesmo grupo. Somente assim podemos compreender que uma lembrança seja ao mesmo tempo reconhecida e reconstruída. (HALBWACHS, 2013, p.39).

A memória coletiva é um conceito que se refere às lembranças compartilhadas por um grupo de pessoas. Ela se manifesta quando recordamos um evento que teve significado na vida do nosso grupo e o enxergamos, até mesmo no momento da lembrança, a partir da perspectiva desse grupo. Nesse sentido, a memória coletiva ocorre quando as memórias individuais se entrelaçam em diálogo com as experiências e visões comuns do grupo, permitindo a evocação e reconstituição de um determinado fenômeno (HALBWACHS, 2013).

A evocação e a reconstituição são processos fundamentais no resgate das memórias, tanto internas quanto externas. Evocar consiste em trazer à luz fatos e eventos que de alguma forma estavam adormecidos na mente. Já a reconstituição implica em reconstruir, reorganizar e, em certos casos, complementar uma cena com outros fragmentos. Esses atos de evocar e reconstituir são essenciais para a rememoração e a construção de uma memória sólida (HALBWACHS, 2013). Porém, como a memória coletiva é formada?

No primeiro plano da memória de um grupo se destacam as lembranças dos eventos e das experiências que dizem respeito à maioria de seus membros e que resultam de sua própria vida ou de suas relações com os grupos mais próximos, os que estiveram mais frequentemente em contato com ele. As relacionadas a um grupo muito pequeno e às vezes a um único de seus membros, embora estejam compreendidas em sua memória (já que, pelo menos em parte, ocorrem em seus limites), passam para o segundo plano. (HALBWACHS, 2013, p.51).

As lembranças são influenciadas pelo reconhecimento e pela intimidade das relações, estabelecendo uma ligação com a sensibilidade humana. Quanto mais frequente e próximo um evento ou experiência estiver em relação a um grupo, maior será a sua relevância na memória coletiva (HALBWACHS, 2013).

Um grupo geralmente estabelece relações com outros grupos na sociedade. Muitos eventos e ideias surgem a partir desses contatos. Essa interação entre indivíduos e grupos, assim como entre grupos diferentes, é fundamental para fortalecer a memória. No entanto, é importante ressaltar que não podemos depender exclusivamente desse fato para garantir a lembrança do que desejamos. Como afirmou Halbwachs "[...] nem sempre encontramos as lembranças que procuramos, porque temos de esperar que as circunstâncias, sobre o que nossa vontade não tem muita influência, as despertem e as representem para nós" (HALBWACHS, 2013).

Ao retornar a um local do passado, como ao deparar-se com os seus objetos, é possível reconhecer o espaço em questão. Como afirmado por Halbwachs:

[...] é o tipo de reconhecimento que Bergson chama de reconhecimento por imagens, que ele distingue muito claramente do que chama de reconhecimento por movimentos. Este reconduziria à sensação de familiaridade que temos quando um objeto visto ou evocado determina em nosso corpo os mesmos movimentos de reação que tivemos no momento em que anteriormente o percebemos. (HALBWACHS, 2013, p.55).

E em relação ao reconhecimento por imagens, difere do reconhecimento por movimento ao envolver a associação de uma imagem (visualizada ou evocada) de um objeto a outras imagens que se combinam para formar um conjunto e uma representação visual. É também a capacidade de reestabelecer as conexões desse objeto com outros, que podem ser pensamentos ou sentimentos. O reconhecimento por imagens está ligado à lembrança de um evento distante no tempo, a um momento de nosso passado (HALBWACHS, 2013).

Quando se observa uma imagem do passado, duas representações se sobrepõem: uma é a imagem do momento e a outra é a imagem presenciada no passado. É nessa interação que passado e presente se entrelaçam, encontrando-se no mesmo espaço a percepção e a recordação. Portanto, é fundamental distinguir entre percepção e recordação. A percepção direciona-se ao mundo das sensações, envolvendo a atribuição de significado por meio dos sentidos e da mente. Já a recordação está mais relacionada às imagens vivenciadas no passado que ressurgem à superfície (HALBWACHS, 2013).

É bem verdade que em cada consciência individual as imagens e os pensamentos que resultam dos diversos ambientes que atravessamos se sucedem segundo uma ordem nova e que, neste sentido, cada um de nós tem uma história. (HALBWACHS, 2013, p. 57).

Nesse contexto, Halbwachs (2013) ilustra de que maneira essas imagens e pensamentos evoluem para se transformar em memórias, levando em consideração tanto a consciência individual quanto os elementos externos envolvidos.

Quando dizemos que a recordação de certas lembranças não depende da nossa vontade, é porque nossa vontade não é forte o suficiente. A lembrança está ali, fora de nós, talvez dispersa entre muitos ambientes. Se a reconhecemos quando reaparece inesperadamente, o que reconhecemos são as forças que a fazem reaparecer e com as quais sempre mantivemos contato. A intuição sensível é então recriada, mas nesse meio tempo, considerando apenas a nós e nosso organismo psicofísico, ela deixa de existir (HALBWACHS, 2013, p.59).

Nossas representações são expressões da realidade, “[...] Um reflexo absolutamente não se explica por um reflexo anterior, mas pela coisa que ele produz naquele mesmo instante” (HALBWACHS, 2013, p.60). Em suma, a memória representada não é o próprio fenômeno, mas uma combinação do evento passado com as percepções atuais adquiridas.

Com base nessas perspectivas, podemos estabelecer uma conexão com o conceito de leis naturais. Essas leis não são inerentes às coisas em si, mas sim construções do pensamento coletivo, surgindo a partir da memória compartilhada. É por meio do pensamento coletivo que se examinam e explicam as relações, conferindo ao grupo a capacidade de compreender a representação do que é evocado pela memória individual (HALBWACHS, 2013). Essa compreensão reflete na representação coletiva associada às mesmas coisas.

[...] existe uma lógica da percepção que se impõe ao grupo e que o ajuda a compreender e a combinar todas as noções que lhe chegam do mundo exterior: lógica geográfica, topográfica, física, que não é outra senão a ordem introduzida por nosso grupo em sua representação das coisas do espaço (isso é: a lógica social e as relações que ela determina). [...] É também esta lógica, são essas leis que explicam que as nossas lembranças desenrolam em nosso pensamento a mesma sequência de associações, pois no mesmo momento em que estamos mais em contato material encontramos no referencial do pensamento coletivo os meios de evocar a sequência e seu encadeamento. (HALBWACHS, 2013, p.61).

Dessa maneira, as lembranças que remetem ao mundo externo são interpretadas com base nas leis da percepção coletiva, resultando em uma série de recordações.

Examinando o conteúdo dessas séries de pensamentos, notamos que os diversos estados que nelas entram não se limitam arbitrariamente. Cada um deles é como um objeto que tem certa unidade e contornos bastante definidos: uma pessoa, um fato, uma ideia, uma sensação, e bem sabemos que se pensamos neles é porque, efetivamente ou na imaginação, atravessamos um

ou muitos ambientes sociais em cuja consciência essas representações tiveram e mantiveram (pelo menos por algum tempo) um lugar muito definido, uma realidade muito substancial. (HALBWACHS, 2013, p.63).

Com base nessa perspectiva, o autor ilustra esse fenômeno ao mencionar situações em que um indivíduo apresenta uma ideia como uma convicção pessoal, quando, na realidade, está refletindo sobre algo retirado de outra fonte, como um jornal, um livro ou uma conversa com outras pessoas. Isso ocorre porque essas informações se alinham tão bem com a maneira como o indivíduo percebe o mundo que é difícil admitir que não partiram dele mesmo. “Vemos cada ambiente à luz do outro ou outros e ao mesmo tempo à sua própria luz, e temos a impressão de resistir a ele” (HALBWACHS, 2013, p.65).

A memória coletiva não tem a intenção de oferecer uma história objetiva do passado, mas sim retratar o passado de maneira funcional e relevante para a existência atual da sociedade e suas aspirações futuras. Embora tenha algum embasamento em eventos reais, ela é tendenciosa, seletiva e distorcida para atender às necessidades sociais presentes, pois é influenciada pelo contexto sociopolítico e cultural específico que confere seu significado. Essa memória molda o presente a partir da perspectiva de um ator social, que inevitavelmente carrega consigo os traços sociais da memória, construída através de uma representação social (HOBSBAWM; RANGER, 1983).

## **4.2 Teoria das Representações Sociais**

As representações sociais que constroem a memória coletiva desempenham um papel fundamental nesse sentido. Elas estabelecem uma origem compartilhada, descrevem eventos passados em comum e, assim, iluminam as experiências presentes. Ao transmitir a história, elas constroem um passado compartilhado, à medida que os membros da sociedade assimilam e preservam a narrativa comum. Como uma narrativa compartilhada, essas representações fornecem um senso de continuidade indispensável, para a formação de uma identidade social significativa. Essa narrativa compartilhada indica aos membros da sociedade que o presente é uma extensão do passado comum, e, portanto, a sociedade é o resultado de experiências e eventos compartilhados que conectam o destino de seus membros.

O conceito de representação surgiu através dos estudos de Émile Durkheim no início do século XX. Segundo Durkheim, as representações constituem as formas de integração social construídas pelos indivíduos com o objetivo de manter a coesão do grupo e expressar suas perspectivas sobre o mundo. Essas representações são expressas por meio de normas,

instituições, discursos, imagens e ritos, criando assim uma realidade paralela à existência dos indivíduos, mas que é vivenciada por eles no cotidiano (PESAVENTO, 2003).

A contribuição de Durkheim no estudo das representações foi extremamente importante, porém, é importante considerar que sua abordagem foi influenciada pelo contexto histórico da Sociologia, o que trouxe algumas limitações. Durkheim defendia a autonomia da Sociologia como ciência e propôs uma separação radical entre as representações individuais e coletivas, sugerindo que as primeiras deveriam ser estudadas no campo da psicologia, enquanto as últimas seriam objeto de estudo sociológico (MOSCOVICI, 2003).

À luz da psicologia social, o teórico romeno Serge Moscovici apresenta uma abordagem inovadora do conceito de representação. Segundo Moscovici, a perspectiva sociológica de Durkheim considerava as representações como uma entidade estática, desencorajando análises mais aprofundadas de sua estrutura ou investigações sobre a sua dinâmica interna. No entanto, Moscovici defende que esses aspectos devem ser desvelados e estudados com maior atenção, atribuindo tal responsabilidade à psicologia social (MOSCOVICI, 2003).

Para compreender as representações de forma adequada, não é suficiente apenas reconhecer o seu conceito. É essencial também compreender sua natureza e complexidade. As pesquisas realizadas por Piaget e Freud foram pioneiras ao ultrapassar os limites da compreensão conceitual do que é representado. Eles exploraram o mundo da criança e suas representações construídas para interagir com o cotidiano (JODELET, 2001).

No sentido clássico, as representações coletivas são consideradas instrumentos explanatórios que abrangem uma classe geral de ideias e crenças, como ciência, mito e religião, entre outras. No entanto elas se configuram como fenômenos específicos que necessitam de descrição e explicação. Esses fenômenos estão intrinsecamente ligados a um modo particular de compreensão e comunicação, um modo que tanto molda a realidade quanto influencia o senso comum. A fim de destacar essa distinção, se optou por utilizar o termo social em vez de coletivo (JODELET, 2001).

Durkheim aborda as representações coletivas como um conceito, enquanto Moscovici as compreende como fenômenos socialmente relacionados à construção do conhecimento no âmbito do senso comum. Neste contexto, é pertinente questionar a postura adotada por certas correntes das ciências humanas, que defendem que grupos e indivíduos estão sempre sujeitos ao controle de uma ideologia dominante imposta pelo Estado, igreja, classe social ou até mesmo pela escola. Segundo essa perspectiva, a coletividade teria apenas a função de guardar e reproduzir o desejo das instituições que detêm o poder. É nesse momento que se identifica a notável distinção entre a concepção de representação de Durkheim e a de Moscovici.



[...] se, no sentido clássico, as representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de idéias e crenças (ciência, mito, religião, etc), para nós, são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. 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. É para enfatizar essa distinção que eu uso o termo ‘social’ em vez de ‘coletivo’. (MOSCOVICI, 2001, p.49).

Nesta perspectiva, a análise das representações sociais envolve a imersão na complexidade de um universo que retrata os indivíduos em seus pensamentos, maneiras de ser e compreender o mundo, dúvidas, e escolhas históricas, independentemente de suas condições socioeconômicas, culturais ou políticas. Dessa forma, as representações sociais adquirem sua natureza plena ao abranger todos os elementos da sociedade, com destaque para o senso comum.

A obra central que consolidou o corpus de reflexões de Serge Moscovici acerca da Teoria das Representações Sociais (TRS) foi sua tese de doutorado intitulada **A Representação Social da Psicanálise** (MOSCOVICI, 1978). Nesta pesquisa, o autor empreendeu um estudo com o propósito de aprofundar a compreensão do processo; pelo qual a Psicanálise era reinterpretada por grupos populares, quando transcendiam os limites dos grupos de origem. A pesquisa de Moscovici foi motivada, em grande medida, por sua crítica à predominância de referenciais positivistas, que ele considerava inadequados para a exploração de dimensões alternativas da realidade, tais como a abordagem histórico-crítica (OLIVEIRA; WERBA, 2012).

Nesse sentido, Moscovici propõe que as Representações Sociais, concebidas como uma forma de conhecimento social ou pensamento social ampliado, desempenham um papel fundamental na interpretação dos objetos, das situações e dos eventos do cotidiano. Estas representações permeiam e se manifestam por meio da comunicação verbal, expressões não-verbais, bem como nas interações do dia a dia, e estão intrinsecamente ligadas à atividade cognitiva empregada para lidar com objetos, indivíduos, contextos e informações (MOSCOVICI, 1978).

Portanto, as representações que Moscovici investigava não possuíam uma natureza estritamente coletiva, e, não eram impostas às pessoas pela estrutura organizacional da sociedade. Elas, no entanto, eram representações que se originavam no âmbito do universo individual, e, por sua natureza intrínseca, eram influenciadas por elementos que justificavam sua caracterização como sociais. A perspectiva de Moscovici sugere que as representações sociais consistem em um conjunto de proposições, comportamentos e juízos formados pela

opinião pública, os quais se estruturam de maneiras diversas, influenciadas por variáveis como classe social, cultura e grupos sociais (MOSCOVICI, 1978; CASTRO, 2002).

Seguindo a perspectiva de Jodelet (1989) e em consonância com as ideias de Moscovici (1978), a Representação Social é entendida como a representação de algo ou alguém que reflete o conhecimento socialmente construído e compartilhado. Para ambos os autores, as Representações Sociais, em um sentido mais pragmático, funcionam como significados e referências que auxiliam na interpretação e classificação daquilo com o qual os indivíduos têm contato, contribuindo assim para a construção de uma realidade compartilhada dentro de um contexto social. Como esclarecido por Jodelet (2018), as Representações Sociais se manifestam de maneira natural, permeando as palavras, as mensagens e as imagens divulgadas pela mídia, além de se cristalizarem de maneira não definitiva nas ações cotidianas e nas estruturas materiais e espaciais.

As Representações Sociais são uma síntese de múltiplas disciplinas, permitindo a construção de conhecimento que se origina da interseção entre narrativas individuais e a construção social do entendimento. Dessa maneira, essas representações são examinadas levando em consideração os componentes afetivos, cognitivos e sociais que permeiam os processos de cognição, linguagem, comunicação e interações sociais (JODELET, 2018). É nesse contexto de interações que as representações da realidade, tanto material quanto social e ideal, são elaboradas.

Não obstante a contextualização histórica e as definições clássicas, desvendar o conceito de Representações Sociais (RS) não se revela uma tarefa tão simplória quanto inicialmente poderia parecer. Este desafio é ainda mais acentuado quando se leva em conta a natureza do referencial teórico em questão, a Teoria das Representações Sociais (TRS), que é frequentemente descrita por diversos acadêmicos como um constructo dinâmico, em constante evolução e desprovido de uma definição definitiva. Oliveira e Werba (2012), por exemplo, metaforizam as RS comparando-as à "utopia", dado que raramente se atinge um ponto final na compreensão desse conceito. Conforme esses autores argumentam, quando o pesquisador se aproxima do limite da compreensão, a RS parece recuar ainda mais distante, instigando o estudioso a transcender suas próprias limitações na busca incessante do "conceito perdido".

Ao explicar as razões não puramente históricas que complicam a apreensão dos aspectos conceituais das Representações Sociais (RS), conforme destacado por Moscovici (1978), notadamente por Farr (1994) e Jodelet (2018), torna-se evidente a complexa posição do conceito na interseção entre os domínios da sociologia e da psicologia. Parte dessa complexidade surge da própria natureza mutável das RS, que evoluem à medida que novos significados são

incorporados à realidade social. Entretanto, esse dinamismo é fundamental, uma vez que oferece aos teóricos, acadêmicos e demais interessados novas perspectivas, compreensões e interpretações dos fenômenos sociais, contribuindo, assim, para uma melhor compreensão das razões subjacentes ao comportamento humano (OLIVEIRA; WERBA, 2012).

De acordo com Oliveira e Werba (2012), é essa mesma característica de dinamicidade e historicidade que constitui o traço distintivo mais marcante das Representações Sociais (RS), diferenciando-as de outros conceitos. No sentido apresentado por Oliveira e Werba (2012), as RS estão intrinsecamente vinculadas às práticas culturais, refletindo a adaptabilidade inerente à realidade contemporânea, sem negligenciar a significativa herança histórica e a influência da tradição. Os autores enfatizam, que essa característica singular configura as RS como estruturas simbólicas, que são moldadas tanto pela continuidade e estabilidade, quanto pela capacidade de inovação e transformação. Essa perspectiva ressoa harmoniosamente com as observações de Moscovici, como ressaltadas por Jodelet (2018), a respeito do papel das RS na abordagem das mudanças e persistências no âmbito social.

As Representações Sociais (RS) se distinguem notavelmente de outras teorias que adotam uma abordagem predominantemente positivista e funcionalista, uma vez que a TRS aceita e integra resultados contraditórios. Em outras palavras, os pesquisadores não rejeitam conteúdos conflitantes, mas, pelo contrário, reconhecem que a capacidade de lidar com tais diferenças enriquece a compreensão do fenômeno em estudo, conferindo à teoria das RS uma dimensão genuinamente dialética (OLIVEIRA; WERBA, 2012).

Quando se trata dos fundamentos das Representações Sociais (RS), observa-se que Spink (1993), Jodelet (2005) e Jodelet (2018) delineiam duas abordagens distintas. A primeira abordagem refere-se ao conceito de RS como um campo socialmente estruturado, que se relaciona com a contribuição de espaços, segmentos, grupos, estratos sociais e categorias profissionais para a formação das representações. Em outras palavras, esta perspectiva busca entender as experiências individuais que compõem o pensamento coletivo de uma comunidade e as interpretações que emergem da realidade desse contexto social. Por outro lado, as RS, quando consideradas como núcleo estruturante da ação, estão associadas à concepção do sujeito como um produtor de significado. Nesse contexto, as representações expressam os sentidos e significados que o indivíduo atribui à sua experiência no mundo social (SPINK, 1993; JODELET, 2005; JODELET, 2018).

As Representações Sociais (RS), que consistem em um conjunto de conceitos, explicações e afirmações do cotidiano, comunicam duas maneiras de representar o mundo por meio da consciência: a representação direta, quando o objeto é perceptível e está presente, e a

representação indireta, que se aplica quando o objeto está ausente e requer uma simulação. No entanto, seja por meio da representação direta ou da indireta, as RS sempre partem da diversidade tanto individual quanto coletiva para a construção de um mundo que seja estável e previsível (RIBEIRO; ANTUNES-ROCHA, 2016).

Conforme preconizado pela Teoria das Representações Sociais (TRS), o processo de conversão do senso comum em conhecimento científico é conduzido por meio de dois processos centrais: a ancoragem e a objetivação. Tais processos representam mecanismos de familiarização e concretização do objeto, da situação ou do evento com os quais o indivíduo entra em contato (SPINK, 1993; JODELET, 2005).

A ancoragem, também denominada ancoração, refere-se ao processo mental pelo qual se torna familiar aquilo que anteriormente era percebido como estranho. Isso é alcançado por meio de classificações e categorizações pessoais, intrínsecas ao indivíduo. Em outras palavras, a ancoragem envolve a atividade de categorizar e nomear elementos previamente desconhecidos que causam estranhamento, utilizando sistemas pessoais de agrupamento de ideias que foram previamente consolidadas internamente (SPINK, 1993; JODELET, 2005).

Já a objetivação, por sua vez, envolve o processo de tornar concreto aquilo que é abstrato, transformando um conceito em algo tangível e material. Em termos mais simples, a objetivação implica a tradução de um conceito em uma imagem perceptível, implicando a descoberta da dimensão simbólica de uma ideia inicialmente vaga. Dessa maneira, a ancoragem se refere à integração cognitiva do objeto representado, enquanto a objetivação está relacionada à formalização do conhecimento, e ambas desempenham papéis complementares no dinâmico processo de formação das representações sociais (SPINK, 1993; JODELET, 2005).

Reis e Bellini (2011) ao discutirem a aplicação da teoria e os procedimentos metodológicos relacionados às Representações Sociais (RS), destacam quatro funções fundamentais, conforme elencadas por Abric (2000), que sustentam a relevância das RS. A primeira dessas funções é a função do conhecimento, que possibilita a compreensão e a explicação da realidade. A segunda função é a identitária, uma vez que auxilia na definição da identidade e na preservação da especificidade dos grupos. A terceira função é a de orientação, pois guia os comportamentos e práticas dos indivíduos. Finalmente, a quarta função é a justificadora, pela qual as RS fornecem as bases para a justificação das tomadas de posição e dos comportamentos. Dessa maneira, as RS desempenham um papel fundamental na moldagem das condutas, uma vez que influenciam as relações e comunicações na sociedade (REIS; BELLINI, 2011).

Conforme as palavras de Moscovici, a representação social, expressa na forma de opinião, pode ser interpretada como uma "preparação da ação", funcionando como uma versão reduzida do comportamento, uma atitude antecipada. Isso leva o autor a atribuir às opiniões um caráter preditivo, com base na noção de que "a partir do que um indivíduo diz, é possível inferir o que ele pretende fazer" (MOSCOVICI, 1978, p. 46). Essa relação entre o indivíduo e a ação é explicitado pelo autor:

[...] quando exprime sua opinião sobre um objeto, somos levados a supor que ele já se representou algo desse objeto, que o estímulo e a resposta se formam em conjunto. Quer dizer, a resposta não é uma reação ao estímulo, mas, até certo ponto, está na sua origem. O estímulo é determinado pela resposta. (MOSCOVICI, 1978, p. 48).

As perspectivas de indivíduos e grupos também podem ser examinadas por meio de suas características comunicacionais e expressivas. Nas palavras de Moscovici, "as imagens e opiniões são frequentemente apresentadas, estudadas e concebidas somente na medida em que refletem a posição e os valores de um indivíduo ou de um coletivo" (MOSCOVICI, 1978, p. 49). Conforme Lefevre e Lefevre (2014), as Representações Sociais (RS) possibilitam que as pessoas enxerguem as coisas sob uma perspectiva pessoal, expressando suas opiniões como "na minha visão", "do meu ponto de vista", "em minha ótica", "a meu ver", entre outros.

#### **4.3 Memória Coletiva/Social e Representações Sociais: o entrelaçamento das teorias**

O entrelaçamento das teorias da Memória Coletiva/Social e das Representações Sociais; revela-se fundamental para a compreensão das dinâmicas sociais e culturais, que moldam a forma como os indivíduos e grupos constroem identidades coletivas, e, interpretam o mundo à sua volta. Essas duas perspectivas teóricas não são meramente complementares, mas sim intrinsecamente relacionadas, uma vez que se alimentam mutuamente e enriquecem nossa compreensão dos processos cognitivos e sociais subjacentes.

Primeiramente, a Memória Coletiva desempenha um papel fundamental na construção das Representações Sociais. Ela fornece o contexto histórico e cultural, no qual as representações sociais se enraízam. Quando um grupo social compartilha memórias coletivas de eventos passados, tradições ou experiências significativas, essas memórias influenciam diretamente, a forma como os membros desse grupo constrói suas representações sociais sobre esses mesmos temas. Por exemplo, a memória coletiva de um movimento social histórico pode moldar as representações sociais contemporâneas desse movimento, influenciando como ele é

percebido e interpretado pelos membros do grupo (DOISE; CLÉMENCE; LORENZI-CIOLDI, 1992).

Além disso, as Representações Sociais, por sua vez, exercem influência sobre a maneira como a Memória Coletiva é perpetuada e reinterpretada ao longo do tempo. As representações sociais atuam como um sistema simbólico, que organiza e dá significado à memória coletiva de um grupo (ABRIC, 2001). Elas ajudam a definir quais elementos da memória coletiva são enfatizados, reinterpretados ou até mesmo esquecidos. Por exemplo, as representações sociais negativas ou positivas de um evento histórico podem influenciar a forma como esse evento é lembrado e celebrado ao longo do tempo.

A interação entre Memória Coletiva e Representações Sociais desempenha um papel essencial na formação e manutenção da identidade coletiva. A memória compartilhada é um componente fundamental dessa identidade, fornecendo um senso de continuidade e pertencimento. As representações sociais, por sua vez, contribuem para a construção e expressão dessa identidade, ajudando os membros de um grupo a definir quem são e como se relacionam com outros (JODELET, 1989).

O entrelaçamento destas teorias tem implicações interdisciplinares significativas. Essas perspectivas teóricas são aplicáveis em diversas áreas, incluindo psicologia social, sociologia, antropologia, história e estudos culturais. A compreensão aprofundada dessa interconexão teórica pode enriquecer a análise de fenômenos sociais complexos, como conflitos culturais, identidade étnica, memória histórica e mudança social (NORA, 1989).

A aplicação destas teorias em contextos específicos, como o das comunidades quilombolas, revela a riqueza da interconexão entre essas abordagens teóricas. As pessoas idosas quilombolas são detentoras de uma memória coletiva rica e única, que abarca suas experiências históricas e culturais. Essa memória coletiva, desempenha um papel central na construção e transmissão das representações sociais, que moldam a cultura e a identidade dessas comunidades (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013).

A transmissão intergeracional da memória coletiva e das representações sociais é um elemento vital na preservação da cultura quilombola. As pessoas idosas desempenham um papel fundamental na transmissão dessa memória, compartilhando histórias, tradições e conhecimentos com as gerações mais jovens. Essa transmissão intergeracional não apenas mantém viva a memória coletiva, mas também influencia diretamente a forma como as representações sociais são construídas e perpetuadas na comunidade (SOUZA et al., 2023).

As representações sociais que emergem da memória coletiva das pessoas idosas quilombolas, desempenham um papel central na resistência cultural dessas comunidades, em

face de desafios sociais e mudanças ambientais. Essas representações moldam a forma como os quilombolas percebem sua identidade, terra e cultura, fornecendo uma base para a mobilização e ação coletiva. O estudo dessas dinâmicas complexas, demonstra a relevância das teorias da Memória Coletiva/Social, e, das Representações Sociais na compreensão de como as comunidades quilombolas enfrentam e se adaptam às pressões externas (GONÇALVES, 2019).

O exame das conexões profundas entre a memória coletiva, as representações sociais e a cultura quilombola, revela a intrincada teia de significados que sustenta essas comunidades. A memória coletiva não é apenas uma questão de lembrança do passado, mas também uma força viva que molda a identidade, a resistência e a preservação cultural das comunidades quilombolas. As representações sociais atuam como elos entre essa memória coletiva e a vida cotidiana, proporcionando um quadro de referência compartilhado que orienta as ações e decisões dessas comunidades (ABRIC, 2001).

Assim, a integração dessas duas perspectivas teóricas oferece uma análise mais abrangente e holística dos processos de construção de significados sociais e culturais. Ela nos permite compreender, como as memórias compartilhadas por um grupo social, influenciam a construção de representações sociais, e, como essas representações, por sua vez, moldam a maneira como a memória coletiva é transmitida e reimaginada ao longo das gerações. Essa interconexão entre Memória Coletiva/Social e Representações Sociais é fundamental para a compreensão da construção social da realidade e das identidades coletivas, bem como para a análise de como as sociedades interpretam e respondem a eventos e mudanças culturais ao longo do tempo.

A interação entre a Memória Coletiva, a teoria das Representações Sociais e a memória das pessoas idosas quilombolas revela a complexidade das relações entre cultura, identidade e memória. A memória coletiva é um pilar fundamental para a construção das representações sociais, que sustentam a cultura quilombola, enquanto as representações sociais influenciam a interpretação e a preservação da memória coletiva. Essa interconexão desempenha um papel crítico, na manutenção da cultura e da identidade quilombola, em um contexto de mudança social e cultural.

## **5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Esta seção detalha minuciosamente o percurso metodológico do estudo, incluindo sua caracterização como exploratório, com abordagem qualitativa fundamentada na Teoria da Memória Coletiva e nas Representações Sociais. Descreve-se o cenário da pesquisa, realizada em comunidades quilombolas, e os participantes, selecionados com base em critérios de elegibilidade específicos. São apresentados os instrumentos de coleta de dados, como questionários e entrevistas semiestruturadas, e os procedimentos de análise, que utilizam técnicas como a Análise de Conteúdo. Também são abordados os aspectos éticos, com a obtenção de aprovações de comitês de ética, garantia de confidencialidade e anonimato dos participantes, e a obtenção do consentimento informado.

### **5.1 Caracterização do estudo**

Este estudo caracteriza-se como um corte transversal de natureza exploratória, com abordagem qualitativa, fundamentado teoricamente na Memória Coletiva e na Teoria das Representações Sociais. Os estudos exploratórios são empregados para aumentar a familiaridade com o tema e formular hipóteses, enquanto os estudos descritivos visam descrever as características da população-alvo, levantando opiniões, atitudes e crenças dos participantes (GIL, 2010). Essa combinação metodológica permite uma análise aprofundada das nuances culturais e sociais presentes nas comunidades quilombolas estudadas.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2013), possibilita trabalhar com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Ele complementa que a abordagem qualitativa é essencial para o entendimento da realidade humana, das dificuldades vivenciadas, das atitudes e dos comportamentos dos sujeitos envolvidos. Nesse contexto, a pesquisa qualitativa ampliou nosso conhecimento sobre as pessoas idosas quilombolas e a complexidade desse grupo, permitindo uma compreensão mais holística das suas experiências e vivências.

O referencial teórico-metodológico deste estudo é fundamentado na Teoria da Memória Coletiva/Social e na Teoria das Representações Sociais. A memória foi utilizada como objeto e recurso analítico, transformando-se em um recurso hermenêutico, ou seja, um instrumento de interpretação (MONTESPERELLI, 2004). Essa abordagem permitiu explorar como as memórias das pessoas idosas quilombolas contribuem para a construção de sua identidade



coletiva e individual, além de oferecer insights sobre a perpetuação de tradições e práticas culturais.

Mediante os discursos produzidos pelas pessoas idosas quilombolas, as memórias foram mobilizadas para alcançar os objetivos do estudo. A análise dessas narrativas revelou aspectos importantes sobre a forma como esses indivíduos percebem e representam suas próprias histórias e comunidades. A utilização da Teoria das Representações Sociais, conforme proposta por Jodelet (1993), permitiu identificar e analisar os discursos representacionais presentes nas falas dos participantes, oferecendo uma visão detalhada sobre os conteúdos das representações sociais compartilhadas entre eles.

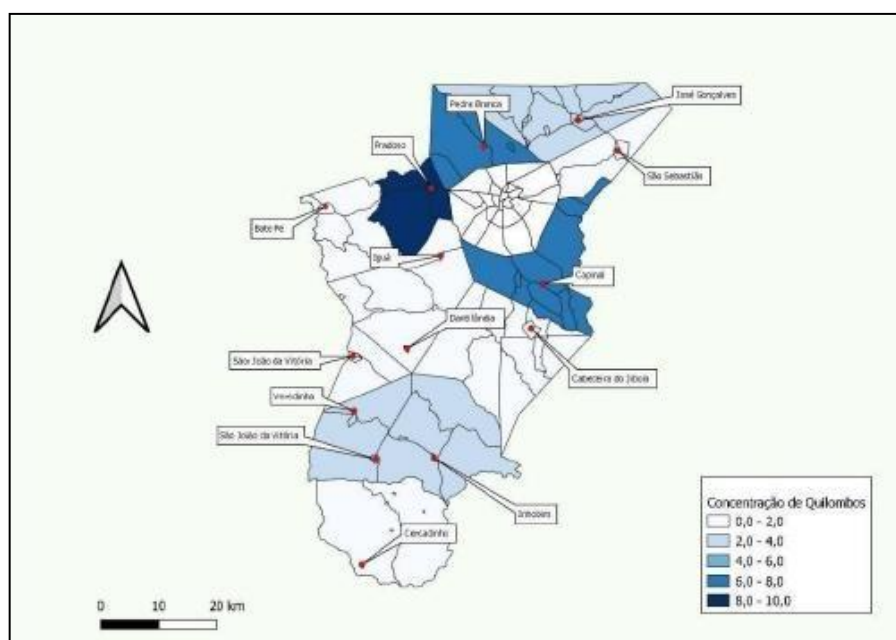
Este estudo utilizou uma metodologia detalhada e bem fundamentada para investigar as memórias e representações sociais das pessoas idosas quilombolas. A combinação de abordagens exploratória, descritiva e qualitativa, juntamente com a aplicação das teorias da Memória Coletiva e das Representações Sociais, proporcionou uma compreensão abrangente e detalhada das experiências e percepções desses indivíduos. Essa abordagem metodológica não apenas ampliou o conhecimento sobre o grupo estudado, mas também forneceu uma base sólida para futuras pesquisas e intervenções em comunidades quilombolas.

## **5.2 Cenário do estudo**

O cenário do estudo foi representado por três comunidades de remanescentes quilombolas, situadas no interior da Bahia, mais especificamente na região do município de Vitória da Conquista, sendo elas: Barrocas, Boqueirão e São Joaquim de Paulo.

Segundo dados da Coordenação Municipal de Promoção da Igualdade Racial do município de Vitória da Conquista, atualmente existem 33 comunidades quilombolas, sendo que 25 delas já devidamente certificadas e reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares. Esses dados estão em consonância com o último censo do IBGE de 2022, que destaca as áreas rurais com maior concentração de Comunidades Quilombolas, especialmente nos territórios referenciados pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) 5 - Zona Rural. As localidades com maior prevalência incluem Pradoso, Distrito Sede 1/Pedra Branca, Distrito Sede 2/Capinal, José Gonçalves, Inhobim, Veredinha e São João da Vitória. Recentemente, a Comunidade Vó Dola foi reconhecida como o primeiro quilombo urbano de Vitória da Conquista, localizado no bairro Cruzeiro (PMVS, 2024; IBGE, 2022).

**Figura 1: Áreas com maior concentração de comunidades quilombolas no município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2024.**



Fonte: Coordenação Municipal de Promoção da Igualdade Racial e setor de geoprocessamento do município de Vitória da Conquista (PMVC, 2024)

A Comunidade Remanescente do Quilombo São Joaquim de Paulo está localizada na zona rural, no povoado de Capinã, à 15 km de Vitória da Conquista. De acordo com a última pesquisa realizada pela Companhia de Desenvolvimento e Ação Regional do Estado da Bahia, essa comunidade possui uma população de 750 pessoas, distribuídas em 176 famílias. A composição demográfica inclui aproximadamente 30% de mulheres, 20% de homens, 20% de jovens e 25% de crianças. Entre os 5% de pessoas idosas, 3,73% são mulheres negras idosas, vivendo em uma área de cerca de 1.000 hectares (CAR, 2011).

O Quilombo das Barrocas, localizado à 12 km de Vitória da Conquista, tem uma origem comum com o Quilombo de São Joaquim de Paulo, pois seus primeiros habitantes vieram desta comunidade vizinha. A comunidade recebeu seu nome após a descoberta de uma argila adequada para a fabricação de telhas na área, que anteriormente era conhecida como Fazenda de Pedro Ferraz. Após a exploração e escavação para construção de fornos e telhas, a região ficou com vários buracos e passou a ser chamada de Fazenda das Barrocas. Posteriormente, os moradores registraram a região como Povoado das Barrocas, como é conhecido atualmente (SOUZA, 2013).

Por sua vez, o Quilombo do Boqueirão está situado na zona rural do distrito de José Gonçalves, à 32 km de Vitória da Conquista, e foi reconhecido pela Fundação Cultural Palmares

(FCP) em 2005. Segundo relatos de uma moradora antiga, os primeiros habitantes do Quilombo do Boqueirão foram fugitivos do regime escravagista que se deslocaram de uma região distante. Eles desbravaram a área, construíram ranchos e denominaram a região como Boqueirão. Devido ao difícil acesso, conseguiram desfrutar da liberdade e se organizar em comunidade. A população atual é composta por descendentes de escravos e indígenas (SOUZA, 2010).

### 5.3 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo foram representados por 62 pessoas de ambos os sexos, com 60 anos ou mais, residentes em comunidades remanescentes quilombolas. No entanto, apenas 30 entrevistas foram selecionadas para a avaliação final, com base nos critérios de inclusão, que incluíram a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O MEEM, composto por duas seções que avaliam funções cognitivas como orientação, memória, atenção, nomeação, compreensão de comandos e cópia de um polígono, tem um escore total de 30 pontos, sendo o ponto de corte 23/24. Esse critério foi utilizado para excluir idosos com possíveis déficits cognitivos, garantindo que apenas os participantes com cognição preservada fossem incluídos no estudo. Após a aplicação do exame, todos os 30 idosos selecionados apresentaram pontuação acima do ponto de corte, sendo considerados aptos para participar da pesquisa (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975).

É relevante destacar que o critério para determinar a categoria etária de idoso, conforme estabelecido pelas diretrizes da PNSPI em 2006, fundamenta-se na fixação de um limite de 60 anos de idade. Tal parâmetro, delimita a transição da fase adulta para a condição de idoso no contexto nacional. A definição da idade que caracteriza um indivíduo como pessoa idosa é de suma importância para diversos âmbitos da sociedade, sobretudo no que concerne às políticas públicas, aos direitos sociais e à prestação de serviços de saúde. A adoção de um critério claro e uniforme permite uma abordagem mais eficiente e equitativa, no atendimento às necessidades dessa parcela da população (TORRES; CAMPOS; LUIZA, 2020).

No contexto internacional, verifica-se uma variação significativa nos critérios adotados para classificar uma pessoa como idosa. Por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que o limiar para essa categoria seja aos 65 anos em países desenvolvidos, enquanto em nações em desenvolvimento, como o Brasil, adota-se uma idade inferior, conforme mencionado anteriormente (OPAS, 2005).

Essa variação reflete não apenas diferenças demográficas e epidemiológicas, mas também disparidades culturais, sociais e econômicas entre os países. Entretanto, é fundamental ressaltar, que a definição estabelecida pela PNSPI em consonância com os 60 anos como referência para a pessoa idosa no Brasil, embasa-se em estudos e análises demográfica pertinentes ao contexto nacional, visando a adequação das políticas e ações voltadas para esse grupo populacional (MENDES; GUSMÃO; FARO, 2005; OPAS, 2005; TORRES; CAMPOS; LUIZA, 2020).

Foram adotados os seguintes procedimentos para a seleção da amostra:

1. Adoção de um ponto de referência, nas comunidades – Associação de moradores, para a realização das entrevistas de forma sistemática (adotamos o sentido horário, uma vez que a maioria das casas não eram numeradas e muito distantes uma das outras);
2. Ordenamento sistemático das visitas, estabelecido de duas em duas casas;
3. Divisão das áreas entre os entrevistadores;
4. Indivíduos com mais de 60 anos e residência em domicílios, foram considerados elegíveis para participar da pesquisa, desde que apresentassem condições mentais preservadas, determinadas através da aplicação de uma versão resumida do teste Mini exame do Estado Mental (MEENM) de Folstein e McHugh (1975), adotando um ponto de corte estabelecido em 8 pontos. Esta abordagem metodológica, garantiu a uniformidade na seleção dos participantes, assegurando a representatividade da amostra e a validade dos dados coletados para a investigação em questão;
5. Registro dos domicílios a partir de ficha de registro.

Os procedimentos adotados para o fechamento da amostra basearam-se no método de saturação teórica, uma técnica amplamente utilizada em pesquisas qualitativas. A saturação teórica ocorre quando, após a coleta de um número significativo de dados, novas informações não acrescentam mais aspectos relevantes ou novos à compreensão do fenômeno em estudo. Em outras palavras, a coleta de dados é encerrada quando se observa que as entrevistas ou observações não trazem mais novidades ou variações significativas, indicando que o conhecimento sobre o tema foi suficientemente explorado (MINAYO, 2013). Esse processo garante que o pesquisador tenha uma visão ampla e detalhada do fenômeno, sem deixar de considerar informações essenciais. Ao atingir a saturação teórica, o estudo assegura que a análise será completa, evitando a coleta de dados redundantes ou desnecessários.

#### **5.4 Instrumento de coleta de dados**

Foram utilizados dois instrumentos: um questionário sobre dados sociobiodemográficos e um roteiro para entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE 1). O questionário de dados sociobiodemográficos incluiu perguntas detalhadas sobre questões demográficas, psicossociais e epidemiológicas. Entre os tópicos abordados, destacam-se sexo, idade, raça/cor, escolaridade, estado conjugal, quantidade de filhos e histórico de saúde. Este questionário forneceu uma visão abrangente das características dos participantes, permitindo uma análise mais contextualizada dos dados coletados.

A entrevista semiestruturada foi aplicada a todos os participantes, seguindo um roteiro cuidadosamente elaborado (APÊNDICE 1), com o objetivo de explorar as Práticas Populares de Cuidado em Saúde, além de compreender as concepções de saúde e doença e sua relação com as crenças dos indivíduos. As perguntas abordaram desde a definição pessoal de saúde e as causas percebidas para o adoecimento, até o papel da religião na saúde e o uso de práticas tradicionais. Um foco especial foi dado ao uso de plantas medicinais, com detalhes sobre o nome das plantas, partes utilizadas, alegações de uso, formas de preparo e aplicação. Essas questões foram fundamentais para atingir o objetivo da pesquisa, que é analisar como as memórias e as representações sociais das tradições e sabedoria popular se manifestam nas Práticas Populares de Cuidado/Saúde entre pessoas idosas quilombolas, revelando o papel da cultura e do conhecimento transmitido entre gerações no cuidado com a saúde e no envelhecimento saudável.

Para garantir a precisão e integridade dos dados coletados, todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados. Utilizou-se um gravador de voz avançado Easy Voice Recorder instalado em um celular. As gravações foram posteriormente arquivadas em formato de áudio no software Windows Media Player e transcritas no Microsoft Word. Este processo permitiu uma análise minuciosa e uma interpretação fiel das narrativas dos participantes.

#### **5.5 Procedimento para a coleta de dados**

A primeira etapa do procedimento de coleta ocorreu em março de 2022, quando o projeto foi formalmente apresentado às comunidades quilombolas. Durante essa visita inicial, foram discutidos os objetivos da pesquisa e solicitada a autorização para prosseguir com a coleta de dados. O consentimento foi obtido do Presidente da Associação, em uma Assembleia, após

a aprovação do projeto pelos membros da comunidade. O início efetivo da coleta de dados foi programado para setembro de 2022, e a execução do trabalho de campo envolveu quatro visitas subsequentes à comunidade.

Dada a dificuldade de locomoção dos participantes idosos, as entrevistas foram realizadas em suas residências, para garantir conforto e acessibilidade. Após a aceitação para participar da pesquisa, foi feita a leitura e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2), seguido da coleta das assinaturas ou consentimento digital dos participantes. Esse procedimento assegurou que todos os entrevistados estavam plenamente informados sobre a pesquisa e concordavam com sua participação.

A coleta de dados propriamente dita, envolveu a aplicação dos instrumentos de pesquisa e a condução das entrevistas individuais. Essas entrevistas foram realizadas em ambientes reservados, nas residências dos participantes, utilizando um gravador de voz portátil, com autorização prévia dos entrevistados. O roteiro da entrevista, composto por cinco questões norteadoras (APÊNDICE 1), abordou aspectos relacionados às definições pessoais de saúde e doença, a influência das crenças na saúde, e o uso de práticas tradicionais e plantas medicinais. Cada entrevista teve duração entre 60 e 90 minutos, e todas foram conduzidas durante o mês de setembro de 2022. Além disso, as entrevistas foram transcritas e analisadas para garantir a precisão dos dados e a integridade das informações coletadas.

## **5.6 Análise e interpretação das informações**

A análise dos dados foi conduzida utilizando a técnica de Análise de Conteúdo, conforme descrito por Laurence Bardin. Esta abordagem metodológica foi empregada na modalidade de análise temática, que se destaca por permitir uma compreensão profunda e estruturada dos dados qualitativos (BARDIN, 2015). A escolha dessa técnica visa assegurar uma interpretação rigorosa e detalhada dos discursos dos participantes, proporcionando uma visão clara das representações sociais e das práticas culturais discutidas nas entrevistas, como ilustrado na Figura 2.

**Figura 2: Etapas da Análise de Conteúdo, Bahia, 2024.**



Fonte: Adaptado de Bardin (2015).

Nota: Elaboração própria.

A técnica de Análise de Conteúdo, conforme descrita por Bardin (2015), oferece uma abordagem que permite compreender tanto os conflitos, quanto as concordâncias entre os participantes dos grupos estudados, transformando os dados brutos em representações significativas do objeto de estudo, por meio de recortes e agregações. A aplicação dessa técnica à pesquisa possibilitou uma análise detalhada e estruturada dos dados coletados. Na fase de pré-análise, foram realizadas leituras iniciais para entender o contexto e definir as categorias temáticas. Durante a exploração do material, os discursos dos participantes foram sistematicamente codificados e classificados, de acordo com os temas emergentes. Por fim, o tratamento dos resultados envolveu a interpretação das categorias identificadas, permitindo a construção de uma análise abrangente sobre as práticas e crenças dos indivíduos envolvidos no estudo, garantindo uma análise rigorosa e aprofundada das complexidades dos dados qualitativos obtidos.

O *software* IRAMUTEQ foi utilizado para facilitar a codificação e o armazenamento do corpus em categorias, alinhando-se aos princípios da análise de conteúdo de Bardin (2005). O processo analítico, realizado com o auxílio desse software, seguiu uma sequência metódica de etapas. Primeiramente, as entrevistas e as informações do grupo focal foram transcritas na íntegra pelo pesquisador, garantindo a preservação fiel dos dados coletados. Em seguida, foi

realizada uma leitura flutuante, que permitiu um primeiro contato com o material e a seleção dos documentos relevantes para análise.

Na etapa subsequente, foram formuladas hipóteses e definidos os objetivos da análise, além de se referenciar índices e elaborar indicadores, com base nos recortes de texto dos documentos analisados. Os documentos selecionados foram então inseridos no software IRAMUTEQ, em formato de projeto, onde foram organizados em "nós" ou categorias. Cada "nó" recebeu códigos, representando fragmentos de texto, formando categorias e subcategorias que facilitaram a análise de conteúdo. Importante notar que cada resposta de uma entrevista, e, cada tema do grupo focal, foram agrupados em um "nó" livre, permitindo uma organização flexível e detalhada dos dados.

A última etapa envolveu a codificação das respostas e a criação de "unidades de registro" - palavras-chave e frases significativas extraídas das transcrições. Essas unidades de registro foram utilizadas para construir categorias e subcategorias que orientaram a análise. Com as categorias definidas, o tratamento dos resultados foi realizado, incluindo a inferência e interpretação dos dados, bem como a articulação entre o material empírico e o referencial teórico da Memória Coletiva e da Teoria das Representações Sociais. Este processo assegurou uma análise rigorosa e aprofundada, conectando as informações empíricas às teorias relevantes do estudo.

## **5.7 Questões Éticas**

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste, sob o Protocolo nº 5.340.843 (ANEXO 1), em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regula a realização de pesquisas com seres humanos. Em todas as fases de execução do estudo, foram rigorosamente mantidos o sigilo e a proteção das informações confidenciais, assim como o direito à não identificação dos participantes. Os envolvidos foram devidamente informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e só puderam participar após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2), garantindo assim o cumprimento dos princípios éticos e legais estabelecidos.



## 6 AS PESSOAS IDOSAS QUILOMBOLAS E AS PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADO

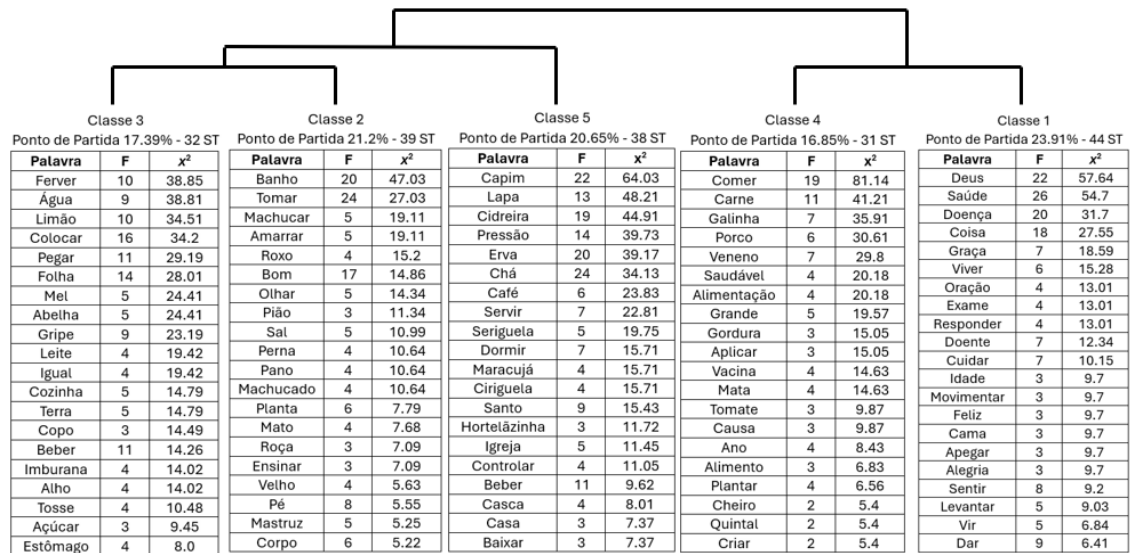
Os dados sugerem um predomínio de pessoas idosas quilombolas do sexo feminino (n=37), com idades variando entre 60 e 69 anos (n=26). A maioria desses participantes vive com um companheiro(a) (n=37) e não possui alfabetização formal (n=48). Em termos de religião, a grande maioria é católica (n=44), e a maior parte se dedica ao trabalho braçal (n=60), conforme detalhado no Quadro 1.

**Quadro 1- Caracterização sociodemográfica das pessoas idosas quilombolas. Vitória da Conquista/BA, 2023.**

Variáveis	Número
<b>Sexo</b>	
Masculino	25
Feminino	37
<b>Faixa etária</b>	
60 a 69 anos	26
70 a 79 anos	18
80 a 89 anos	14
<b>Estado Civil</b>	
Sem companheiro (a)	25
Com companheiro (a)	37
<b>Escolaridade</b>	
Não alfabetizado (a)	48
Alfabetizado (a)	14
<b>Religião</b>	
Católico (a)	44
Evangélico (a)	18
<b>Profissão</b>	
Trabalho braçal	60
Trabalho não braçal	2

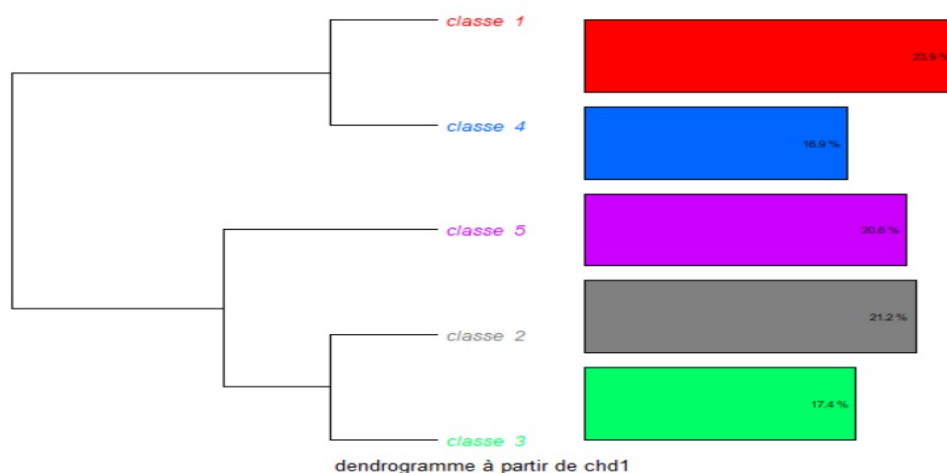
A Figura 3 apresenta um organograma detalhado, que foi desenvolvido com base nas cinco classes categorizadas durante a análise. Este organograma ilustra as palavras associadas a cada classe, utilizando o teste qui-quadrado para identificar e listar as evocações. As palavras foram agrupadas de acordo com a sua semântica e frequência, revelando um vocabulário comum dentro de cada classe, bem como as diferenças entre as classes. O organograma permite visualizar claramente as relações de similaridade e distinção entre as palavras, facilitando a compreensão dos padrões de vocabulário e das associações temáticas presentes nos dados analisados.

**Figura 3: Diagrama de classes com a representação social sobre as práticas populares de cuidado.**



O *corpus* geral da pesquisa consistiu em 30 entrevistas, dos quais 224 segmentos de texto (STs) foram efetivamente aproveitados, representando uma taxa de aproveitamento de 82,14%. A análise revelou um total de 7.806 ocorrências, englobando palavras, formas e vocábulos. Dentre essas, foram identificadas 944 palavras distintas, das quais 790 apareceram apenas uma vez. O conteúdo analisado foi organizado e categorizado em cinco classes distintas, como ilustrado na Figura 4.

**Figura 4: Organograma com palavras de cada classe.**



### A classe 1. Saúde e doença na perspectiva quilombola: fé e condição física

Essa categoria representa 23,91% (f = 44 ST) do corpus total analisado, destacando-se pelas palavras-chave associadas à saúde e bem-estar das pessoas idosas quilombolas. Entre as palavras mais frequentes e significativas temos: "Deus" ( $\chi^2 = 57,64$ ), "Saúde" ( $\chi^2 = 54,7$ ), "Doença" ( $\chi^2 = 31,7$ ), "Coisa" ( $\chi^2 = 27,55$ ), "Graça" ( $\chi^2 = 18,59$ ), "Viver" ( $\chi^2 = 15,28$ ), "Oração" ( $\chi^2 = 13,01$ ), "Exame" ( $\chi^2 = 13,01$ ), "Responder" ( $\chi^2 = 13,01$ ), "Doente" ( $\chi^2 = 12,34$ ), "Cuidar" ( $\chi^2 = 10,15$ ), "Idade" ( $\chi^2 = 9,7$ ), "Movimentar" ( $\chi^2 = 9,7$ ), "Feliz" ( $\chi^2 = 9,7$ ), "Cama" ( $\chi^2 = 9,7$ ), "Apegar" ( $\chi^2 = 9,7$ ), "Alegria" ( $\chi^2 = 9,7$ ), "Sentir" ( $\chi^2 = 9,2$ ), "Levantar" ( $\chi^2 = 9,03$ ), "Vir" ( $\chi^2 = 6,84$ ) e "Dar" ( $\chi^2 = 6,41$ ).

A análise das falas das pessoas idosas quilombolas, revela que a percepção do significado de saúde está fortemente associada à ausência de doença, evidenciando uma visão dicotômica entre saúde e doença. Esse entendimento se reflete nas palavras que elas utilizam para descrever suas experiências e sentimentos em relação à saúde. Por exemplo, termos como "Doença" e "Doente" indicam a presença de problemas de saúde, enquanto palavras como "Saúde", "Viver", "Feliz", "Alegria" e "Cuidar" refletem estados de bem-estar e qualidade de vida.

saúde é quando a gente não sente nada ser forte tranquilo sem dor nenhuma mas quando a idade chega e vai juntando as coisas doença é quando a pessoa fica sentindo dor você não aguenta fazer nada ou quando você precisa ir ao médico. (Entrevistado 29).

saúde é viver bem sem precisar estar procurando ir ao hospital sem está em médico todo dia primeiro lugar deus e depois vem a saúde depois vem o resto como dinheiro para alimentar. (Entrevistado 2).

saúde é a quando gente tem força e não tá doente doença é a gente sentir dor as pessoas adoecem porque não se cuida não faz um exame não toma o remédio. (Entrevistado 25).

a saúde é uma coisa muito boa a gente tendo a saúde tem tudo e a gente não tendo a saúde a gente não tem nada quando você sente dor e não pode se movimentar fazer a comida não tem saúde. (Entrevistado 14)

A análise das falas das pessoas idosas quilombolas sobre saúde e doença, revela uma rica intersecção entre a memória coletiva e as representações sociais. Para entender essas percepções, é essencial considerar as teorias de Maurice Halbwachs sobre memória coletiva, e, de Serge Moscovici sobre representações sociais. Maurice Halbwachs, em sua obra *A Memória Coletiva* (2006), argumenta que a memória individual está sempre inserida em um contexto

social, sendo moldada pelas interações e pelo compartilhamento de experiências dentro de um grupo. Segundo Halbwachs:

Não existe memória individual sem apoio social. A lembrança, que parece pessoal e única, está inscrita numa rede de recordações coletivas que determinam o que pode e o que deve ser lembrado. Os quadros sociais da memória são os diferentes grupos sociais aos quais pertencemos: a família, a classe social, a comunidade religiosa, entre outros. Eles fornecem o contexto necessário para que nossas lembranças façam sentido. (HALBWACHS, 2006, p. 38).

As falas das pessoas idosas quilombolas refletem esse fato, ao expressar uma compreensão de saúde e doença que está profundamente enraizada nas tradições, na espiritualidade e nas práticas comunitárias. As entrevistas nos mostram como a memória coletiva do envelhecimento e da saúde é compartilhada e reforçada dentro da comunidade quilombola.

Halbwachs (2006), por sua vez, contribui com a ideia de que a memória coletiva influencia profundamente a percepção do envelhecimento dentro de comunidades específicas. Para os quilombolas, a presença de doenças associadas ao envelhecimento pode ser interpretada não apenas como uma questão individual, mas também como uma manifestação das condições históricas e sociais em que vivem. Isso é corroborado pela discussão de Aragão (2014), que ressalta como as desigualdades raciais e socioeconômicas persistem, afetando diretamente o processo de envelhecimento das populações negras no Brasil.

Paralelamente, a teoria das representações sociais, de Serge Moscovici, oferece um vasto quadro teórico, para compreender como as pessoas constroem e compartilham conhecimentos sobre o mundo ao seu redor. Moscovici define as representações sociais como sistemas de valores, ideias e práticas que servem para estabelecer uma ordem que permita aos indivíduos orientar-se em seu mundo material e social. Em **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**, Moscovici (2003, p. 44) elabora:

As representações sociais são modalidades de conhecimento particular, cuja função é a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos. Elas são dinâmicas, históricas e culturalmente situadas, refletindo e moldando as interações e práticas sociais. Ao transformar o desconhecido em familiar, as representações sociais permitem que as pessoas compreendam e respondam a novas situações e fenômenos.

Essa dinâmica é claramente visível nas falas que associam a saúde à espiritualidade e ao trabalho. Tais falas ilustram como as representações sociais de saúde entre as pessoas idosas

quilombolas são construídas, a partir de uma interseção entre a fé religiosa, a prática cotidiana e a interação social dentro da comunidade.

A memória coletiva e as representações sociais não apenas moldam a percepção de saúde e doença, mas também influenciam práticas de autocuidado e atitudes em relação à medicina. As falas das pessoas idosas quilombolas refletem uma representação social na qual a fé é vista como um fator central para a saúde. A ideia de que a doença pode ser atribuída à "vontade de Deus" ou à falta de fé, demonstra como essas representações estão intrinsecamente ligadas às crenças religiosas compartilhadas na memória coletiva do grupo.

As teorias de Halbwachs e Moscovici nos ajuda a entender como essas representações e memórias são construídas e mantidas. Halbwachs nos lembra que os quadros sociais da memória fornecem o contexto para as lembranças, enquanto Moscovici nos mostra como as representações sociais moldam e refletem as práticas e interações cotidianas. Juntas, essas teorias fornecem uma base teórica sólida, para explorar como as pessoas idosas quilombolas entendem e vivenciam saúde e doença, evidenciando a profunda interconexão entre memória coletiva, representações sociais e a experiência vivida

A memória coletiva é um conjunto de lembranças partilhadas por um grupo, que sustenta e reforça a identidade coletiva. As lembranças são moldadas e relembradas através de práticas sociais e culturais, e são constantemente renovadas e adaptadas às necessidades do grupo. É através da interação social que a memória coletiva ganha forma e significado. (HALBWACHS, 2006, p. 82).

Ao expressar uma compreensão de saúde e doença, as falas das pessoas idosas quilombolas demonstram estar profundamente enraizadas nas tradições, na espiritualidade e nas práticas comunitárias. Tal fato demonstra a forma como a memória coletiva do envelhecimento e da saúde é compartilhada e reforçada dentro da comunidade quilombola.

eu não vou saber responder o que é saúde não mas doença é a vontade de deus e quando não cuidou do corpo direito se apegando com deus ajuda na saúde conheço um bocado de planta aqui no meu quintal eu tenho um monte. (Entrevistado 11).

saúde é cuidar do seu corpo e ficar forte para trabalhar eu não sei te responder o porquê que uma pessoa fica doente tendo fé em deus tem saúde sem fé em deus não tem nada. (Entrevistado 7).

a uns anos atrás eu fui à bom jesus da lapa pedir a deus a cura de uma dor muito forte que eu estava sentindo mas graças a deus eu sarei. (Entrevistado 21).

eu fiquei de joelhos essa foi a promessa que eu fiz e graças a deus eu sarei pois a dor que eu estava sentindo eu não senti mais por conta da minha fé. (Entrevistado 29).

eu creio tanto em deus que é primeiramente deus é a base de deus essa religião que nós todos cremos ele morreu e a viver se não fosse a oração eu não estava mais conversando com vocês. (Entrevistado 6).

eu acho que a doença só vem com a permissão de deus eu mesma faço minhas orações meus votos com deus de madrugada se não fosse isso eu não estaria aqui mais não. (Entrevistado 9).

As representações sociais são claramente visíveis nas falas que associam a saúde à espiritualidade. Tais falas ilustram como as representações sociais de saúde entre as pessoas idosas quilombolas são construídas, a partir de uma interseção entre a fé religiosa e a interação social dentro da comunidade. A percepção de saúde e doença entre as pessoas idosas quilombolas pode ser vista como uma expressão da moralidade herdada. A ideia de que a doença é uma "vontade de Deus" ou uma consequência da falta de fé reflete uma moralidade que valoriza a resignação e a dependência de uma vontade divina. Nietzsche (2005, p. 56) afirma:

O que é moral? Moralidade é o instinto do rebanho no indivíduo. É a adesão cega às normas e valores impostos pela sociedade sem questionar sua origem ou validade. A moralidade tradicional, que exalta a resignação e a humildade, deve ser superada em favor de uma nova moralidade baseada na afirmação da vida e na superação dos próprios limites.

Estas falas exemplificam como a memória coletiva e as representações sociais podem influenciar o modo como as pessoas lidam com a saúde e a doença. A prática de orações e promessas pode ser vista como uma forma de lidar com o medo da doença e a necessidade de encontrar um sentido para o sofrimento, equilibrando memória e esquecimento.

Simone de Beauvoir (1990), em sua obra **A Velhice**, explora a condição das pessoas idosas em uma sociedade que tende a marginalizá-los. Beauvoir discute como a velhice é percebida e tratada socialmente, destacando a vulnerabilidade e o preconceito enfrentados pelas pessoas idosas. Segundo Beauvoir (1990, p. 15):

A velhice revela o fracasso da sociedade em respeitar a dignidade dos indivíduos. O idoso é frequentemente visto como um ser em declínio, inútil, e um fardo para os outros. Essa percepção negativa é reforçada por uma cultura que valoriza a juventude e a produtividade. Na verdade, a velhice é um estado em que o indivíduo continua a ser uma pessoa completa, com seus próprios desejos, medos e necessidades.

As falas das pessoas idosas quilombolas associam o envelhecimento com a emergência de doenças. E demonstra como a percepção da velhice é frequentemente ligada à deterioração física e à limitação das capacidades. Essa visão negativa influencia diretamente como as pessoas idosas quilombolas do Rincão do Couro, que percebem o envelhecimento como algo negativo, associado à solidão e às limitações físicas que surgem com a idade avançada (LOPES; PAIXÃO; SANTOS, 2019).

saúde é se cuidar tomar remédios e doença é porque as pessoas fazem muita arte quando é novo e quando fica velho aparece tudo se agente não se apegar com deus fazer muita oração fica doente. (Entrevistado 24).

quando você é nova tudo passa mas quando chega uma certa idade é uma dor de cabeça é uma dor nos braço é uma dor nas pernas você até tem vontade de fazer as coisas mas não pode. (Entrevistado 7)

a gente adoce porque fazemos muita coisa que não pode e mesmo com a idade aí você enfrenta tem que enfrentar enxada tem que enfrentar tudo que vem para trabalhar o alimento de antigamente era diferente. (Entrevistado 26).

Pierre Nora (1993), em **Entre Memória e História**, oferece fundamentos sobre a memória coletiva como um componente essencial na formação da identidade de um grupo. Ele argumenta que os lugares de memória são fundamentais para manter viva a história e a cultura de uma comunidade. Nora ressalta que a memória não é estática, mas dinâmica, sempre carregada por grupos vivos e sujeita a processos dialéticos de lembrança e esquecimento. A memória está profundamente enraizada no concreto, no espaço físico, nos gestos, nas imagens e nos objetos que simbolizam e sustentam a identidade coletiva:

A memória é a vida, sempre carregada por grupos vivos e, nesse sentido, está em permanente evolução, sujeita a processos dialéticos de lembrança e esquecimento. A memória está enraizada no concreto, no espaço, no gesto, na imagem e no objeto. É a partir desses elementos que a identidade coletiva é construída e sustentada. (NORA, 1993, p. 21).

As falas das pessoas idosas quilombolas sobre saúde, podem ser entendidas como expressões da memória coletiva das comunidades quilombolas. Para as pessoas idosas quilombolas, a saúde e a doença não são apenas estados físicos, mas são vistos através das lentes das práticas e condições de vida passadas, que moldaram suas experiências atuais. Ao conectar sua saúde atual com as práticas tradicionais de cuidado e as condições históricas que influenciaram sua comunidade, as pessoas idosas quilombolas mantêm viva a história e as tradições que sustentam sua identidade cultural.

A memória coletiva das comunidades quilombolas não se limita, apenas, às lembranças individuais, mas abrange narrativas compartilhadas e experiências comuns, que são transmitidas de geração em geração. Portanto, podemos compreender que estas falas não são apenas testemunhos individuais, mas podem ser vistas como manifestações de uma memória coletiva dinâmica, que continua a moldar e sustentar a identidade cultural e histórica das comunidades quilombolas, que buscam preservar valores e conhecimentos ancestrais e que fortalecem as comunidades ao longo do tempo.

Michel Foucault, em suas obras sobre o poder e a construção social da saúde e da doença, oferece uma perspectiva crítica sobre como as instituições e práticas sociais moldam nossas concepções de normalidade e patologia. Em **O Nascimento da Clínica** (1976), Foucault aborda a forma como o olhar clínico transforma a maneira como entendemos o corpo e a saúde:

A medicina não é apenas uma prática científica, mas um sistema de saber-poder que organiza a relação entre os indivíduos e suas condições de vida. O que é considerado normal ou patológico é resultado de um discurso que se enraíza nas práticas sociais e nas instituições que regulam a vida. (FOUCAULT, 1976, p. 146).

Essa citação evidencia que a medicina e as práticas de saúde são moldadas por um conjunto de saberes e poderes que organizam as relações sociais. As falas e práticas das pessoas idosas quilombolas refletem como suas abordagens à saúde são influenciadas não apenas pelas normas sociais, mas também por fatores culturais e religiosos. A interseção dessas influências mostra como a saúde e a doença são compreendidas e geridas nessas comunidades.

Além disso, as normas religiosas que permeiam as práticas de saúde entre os quilombolas ilustram como o controle sobre a saúde é interpretado e adaptado localmente. As crenças e práticas religiosas podem tanto reforçar quanto desafiar as normas estabelecidas, criando um campo complexo de interação entre diferentes formas de saber e poder.

Simone de Beauvoir (1990), em sua obra **A Velhice**, explora como a sociedade marginaliza as pessoas idosas, frequentemente associando a velhice à inutilidade e à dependência. Beauvoir argumenta que a percepção social da velhice é muitas vezes negativa, o que pode impactar a autoestima e o senso de valor das pessoas idosas. Ela afirma:

A velhice é particularmente dura porque a sociedade falha em reconhecer o valor e a dignidade dos indivíduos em sua totalidade. Ao contrário, os idosos são frequentemente vistos como uma carga, como se fossem menos humanos por não serem mais produtivos. Essa visão reflete uma falha fundamental em nossa cultura, que valoriza a juventude e a produtividade acima de tudo. (BEAUVOIR, 1990, p. 35).



As falas das pessoas idosas quilombolas refletem uma perspectiva na qual a saúde é diretamente ligada à capacidade de trabalhar e de ser produtivo, reforçando a visão de Beauvoir sobre a marginalização das pessoas idosas quando não podem mais trabalhar. Nas comunidades quilombolas, essa ligação entre saúde e produtividade é evidente nas narrativas das pessoas idosas, que frequentemente associam a boa saúde à capacidade de realizar trabalhos agrícolas, tarefas domésticas ou outras atividades que contribuem para o sustento da comunidade. Essa visão, não apenas sustenta a identidade e o valor pessoal dos indivíduos idosos, mas também destaca a importância do trabalho comunitário e da interdependência nas práticas de saúde.

saúde é deitar e levantar bem você quer resolver seu pepinos seus trabalhos do você tem que fazer é pedir mais força para fazer mais poque nós vivemos do pão do nosso trabalho e que deus dá. (Entrevistado 8).

saúde é dormir bem conhecer o dia levantar estar disposto a fazer alguma coisa minha saúde é essa doença é quando a pessoa não pode mais trabalhar não fica em cima da cama né. (Entrevistado 14).

saúde é a gente viver bem é ter alegria de fazer o trabalho é um movimento com a saúde você faz tudo com a doença você não pode fazer nada não tem vontade. (Entrevistado 5).

Karl Marx (2017), em **O Capital**, discute como o trabalho é essencial para a vida humana e como ele molda a identidade e a relação do indivíduo com o mundo. Em sua análise, ele afirma que:

O trabalho é a fonte de toda riqueza e de toda produção. O desenvolvimento das forças produtivas é, portanto, a base da civilização e do progresso social. (MARX, 2017, p. 123).

As falas das pessoas idosas quilombolas relacionadas ao trabalho podem ser compreendidas à luz da teoria de Marx como uma expressão da centralidade do trabalho na identidade e no valor pessoal. Para essas pessoas, o trabalho não é apenas uma necessidade econômica, mas uma fonte de significado e reconhecimento social. A perda da capacidade de trabalhar, seja por idade ou doença, pode resultar em sentimentos de desvalorização e marginalização.

Além disso, a perspectiva de Marx sobre o trabalho pode ser aplicada para entender como as práticas laborais nas comunidades quilombolas estão integradas à vida social e cultural. Nessas comunidades, o trabalho agrícola, artesanal ou comunitário é frequentemente visto

como uma extensão da identidade cultural e das relações sociais. A desvalorização dos modos de produção tradicionais pode ocorrer quando forças externas, como políticas econômicas neoliberais, desconsideram os saberes e as tradições locais.

As experiências das pessoas idosas quilombolas, que ao perderem a capacidade de trabalhar, enfrentam uma desconexão não só do processo produtivo, mas também das redes de apoio e reconhecimento social que o trabalho proporciona, ilustram a importância da atividade laboral na construção da identidade e do pertencimento comunitário.

Maurice Halbwachs (2006), em **A Memória Coletiva**, argumenta que nossas memórias são moldadas e sustentadas pelos grupos sociais aos quais pertencemos. Halbwachs destaca que a memória coletiva é fundamental para a construção da identidade social:

A memória não é uma reprodução fiel do passado, mas uma reconstrução que está intimamente ligada aos interesses e perspectivas do grupo social. Cada grupo desenvolve suas próprias formas de lembrar e esquecer, criando uma identidade coletiva que é continuamente reafirmada através de práticas sociais e culturais. (HALBWACHS, 2006, p. 47).

As falas das pessoas idosas quilombolas sobre a importância do trabalho para a saúde, podem ser vistas como reflexões da memória coletiva da comunidade quilombola. Essa memória coletiva valoriza a capacidade de trabalho como uma medida de saúde e bem-estar, reforçando a identidade coletiva de um grupo, que, historicamente, depende do trabalho manual e da força física.

Para as comunidades quilombolas, o trabalho não é apenas uma atividade econômica, mas um elemento central da identidade cultural e social. Ao longo da história, o trabalho nas lavouras, na criação de animais ou em outras atividades tradicionais não só sustentou economicamente as comunidades, mas também fortaleceu os laços comunitários e transmitiu conhecimentos ancestrais de geração em geração. Essa valorização do trabalho na memória coletiva quilombola se reflete nas narrativas das pessoas idosas, que frequentemente associam boa saúde e bem-estar à capacidade de contribuir para o sustento da comunidade através do trabalho.

Além disso, a memória coletiva quilombola também abarca resistências históricas e lutas por reconhecimento e autonomia. As práticas de trabalho são muitas vezes vistas como formas de resistência ao longo de um legado de exploração e marginalização, reafirmando não apenas a identidade cultural, mas também a soberania sobre territórios tradicionalmente ocupados.

Simone de Beauvoir (1990), em sua obra **A Velhice**, enfatiza que a sociedade é responsável por transformar a velhice em uma paródia da existência humana, despojando as pessoas idosas de sua dignidade e autonomia. Beauvoir ressalta que as pessoas idosas são frequentemente reduzidas ao estado de objetos indesejados, cuja presença é apenas tolerada em um mundo que não mais lhes pertence. A citação a seguir ilustra essa visão crítica da autora:

A velhice é uma paródia de nossa existência, e a sociedade é responsável por essa paródia. Ela reduz o velho ao estado de objeto; ela o priva da sua dignidade e de sua autonomia. [...] O idoso se encontra em um mundo que não é mais o seu, onde é tolerado, mas não desejado. A sociedade não sabe o que fazer com aqueles que já não produzem, a não ser livrar-se deles. [...] A experiência de envelhecer varia grandemente, mas a velhice, vista como decadência e perda de autonomia, é uma realidade criada pela sociedade. (BEAUVOIR, 1990, p. 297).

As falas das pessoas idosas quilombolas sobre a saúde, refletem uma valorização da independência e autonomia, que Beauvoir considera essencial para a dignidade humana. Nas comunidades quilombolas, onde o trabalho e a participação ativa são frequentemente vistos como fundamentais para a identidade e o bem-estar, a preocupação com a dependência de cuidados de terceiros pode ser entendida como um reflexo direto da percepção negativa da velhice como uma fase de perda de autonomia.

Para as pessoas idosas quilombolas, a manutenção da autonomia não é apenas uma questão de orgulho pessoal, mas também de preservação da identidade cultural e comunitária. O receio de se tornarem dependentes, pode ser visto como uma resistência às pressões sociais que desvalorizam aqueles que não contribuem mais, economicamente ou fisicamente, para a comunidade. Além disso, a preocupação com a autonomia reflete uma busca por dignidade, em um contexto no qual a velhice é frequentemente estigmatizada como um estado de declínio e inutilidade.

Ao ampliar a discussão, através da perspectiva de Beauvoir, podemos reconhecer como as falas das pessoas idosas quilombolas não apenas ilustram as complexidades da experiência do envelhecimento, mas também apontam para desafios significativos enfrentados por essas comunidades, na luta pela preservação da autonomia e dignidade dos mais velhos. Essa análise nos convida a questionar e transformar as estruturas sociais que perpetuam a marginalização e desvalorização das pessoas idosas, promovendo uma maior valorização da sabedoria e contribuições das pessoas idosas em todas as esferas da vida comunitária e social.

saúde é fazer os exames tomar os remédios a doença é muito ruim a gente não pode fazer as coisa da gente quando tá doente. (Entrevistado 16).

a pessoa ter saúde é uma pessoa feliz consegue fazer tudo tudo que quiser fazer ele faz uma pessoa independente faz tudo sozinha a doença é você depender de alguém para fazer tudo com Jesus tudo está bem uso mastruz para machucado. (Entrevistado 20).

saúde é coisa boa a gente deitar e levantar com Deus e com saúde e poder fazer as coisas sem depender das pessoas já sobre a dorna agora eu não sei te responder. (Entrevistado 13).

Maurice Halbwachs (2006), em sua obra sobre **A Memória Coletiva**, explora como nossas lembranças são influenciadas e moldadas pelos contextos sociais em que estamos inseridos. Ele argumenta que é o grupo social que, em várias circunstâncias, reconstrói, preserva e conecta essas memórias ao quadro comum de suas tradições e formas de pensar e sentir. Halbwachs destaca que a memória coletiva é uma reconstrução do passado, guiada pelas preocupações do presente, sendo sempre um fenômeno social e um processo de rememoração que ocorre dentro de um grupo. A citação a seguir sintetiza essa perspectiva:

Nossas memórias permanecem coletivas e são orientadas pelos quadros sociais. É o grupo que, em várias ocasiões, as refaz, as recolhe, as remete ao quadro comum de suas tradições e de seus modos de pensar e sentir. [...] A memória coletiva é, pois, uma reconstrução do passado à luz das preocupações do presente, sendo sempre um fenômeno social e um processo de rememoração que se dá no interior de um grupo. (HALBWACHS, 2006, p. 71).

As falas das pessoas idosas quilombolas sobre saúde, podem ser entendidas como uma expressão da memória coletiva das pessoas idosas quilombolas. Esta memória valoriza a independência e a capacidade de realizar tarefas diárias, mostrando como a comunidade percebe e valoriza a saúde em termos de autonomia funcional.

A memória coletiva quilombola abrange não apenas a valorização da independência física, mas também a resistência histórica e cultural contra as tentativas de marginalização e opressão. Ao longo da história, as comunidades quilombolas enfrentaram desafios significativos, mantendo suas tradições e formas de vida em meio a pressões externas. Essa resistência se reflete nas narrativas sobre saúde, que incorporam não apenas práticas tradicionais de autocuidado, mas também uma visão de saúde que está intrinsecamente ligada à preservação da identidade cultural e da autonomia comunitária. Essa análise, nos convida a valorizar e preservar não apenas as práticas de saúde tradicionais, mas também os valores culturais e sociais que sustentam as comunidades quilombolas ao longo do tempo.

Ângela Mucida (2014), em **O sujeito não envelhece**, discute como o envelhecimento é um processo subjetivo, e, como as experiências e percepções das pessoas idosas são moldadas por fatores individuais e sociais. Mucida enfatiza que o envelhecimento não deve ser visto apenas como um declínio, mas como uma fase da vida que pode ser vivida com plenitude e significado:

O envelhecimento é uma construção subjetiva que envolve não apenas mudanças biológicas, mas também sociais e psicológicas. A experiência de envelhecer é única para cada indivíduo, influenciada por suas relações, história de vida e contexto social. [...] O sujeito que envelhece não é apenas um corpo que se deteriora, mas um ser com uma história, memórias e desejos. Envelhecer pode significar encontrar novas formas de viver e de se relacionar com o mundo. (MUCIDA, 2014, p. 112).

Ângela Mucida (2014) amplia essa perspectiva, ao discutir que o envelhecimento não é apenas biológico, mas também social e culturalmente construído. A partir das narrativas das pessoas idosas quilombolas, percebe-se que suas visões sobre saúde e doença estão intrinsecamente ligadas às suas condições de vida, incluindo acesso a cuidados de saúde e qualidade de vida (OLIVEIRA; PEREIRA; GUIMARÃES, 2015).

As falas das pessoas idosas quilombolas sobre a importância da realização de exames preventivos e a manutenção da saúde, ilustram como a prevenção é vista como essencial, não apenas para a saúde física, mas também para preservar a independência e a capacidade de viver plenamente. Estas percepções estão alinhadas com a visão de Mucida (2014) de que o envelhecimento é uma fase que pode ser vivida de maneira significativa, com foco na manutenção da saúde e autonomia.

Para as pessoas idosas quilombolas a realização de exames preventivos e a adoção de práticas saudáveis não são apenas medidas de precaução, mas também formas de preservar o papel ativo e valorizado das pessoas idosas dentro de suas comunidades. Esta abordagem não apenas fortalece a saúde individual, mas também contribui para a coesão social e o fortalecimento da identidade quilombola. Essa análise, nos convida a reconhecer e a apoiar não apenas as necessidades de saúde física das pessoas idosas, mas também suas aspirações por uma vida plena e significativa em suas comunidades.

As conclusões do estudo de Sousa, Rodrigues e Pereira (2023) sobre as condições de saúde das comunidades quilombolas na Amazônia, refletem desafios significativos, evidenciando a prevalência do saber biomédico e a frágil relação dessas populações com os serviços de saúde locais. A predominância de uma visão hospitalocêntrica e a falta de

adequação dos serviços às necessidades específicas das comunidades, contribuem para um acesso deficiente e desigual aos cuidados de saúde, perpetuando desigualdades históricas. A necessidade de políticas públicas mais eficazes e inclusivas, que considerem os determinantes sociais da saúde e valorizem os saberes tradicionais, emerge como uma prioridade para mitigar essas disparidades e promover melhores condições de vida e saúde.

Essas conclusões ecoam as percepções das pessoas idosas quilombolas sobre saúde e doença, conforme observados nos resultados deste estudo. Os relatos enfatizam a importância da fé, dos cuidados preventivos e da autonomia na gestão da saúde, ao mesmo tempo que revelam desafios, como a dependência de cuidados terceirizados e as limitações impostas pelo envelhecimento. A interseção entre os achados do estudo e as vivências narradas pelas pessoas idosas, sublinha a necessidade urgente de políticas de saúde mais inclusivas e sensíveis às especificidades culturais e sociais das comunidades quilombolas, visando não apenas a promoção da saúde física, mas também o fortalecimento de suas identidades e práticas tradicionais.

## **Classe 2. Banhos com plantas medicinais: práticas e crenças.**

Apreende 21,2% (f = 39 ST) do corpus total analisado, e é composta por palavras como “Banho” ( $\chi^2 = 47,03$ ); “Tomar” ( $\chi^2 = 27,03$ ); “Machucar” ( $\chi^2 = 19,11$ ); “Amarrar” ( $\chi^2 = 19,11$ ); “Roxo” ( $\chi^2 = 15,2$ ); “Bom” ( $\chi^2 = 14,86$ ), “Olhar” ( $\chi^2 = 14,34$ ); “Pião” ( $\chi^2 = 11,35$ ); “Sal” ( $\chi^2 = 10,99$ ); “Perna” ( $\chi^2 = 10,64$ ); “Pano” ( $\chi^2 = 10,64$ ); “Machucado” ( $\chi^2 = 10,64$ ); “Planta” ( $\chi^2 = 7,79$ ); “Mato” ( $\chi^2 = 7,68$ ); “Roça” ( $\chi^2 = 7,09$ ); “Ensinar” ( $\chi^2 = 7,09$ ); “Velho” ( $\chi^2 = 5,63$ ); “Pé” ( $\chi^2 = 5,55$ ); “Mastruz” ( $\chi^2 = 5,25$ ); e “Corpo” ( $\chi^2 = 5,22$ ).

As pessoas idosas quilombolas relatam frequentemente o uso terapêutico dos banhos com plantas medicinais como uma prática ancestral profundamente enraizada em sua cultura. Essa tradição é valorizada não apenas pela eficácia percebida no alívio de diferentes condições de saúde, mas também pela conexão espiritual e emocional que proporciona. A seguir, são destacadas algumas citações que ilustram como esses banhos são integrados de forma significativa na vida cotidiana e nos cuidados com a saúde dessas comunidades.

mas de banho tem tanta coisa que o povo toma banho eu nem sei eu nem sei como é que isso antigamente tinha gente que rezava mas eu não cheguei a alcançar isso não se eu fui rezado eu tava enrolado nos panos. (Entrevistado 26).

pra banho é tem aí tem um capim também que é bom também pra fazer uns banhos lá na roça mesmo eu tenho acho que o povo até procura lá em conquista mas anda lá você não vê agora aqui na minha roça sempre tem ele. (Entrevistado 27).

a gente toma banho de erva com olho de mandioca olho de quiabento isso pra olhado né. (Entrevistado 24).

eu já usei chá de carrapicho e desinchadeira e paratudo um remédio chamado para tudo uma raiz marca pra danar tomava banho e a febre baixava criança se estava nascendo um dente dava nascia os dentes tudo. (Entrevistado 26).

aqui plantado eu tenho pé de alfazema e faz o chá também toma o banho quando o corpo tá doendo. (Entrevistado 21).

quando eu estou com muita tosse eu bebo erva cidreira e durmo a noite toda é bom tomar um banho de remédio sem esfregar o corpo e estender a cabeça da pessoa caso essa pessoa esteja com corna amaçada mal olhado saí tudo. (Entrevistado 27).

As citações dos entrevistados ilustram vividamente a prática dos banhos com plantas medicinais nas comunidades quilombolas, destacando sua importância contínua e multifacetada. Esses banhos não são apenas vistos como tratamentos eficazes para diversas condições de saúde, mas também como rituais que incluem aspectos espirituais e emocionais. Através do uso de ervas como a alfazema, capim, e chás como o de carrapicho e erva cidreira, esses banhos são integrados à vida diária como uma forma holística de cuidado pessoal e comunitário. A conexão com a natureza e o conhecimento transmitido de geração em geração, ressaltam a continuidade cultural e a resistência das práticas tradicionais quilombolas, diante das mudanças contemporâneas.

Essas narrativas não apenas revelam práticas de saúde, mas também um sistema de conhecimento profundamente enraizado na memória coletiva e nas representações sociais das comunidades quilombolas. Conforme discutido por Maurice Halbwachs (2006), a memória coletiva é um processo dinâmico, no qual as lembranças individuais são moldadas e mantidas por contextos sociais compartilhados. Ele argumenta que a memória individual não existe isoladamente, mas é integrada em uma rede de recordações coletivas, determinadas pelos diferentes grupos sociais a que pertencemos, como a família, a classe social e a comunidade religiosa. Esses quadros sociais da memória proporcionam o contexto essencial para que nossas lembranças sejam compreendidas e transmitidas ao longo do tempo (HALBWACHS, 2006).

Dentro desse quadro, os banhos com plantas medicinais não são apenas práticas de cura, mas expressões vivas dessa memória coletiva, onde o conhecimento ancestral é preservado e transmitido de geração em geração. Essas práticas não apenas oferecem tratamentos para

diversas condições de saúde, mas também fortalecem a identidade cultural quilombola e sua capacidade de resistência frente às mudanças sociais e ambientais contemporâneas. A valorização contínua desses banhos não só mantém vivas as tradições e os saberes locais, mas também proporciona uma conexão profunda com a terra e uma forma de autonomia em saúde que transcende as influências externas.

Nesse sentido, as práticas de banhos com plantas medicinais entre os quilombolas não são apenas métodos de cura, mas também atos de preservação cultural e identidade coletiva, profundamente influenciados pela memória compartilhada das comunidades. Serge Moscovici (2003) define as representações sociais como sistemas de valores, ideias e práticas que não só estabelecem uma ordem social, mas também orientam comportamentos individuais e coletivos:

As representações sociais são modalidades particulares de conhecimento que orientam a ação e a comunicação entre os indivíduos. Elas são dinâmicas, históricas e culturalmente situadas, refletindo e moldando interações e práticas sociais. Ao transformar o desconhecido em familiar, as representações sociais permitem que as pessoas compreendam e respondam a novas situações e fenômenos. (MOSCOVICI, 2003, p.44).

Os banhos com plantas medicinais entre os quilombolas não são apenas tratamentos terapêuticos, mas expressões vivas das representações sociais das comunidades. Ao incorporar essas práticas ancestrais, os quilombolas reafirmam sua identidade cultural e resistência frente às mudanças contemporâneas. Esses banhos não só proporcionam alívio físico, mas também fortalecem os laços comunitários e a conexão espiritual com a natureza, fundamentais para a saúde integral e o bem-estar das pessoas dentro dessas comunidades.

Assim, as representações sociais dos banhos com plantas medicinais entre os quilombolas não só fornecem um meio de tratamento, mas também um sistema de interpretação do mundo e de interação com o meio ambiente. A conexão entre memória coletiva e representações sociais evidencia como essas práticas são integradas e perpetuadas ao longo das gerações, contribuindo para a saúde física, emocional e espiritual das comunidades quilombolas.

A prática dos banhos com plantas medicinais entre as pessoas idosas quilombolas não é apenas um método terapêutico, mas uma tradição transmitida de geração em geração, enraizada profundamente na cultura quilombola. Além de oferecer alívio, percebido para diversas condições de saúde, esses banhos são valorizados pela conexão espiritual e emocional que proporcionam às comunidades. As seguintes citações ilustram como esses banhos são



integrados significativamente na vida cotidiana e nos cuidados com a saúde, como pode ser evidenciado nessas falas:

quando eu era criança eu não aprendi nada de remédio e de técnicas para melhorar a saúde quando alguém se machucava tomava uma queda ou tinha um corte a gente usava mastruz. (Entrevistado 17).

de 15 em 15 dias nós tomamos aqui e eu ensinei pros meus filhos e eu aprendi com os mais velhos toma banho da cabeça aos pés eu não enxugo não enrolo assim com a toalha e depois visto a roupa. (Entrevistado 29).

os mais velhos que me ensinaram isso antigamente não tinha médico não tinha medicina quando alguém quebrava uma perna os mais velhos pegavam uma telha amarrava na perna e ficava por alí pois não havia medicina naquela época. (Entrevistado 22).

a minha mãe me ensinou isso desde pequeno e eu ensino isso para os meus filhos pois tendo fé que tudo da certo eu bebo chá para prevenir doença se eu for no mato e ver um pé de mastruz eu quebro ele todinho e mastigo. (Entrevistado 22).

Essas falas não apenas destacam práticas de autocuidado, mas também revelam a transmissão cultural e intergeracional dos conhecimentos sobre saúde e bem-estar dentro das comunidades quilombolas. Maurice Halbwachs (2006), em sua obra sobre memória coletiva, argumenta que as lembranças individuais são moldadas por contextos sociais compartilhados:

A lembrança individual não se encontra em nenhum lugar no interior do indivíduo isolado, em sua solidão, mas fora dele, em uma paisagem feita de imagens que pertencem a todos, e com as quais o indivíduo mantém constantemente uma relação de troca, e onde ele participa dos mesmos movimentos que todos os outros. As lembranças individuais são, assim, apenas um fragmento recortado na lembrança coletiva e que por ela é contido e mantido em nós. (HALBWACHS, 2006, p. 43).

Essas práticas de banhos com plantas medicinais não só oferecem cuidados físicos, mas também funcionam como rituais que fortalecem a identidade e coesão comunitária, perpetuando-se ao longo do tempo através da transmissão oral e prática. Serge Moscovici (2003), por sua vez, explora como as representações sociais moldam as percepções e práticas sociais:

As representações sociais são sistemas de interpretação e de classificação de fenômenos, fatos e práticas sociais que, além de fazerem com que esses fenômenos sejam compreendidos e nomeados, os inscrevem numa rede de relações com outros fenômenos e estabelecem princípios para orientar a

conduta dos indivíduos na sociedade. Elas são formas de conhecimento prático, enraizadas na experiência e na vida cotidiana, e são transmitidas e compartilhadas entre os membros de um grupo social. Assim, as representações sociais não apenas refletem a realidade social, mas também a constroem e a transformam através das interações e práticas sociais. (MOSCOVICI, 2003, p. 16).

Nos resultados encontrados em relação ao uso de banhos com plantas medicinais por pessoas idosas quilombolas, podemos observar que há uma forte ligação com práticas tradicionais de saúde. Esses banhos são utilizados não apenas para tratamentos físicos, incluindo dores e febres, mas também para questões espirituais, como o combate ao mau olhado e energias negativas. Silva et al. (2024) destaca que as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são valorizadas nessas comunidades, representando não apenas uma alternativa de cuidado à saúde, mas também um reflexo da resistência cultural e da busca por autonomia no manejo da saúde.

O estudo de Silva et al. (2024) ressalta a importância de considerar essas práticas no contexto de políticas públicas de saúde, dado seu papel significativo na promoção do bem-estar em populações que enfrentam desafios no acesso à medicina convencional. Percebe-se que os banhos com plantas medicinais não apenas têm um impacto positivo na saúde física das pessoas idosas quilombolas, mas também são fundamentais para a preservação cultural e o fortalecimento da identidade dessas comunidades.

Os relatos dos entrevistados destacam a importância das práticas culturais na perpetuação do uso de plantas medicinais. Durante as visitas nas comunidades, um entrevistado expressou sua adaptação de práticas de saúde devido a influências religiosas relatando que por estar indo à igreja evangélica, não mais realiza essas práticas de banho com ervas por considerá-las pecaminosas. Este testemunho ilustra como as mudanças sociais e religiosas têm impactado as práticas de saúde tradicionais, refletindo um dinamismo cultural e uma adaptação contínua das tradições.

Segundo Nietzsche (2007), em **O Anticristo**, as transformações nas práticas culturais podem ser vistas como resultado de forças sociais e religiosas que moldam as crenças e comportamentos das comunidades. As mudanças na estrutura social e nos sistemas de crenças frequentemente desencadeiam adaptações nas tradições culturais mais arraigadas. A religião, em particular, exerce uma influência profunda na maneira como as pessoas interpretam e praticam suas tradições (NIETZSCHE, 2007).

A interpretação do uso de banhos de ervas na tradição quilombola como um pecado pode ser analisada à luz da reflexão de Nietzsche (2007). Para o filósofo, o pecado é um estado de espírito caracterizado pela melancolia, autotortura e intolerância consigo mesmo, elevado à categoria de dever supremo. Nesse sentido, a condenação de práticas ancestrais como o uso de plantas medicinais reflete uma transformação cultural profunda, moldada por valores religiosos que reinterpretam essas tradições sob uma nova perspectiva moral. Esse fenômeno evidencia não apenas as mudanças sociais e religiosas nas comunidades quilombolas, mas também a complexidade das interações entre saúde, cultura e crenças religiosas na adaptação das tradições locais.

Portanto, ao considerar o testemunho dos entrevistados sobre a influência das práticas religiosas na adoção ou abandono de práticas tradicionais de saúde, podemos analisar como essas mudanças são mediadas por dinâmicas culturais mais amplas, isso permite uma reflexão mais profunda sobre a relação entre tradição, religião e mudança cultural nas comunidades estudadas.

Nas reflexões de Ricoeur (2007) sobre a memória como um processo interpretativo, sugere que a memória não é apenas um ato de recuperação do passado, mas também um processo de reconstrução e reinterpretação contínua, influenciada pelo contexto presente e pelas narrativas dominantes. Ao considerar os testemunhos dos entrevistados sobre a influência das práticas religiosas na adoção ou abandono de práticas tradicionais, emerge uma reflexão sobre como as dinâmicas culturais e religiosas mediadas pelo tempo e pela memória coletiva moldam a identidade e as práticas sociais dessas comunidades (RICOEUR, 2007). Esse fato evidencia como as narrativas religiosas contemporâneas não apenas reinterpretam, mas também podem reconfigurar significados culturais tradicionais ao longo do tempo.

Além disso, esses resultados mostraram a transmissão intergeracional do conhecimento sobre plantas medicinais como um pilar fundamental da saúde quilombola. A prática do banho com plantas medicinais evidencia não apenas a continuidade do saber ancestral, mas também sua adaptação às condições contemporâneas, mostrando uma resiliência cultural que se manifesta na manutenção da saúde comunitária.

Em consonância com a pesquisa de Brandão; Santos e Andrade (2024), que examina as interações entre práticas culturais, religiosas e a biodiversidade, este estudo destaca como as comunidades tradicionais preservam e valorizam seus recursos naturais. A abordagem de Brandão et al. sublinha a importância das práticas culturais e religiosas na conservação ambiental, evidenciando como crenças e tradições locais influenciam positivamente a sustentabilidade e o manejo responsável dos ecossistemas.

Dessa forma, as representações sociais dos banhos com plantas medicinais entre os quilombolas não apenas oferecem uma maneira de entender e tratar doenças, mas também fortalecem laços comunitários e preservam saberes tradicionais que são essenciais para a saúde integral das comunidades quilombolas.

### **Classe 3. Uso terapêutico das plantas medicinais: saberes quilombolas**

Esta classe compreende 17,39% (f = 32 ST) do corpus total analisado, e é composta por palavras como “Ferver” ( $\chi^2 = 38,85$ ); “Água” ( $\chi^2 = 38,81$ ); “Limão” ( $\chi^2 = 34,51$ ); “Colocar” ( $\chi^2 = 34,2$ ); “Pegar” ( $\chi^2 = 29,19$ ); “Folha” ( $\chi^2 = 28,01$ ), “Mel” ( $\chi^2 = 24,41$ ); “Abelha” ( $\chi^2 = 24,41$ ); “Gripe” ( $\chi^2 = 23,19$ ); “Leite” ( $\chi^2 = 19,42$ ); “Igual” ( $\chi^2 = 19,42$ ); “Cozinha” ( $\chi^2 = 14,79$ ); “Terra” ( $\chi^2 = 14,79$ ); “Copo” ( $\chi^2 = 14,49$ ); “Beber” ( $\chi^2 = 14,26$ ); “Imburana” ( $\chi^2 = 14,02$ ); “Alho” ( $\chi^2 = 14,02$ ); “Tosse” ( $\chi^2 = 10,48$ ); “Açúcar” ( $\chi^2 = 9,45$ ); e “Estômago” ( $\chi^2 = 8,0$ ).

Verificou-se que a maioria das pessoas idosas quilombolas relatou que fazem uso das plantas medicinais para a cura das doenças. Esse uso terapêutico é pautado em saberes tradicionais transmitidos de geração em geração, destacando-se a importância da oralidade na preservação e disseminação desses conhecimentos. Os entrevistados mencionaram diversos preparos e combinações de plantas, como ferver folhas em água, misturar mel e limão, utilizar alho para tosse e gripe, e o uso de imburana para problemas estomacais. A prática de preparar remédios caseiros para tratar hipertensão arterial é realizada com grande cuidado e respeito pelos métodos ancestrais, valorizando a conexão com a terra e os recursos naturais disponíveis. Além disso, foi observado que a utilização dessas plantas não se restringe apenas ao tratamento de doenças, mas também à prevenção e manutenção da saúde, refletindo uma abordagem holística do bem-estar.

eu tomo chá de erva doce e erva cidreira com frequência o chá de erva doce é bom para ficar mais aliviado e é bom para o estômago eu pego a folha na erva doce lavo e coloco para ferver tudo junto. (Entrevistado 26).

o chá de fedegoso a pessoa que fez aqui pra mim arrancou o pé de fedegoso pegou as raízes colocou para ferver com limão alho o pessoal de primeiro tomava ele pra gripe. (Entrevistado\_21).

pega a imburana macho pode ser cru e mastiga ou você torra ela e coloca ela pra ferver deixa na água quente e bebe daqui a pouco você vai ver a reação do arrotto que a gases sua tá presa. (Entrevistado 29).

eu tomo chá de erva doce e erva cidreira com frequência o chá de erva doce é bom para ficar mais aliviado e é bom para o estômago eu pego a folha na erva doce lavo e coloco para ferver tudo junto. (Entrevistado 26).

no mais eu já usei mastruz pra gripe você pega ele e cozinha com leite e açúcar e toma o meu remédio pra gripe é esse se tiver tosse é o leite com alho e açúcar. (Entrevistado 26).

A diversidade de plantas mencionadas e suas respectivas utilizações demonstra a riqueza e a profundidade dos conhecimentos medicinais quilombolas, ressaltando o papel central que essas práticas desempenham na vida cotidiana dessas comunidades. Essa classe revela, portanto, não apenas a eficácia terapêutica das plantas medicinais, mas também a resiliência cultural e a identidade coletiva preservada através do uso contínuo e adaptado desses saberes tradicionais.

O estudo conduzido por Sales, Albuquerque e Cavalcanti (2009) sobre o uso de plantas medicinais na comunidade quilombola Senhor do Bonfim, Areia-PB, revelou aspectos significativos sobre as práticas tradicionais de saúde desta população. A pesquisa identificou que a prática do uso de plantas medicinais é uma importante tradição cultural preservada pelos quilombolas, com ênfase no uso de chás e infusões preparadas com plantas como capim-santo e erva-cidreira. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com 24 residentes, que revelaram a relevância contínua das plantas medicinais no tratamento de enfermidades

Este mesmo estudo destaca que o chá é a forma predominante de administração das plantas medicinais na comunidade. Isso é corroborado pelos relatos dos entrevistados desta pesquisa, que frequentemente mencionam o uso de chás preparados a partir de ervas cultivadas localmente. Além disso, o estudo revela que o capim-santo e a erva-cidreira são as plantas mais frequentemente utilizadas. Esses achados são corroborados por relatos das pessoas idosas quilombolas desta pesquisa. Esse uso de plantas para preparar chás específicos, demonstra a continuidade das práticas tradicionais e o conhecimento profundo sobre as propriedades medicinais das plantas locais (SALES; ALBUQUERQUE; CAVALCANTI, 2009).

Outro ponto importante é a persistência da agricultura como principal meio de subsistência, mencionado pelo estudo e evidenciado pelos relatos. A maioria dos entrevistados ainda se dedica à agricultura, o que facilita o cultivo de plantas medicinais. As falas coletadas refletem a integração das práticas agrícolas e medicinais na vida cotidiana da comunidade.

Os resultados do estudo de Sales, Albuquerque e Cavalcanti (2009), indicam que a comunidade quilombola Senhor do Bonfim mantém uma forte crença na eficácia das plantas medicinais, em comparação com medicamentos convencionais. Isso é evidenciado pelos

depoimentos desta pesquisa. A preferência por remédios naturais e a autossuficiência na produção de tratamentos, destacam a importância das práticas tradicionais e o valor cultural associado ao uso das plantas medicinais na comunidade.

Halbwachs, em sua obra **Os Quadros Sociais da Memória**, destaca que "a memória coletiva desenvolve-se num quadro social determinado, e é dentro desse quadro que se fixam e se organizam as lembranças comuns aos membros de um mesmo grupo" (HALBWACHS, 1990, p. 39). Esse conceito é particularmente relevante para a análise dos resultados encontrados, pois os saberes medicinais quilombolas não são apenas um conjunto de práticas isoladas, mas sim parte integrante de um quadro social que sustenta a identidade e a coesão da comunidade.

É em sociedade que o homem adquire suas lembranças, que ele as recorda, reconhece e localiza. É nos quadros fornecidos pela sociedade que o homem se situa e se lembra. O indivíduo lembra-se, na medida em que se insere no ponto de vista do grupo e participa das ideias do grupo. Assim, a memória individual é uma parte ou um aspecto da memória coletiva do grupo, e a memória coletiva do grupo é uma síntese das memórias individuais que se interpenetram e se compõem entre si. O grupo fornece ao indivíduo um quadro no qual ele pode se situar para recordar-se, e é este quadro que lhe dá a possibilidade de evocar suas lembranças. Dessa forma, a memória coletiva está intimamente ligada ao contexto social e ao ambiente cultural do grupo. (HALBWACHS, 1990, p. 58).

A transmissão dos conhecimentos sobre plantas medicinais entre as comunidades quilombolas, exemplifica essa interação entre memória individual e memória coletiva. As práticas terapêuticas, como ferver folhas em água, misturar mel e limão, e utilizar alho para tosse e gripe, são aprendidas e perpetuadas dentro de um contexto social específico, onde a oralidade e os rituais de cura desempenham um papel indispensável. Esses saberes são uma manifestação da memória coletiva quilombola, que se constitui através da participação ativa dos indivíduos no cotidiano do grupo e da contínua reafirmação de sua identidade cultural.

A análise dos resultados, à luz da teoria da memória coletiva, permite uma compreensão mais profunda da importância dos saberes medicinais quilombolas como um patrimônio cultural imaterial que sustenta a identidade e a memória social dessas comunidades. A perpetuação desses saberes, evidencia como a memória coletiva se desenvolve e se preserva dentro de um quadro social, refletindo a riqueza e a diversidade das tradições culturais quilombolas.

Nas narrativas das pessoas idosas, surgiu uma prática notável: além do uso das plantas medicinais para tratar doenças, elas também incorporam produtos naturais que estão

intimamente ligados a essas plantas medicinais. Essa abordagem holística não apenas ilustra uma conexão profunda com a natureza e seus recursos terapêuticos, mas também revela uma sabedoria prática, acumulada ao longo de décadas de experiência com o uso desses recursos naturais para promover a saúde e o bem-estar.

O estudo realizado por Pinheiro et al. (2024) sobre espécies vegetais utilizadas em comunidades quilombolas, fornece uma visão abrangente das práticas e conhecimentos etnobotânicos nessas comunidades. A revisão também indicou lacunas na validação científica dessas espécies, e, a ausência de estudos sobre interações medicamentosas, ressaltando a necessidade de uma abordagem mais rigorosa na validação de suas propriedades e segurança (PINHEIRO et al., 2024).

Os relatos dos entrevistados refletem práticas tradicionais, que incluem a combinação de plantas com outros ingredientes para criar remédios caseiros. Por exemplo, um entrevistado relatou um método de preparo que inclui mel de abelha, evidenciando o uso de técnicas tradicionais de preparação. Este relato destaca a combinação de mel com plantas, alinhando-se com o uso tradicional de remédios caseiros, como o mencionado por Pinheiro et al. (2024), onde o uso de mel é comum nas preparações. Outro relato significativo menciona uma mistura complexa de plantas e ingredientes. Este depoimento reflete a prática descrita no estudo de Pinheiro et al. (2024), onde as preparações caseiras frequentemente combinam várias espécies vegetais para alcançar efeitos terapêuticos múltiplos.

Os resultados do estudo de Pinheiro et al. (2024) e os relatos dos entrevistados, evidenciam a continuidade e a adaptabilidade das práticas tradicionais de uso de plantas medicinais nas comunidades quilombolas. Entretanto, a ausência de estudos robustos sobre a eficácia e segurança dessas práticas, destaca a necessidade urgente de validação científica e farmacovigilância, especialmente para garantir a segurança e a eficácia dos tratamentos oferecidos, considerando as potencialidades e os riscos associados ao uso dessas espécies.

acrescento mel de abelha e coloco na boca de uma panela cheia de água e coloco para ferver no vapor quando as folhas estiverem murchas deseja o mel claro para tomar. (Entrevistado 2).

bota tudo pra ferver numa panelinha e a casa fica cheirando essa menina aqui fez um chá ali pra mim foi bom foi capim santo laranja da terra limão imburana nozmoscada mel de abelha europa. (Entrevistado 24).

por exemplo quando você come uma comida que não te fez bem depois do chá pronto você toma aquela bebida amarga que chega estralar quando uma pessoa está tossindo nós fazemos um xarope com gengibre mel de abelha cebola e coloca tudo ali para ferver. (Entrevistado 24).

folha santa faz o xarope para bronquite é muito bom o limãozinho para bater ele com ovos e botar na geladeira com mel de abelha e leite condensado para dar pra criança com bronquite também é bom e fica gostoso viu. (Entrevistado 23).

De acordo com Maurice Halbwachs (1990) em **Morfologia Social**, a memória coletiva é formada e sustentada dentro de um contexto social específico, onde os indivíduos compartilham lembranças e práticas comuns. A memória não é apenas um fenômeno individual, mas sim uma construção social, que reflete as interações e experiências compartilhadas dentro de um grupo. Ele enfatiza que a memória coletiva é moldada pelas relações sociais e culturais do grupo, oferecendo um sentido e continuidade às experiências compartilhadas. Halbwachs argumenta que:

A memória coletiva, ao contrário da memória individual, não está localizada em nenhum lugar específico do cérebro, mas sim nos quadros sociais em que o indivíduo se insere. Esses quadros fornecem os pontos de referência e os contextos que permitem aos indivíduos lembrar e reviver o passado. É através da interação contínua com outros membros do grupo que essas memórias são reforçadas e mantidas vivas. Dessa forma, a memória coletiva é uma construção social, baseada na partilha de experiências e na comunicação contínua entre os membros do grupo. (HALBWACHS, 1990, p. 52).

Esses relatos demonstram como o conhecimento sobre as plantas medicinais é uma prática coletiva, reforçada pela interação social e pela partilha de saberes dentro do grupo. As práticas de utilização de plantas medicinais, como a fervura de folhas com mel de abelha para tratar doenças respiratórias, não são apenas atos individuais, mas sim práticas partilhadas e transmitidas dentro da comunidade. A descrição detalhada dos métodos de preparo e uso das plantas medicinais, mostra como essas práticas são integradas na vida cotidiana e são mantidas vivas através da memória coletiva.

Halbwachs (1990) enfatiza ainda, que a memória coletiva não apenas preserva o passado, mas também guia o comportamento presente e futuro dos membros do grupo. Isso é evidente nas práticas observadas entre os quilombolas, onde o uso de plantas medicinais é uma expressão contínua de sua identidade cultural e de sua resiliência diante das adversidades. As práticas descritas, como o uso de folhas santa para xarope de bronquite e a combinação de limão com mel de abelha e leite condensado, não são apenas tradições passadas, mas continuam a ser práticas vivas e eficazes para o cuidado da saúde na comunidade.

Nos relatos das pessoas idosas quilombolas, destacou-se claramente que o uso das plantas medicinais para tratamento de doenças é predominantemente realizado na forma de



chás. Além disso, observou-se que cada planta possui um método específico de preparo, cuidadosamente seguido de acordo com a finalidade desejada. Esse conhecimento detalhado sobre os processos de preparação não apenas demonstra um domínio prático das propriedades medicinais das plantas, mas também evidencia um cuidado meticuloso na preservação e transmissão dessas práticas tradicionais ao longo das gerações quilombolas.

eu vou na minha e não vou na consciência dos outros e não vou erva doce aquilo ali regula a pressão faz o chá pega um copo meio copo de água umas três folhas bota pra ferver esfria e bebe. (Entrevistado 23).

para fazer esses chás basta colocar a água e as folhas da planta para ferver eu tomo chá de vez em quando de erva cidreira e capim santo é muito bom quando você não consegue arrotar está com gases. (Entrevistado 2).

eu tomo chá de erva cidreira e de gengibre para fazer o chá de erva cidreira você tem que colocar ela para cozinhar coa e coloca açúcar para beber é bom tomar esse chá para febre gripe e tosse. (Entrevistado 29).

não ía para o médico o remédio era esse com três dias estava sã eu cozinho a folha de laranja da terra coloco hortelãzinho miúdo hortelã grosso pitanga pra sarar a gripe. (Entrevistado 22).

“caso você não esteja aguentando de dor de ouvi você pega uma folha santa coloca na chapa do fogão até ela ficar molinha e espreme ela dentro do ouvido (entrevistado 20)

Halbwachs, em sua obra **A Memória Coletiva**, explica que a memória coletiva se forma e se mantém através da interação contínua dos membros do grupo social. Ele afirma que:

As lembranças coletivas são reconstruídas permanentemente e se mantêm vivas na mente dos indivíduos na medida em que estes fazem parte de um grupo que compartilha essas mesmas lembranças. As lembranças individuais se formam, na verdade, a partir da memória coletiva, pois é esta que fornece os quadros sociais e os pontos de referência necessários para que os indivíduos possam situar e evocar suas lembranças pessoais. Assim, a memória coletiva é, ao mesmo tempo, uma estrutura de suporte e uma forma de socialização das lembranças individuais. (HALBWACHS, 2006, p. 65)

Os depoimentos dos entrevistados mostram como a memória coletiva é fundamental para a preservação e transmissão dos saberes medicinais quilombolas. Esses relatos ilustram como o conhecimento sobre as plantas medicinais é transmitido de geração em geração, integrando-se à memória coletiva da comunidade. A transmissão desse conhecimento é um processo social que envolve a participação ativa dos membros mais jovens da comunidade, garantindo a continuidade das práticas tradicionais. A memória coletiva, nesse contexto, serve

como um mecanismo de resistência cultural, preservando os saberes ancestrais e afirmando a identidade quilombola diante das adversidades históricas e contemporâneas.

Os saberes medicinais quilombolas são mais do que simples práticas de cura; eles são uma expressão viva da memória coletiva que sustenta a identidade cultural e social das comunidades quilombolas. A perpetuação dessas práticas tradicionais evidencia a importância da memória coletiva na preservação dos conhecimentos e das tradições culturais, assegurando a continuidade e a vitalidade das comunidades quilombolas.

Com base nos relatos das pessoas idosas quilombolas, foi possível observar um padrão distinto em relação ao uso das plantas medicinais, onde cada planta é selecionada e utilizada de acordo com sintomas específicos ou tipos particulares de doenças, como a hipertensão arterial. Esse conhecimento prático e empírico reflete não apenas uma adaptação cuidadosa às necessidades de saúde da comunidade, mas também evidencia a riqueza e a profundidade do saber tradicional acumulado ao longo de gerações. Essa prática revela não só uma forma de tratamento adaptado às condições locais e às necessidades individuais, mas também um testemunho da relação estreita e sustentável que essas comunidades mantêm com o ambiente natural ao seu redor.

mastruz é bom para desinflamar tudo o que tem por dentro eu tomo o chá ou eu piso ele até ficar um sumo verde e coloco no leite para beber esse é um remédio muito bom para próstata e para o colesterol. (Entrevistado 6).

já para gripe sempre tomo o de limão também a gente sempre toma esse de limão é da fruta parte ele e cozinha o pessoal mais velho sempre fazia de primeiro esses chás. (Entrevistado 24).

erva cidreira pra gripe também febre se você ta com uma dor de cabeça forte pega uma folha de erva cidreira e lavar a cabeça no outro dia você amanhece bem mesmo. (Entrevistado 3).

uma pessoa tossindo se bebesse no mesmo copo que aquela pessoa bebesse pegava igual e hoje é diabete é pressão alta qualquer coisa mas antes não tinha. (Entrevistado 23).

hoje mesmo eu estava mal tomei um chá com limão sal açúcar e vigare estava até com diarreia e melhorei tem a imburana a imburana é isso você tá sentindo uma dor no estômago uma dor qualquer você não pode arrotar. (Entrevistado 23).

A hipertensão arterial é uma condição médica de prevalência global crescente, afetando cerca de 1,13 bilhões de pessoas e representando um grave problema de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). No Brasil, aproximadamente 25% da

população geral é acometida por essa condição, com taxas ainda mais elevadas observadas nas comunidades quilombolas. Estudos revelam que a prevalência média de hipertensão arterial nessas comunidades é de 32,1%, significativamente superior à taxa nacional de 23,9% (BORGES; KIMURA, 2023). Esta disparidade ressalta a necessidade urgente de estratégias de saúde específicas e adaptadas às características e desafios enfrentados por essas populações marginalizadas.

As comunidades quilombolas enfrentam desafios únicos relacionados ao acesso a cuidados médicos e às condições socioeconômicas, fatores que contribuem para a elevada prevalência de hipertensão arterial (BORGES; KIMURA., 2023). O isolamento geográfico e a limitação de recursos são aspectos que agravam a situação, evidenciando a inadequação das políticas públicas atuais, como o Programa Brasil Quilombola e a Estratégia de Saúde da Família, que não têm se mostrado totalmente eficazes em atender às necessidades específicas dessas populações (CRUZ, 2022). A falta de avanços significativos nas condições de saúde dessas comunidades sugere a necessidade de políticas mais direcionadas e adaptativas.

A eficácia das políticas públicas existentes é frequentemente comprometida pela falta de implementação prática e de adequação às realidades locais. Apesar dos esforços teóricos dos programas de saúde, como o Programa Nacional de Saúde Integral da População Negra, as comunidades quilombolas continuam a enfrentar uma carência significativa de serviços adequados (MENDES; REIBEIRO; SANTOS, 2023). Essa situação destaca a necessidade de uma abordagem mais eficaz e ajustada às condições locais para melhorar o atendimento e o manejo da hipertensão arterial

Os relatos de pessoas idosas quilombolas sobre o uso de plantas medicinais, oferecem uma perspectiva valiosa para complementar os cuidados de saúde modernos. Os entrevistados relatam o uso de mastruz, erva cidreira e limão em chás para tratar diversas condições, incluindo hipertensão e problemas digestivos. Esses testemunhos não apenas refletem um conhecimento ancestral valioso, mas também sugerem possíveis áreas para integração com práticas médicas convencionais, promovendo um cuidado mais holístico e culturalmente sensível.

Integrar práticas tradicionais de cuidado com as abordagens modernas pode enriquecer o manejo da hipertensão nas comunidades quilombolas. Os relatos das pessoas idosas indicam que o uso de plantas medicinais, como chás de limão e mastruz, pode ser eficaz no tratamento de condições de saúde, oferecendo ideias importantes para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias de saúde. Incorporar esses conhecimentos locais pode não apenas valorizar práticas tradicionais, mas também criar um sistema de saúde mais inclusivo e adaptado

às necessidades específicas das comunidades quilombolas (MARQUES; SZWARCWALD; PIRES, 2000).

A memória não é apenas um registro do passado, mas um processo ativo de criação e ressignificação (DIDI-HUBERMAN, 2009). Essa visão aplica-se às práticas de uso de plantas medicinais nas comunidades quilombolas. Os relatos das pessoas idosas sobre o uso de mastruz, limão e erva cidreira mostram um conhecimento acumulado e constantemente reinterpretado para atender às condições de saúde individuais e às mudanças ambientais. A utilização de mastruz para problemas de próstata e colesterol exemplifica a eficácia terapêutica e a flexibilidade dessas práticas, enquanto o uso de chás de limão para gripe ilustra a continuidade e adaptação dessas práticas ao longo do tempo.

A prática de utilizar erva cidreira para febres e dores de cabeça intensas, por exemplo, não apenas responde a necessidades de saúde imediatas, mas também perpetua uma relação de respeito e dependência mútua entre a comunidade e seu ambiente natural, reforçando assim um ciclo de conhecimento ecológico que é tanto dinâmico quanto adaptativo às mudanças ambientais e sociais.

Portanto, os relatos das pessoas idosas quilombolas sobre o uso das plantas medicinais, não apenas confirmam a dinâmica e a adaptabilidade dessas práticas ao longo do tempo, mas também destacam seu papel fundamental na preservação da saúde comunitária e na sustentabilidade ambiental, proporcionando uma base sólida para a continuidade e a renovação do conhecimento tradicional.

Também foi evidenciado que o uso das plantas medicinais é transmitido de geração em geração entre as pessoas idosas quilombolas, isso ressalta não apenas a continuidade do conhecimento tradicional, mas também a sua vitalidade e relevância contínuas dentro das comunidades. Esse processo de transmissão oral não se limita apenas à passagem de informações sobre as propriedades e usos das plantas, mas também incorpora narrativas familiares, histórias de cura e práticas rituais que contextualizam e dão significado ao conhecimento medicinal.

eu ensino essas coisas para a minha filha eu já usei folha santa para o estômago para isso você pisa a planta e coloca na água e deixa por um tempo caso esteja com o estômago ruim. (Entrevistado 30).

A continuidade do uso das plantas medicinais entre as pessoas idosas quilombolas destaca a vitalidade e a relevância contínuas desse conhecimento tradicional. Esse processo de transmissão oral vai além da simples passagem de informações sobre as propriedades e usos

das plantas. Ele incorpora narrativas familiares, histórias de cura e práticas rituais que contextualizam e dão significado ao conhecimento medicinal. Halbwachs argumenta que:

Uma lembrança, qualquer que seja sua natureza, só é verdadeiramente concebida quando se insere nos quadros sociais que a sustentam. Esses quadros são formados pelas ideias e imagens comuns aos membros de um mesmo grupo, às quais eles recorrem para localizar e reconhecer suas lembranças. Na verdade, a memória individual é um ponto de encontro onde se cruzam as memórias coletivas, e cada indivíduo, ao recordar, reencontra-se com o grupo ao qual pertence, pois é este grupo que fornece os quadros dentro dos quais as lembranças se organizam. É por isso que, ao recordar, o indivíduo está, na realidade, revivendo não apenas um episódio pessoal, mas também um fragmento da história do grupo. (HALBWACHS, 2006, p. 35).

Essa citação de Halbwachs destaca como a memória coletiva é sustentada por quadros sociais, que fornecem os contextos necessários para a evocação e a transmissão das memórias. No caso das comunidades quilombolas, o conhecimento sobre as plantas medicinais é transmitido através de práticas sociais que envolvem a partilha de saberes e a comunicação intergeracional. Essas práticas de transmissão de conhecimento são uma manifestação da memória coletiva em ação. Elas demonstram como os saberes medicinais são integrados nas atividades diárias e como as narrativas de cura e as práticas rituais reforçam e mantêm viva a memória coletiva da comunidade.

A passagem desses conhecimentos de geração em geração não apenas preserva as tradições culturais, mas também fortalece a identidade e a coesão social do grupo. Além disso, a memória coletiva desempenha uma importante função na adaptação e na resiliência das práticas medicinais. As histórias de cura e as práticas rituais que acompanham o uso das plantas medicinais contextualizam e dão significado a essas práticas, permitindo que elas se ajustem às necessidades contemporâneas de saúde e às mudanças ambientais. Isso é evidente na maneira como os quilombolas utilizam diferentes plantas para tratar uma variedade de condições de saúde, adaptando os métodos de preparo e os contextos de uso conforme necessário.

A análise dos resultados mostra que o uso de plantas medicinais entre as comunidades quilombolas transcende práticas de cura e se configura como uma manifestação dinâmica da memória coletiva. Essas tradições refletem e reforçam a identidade cultural e social do grupo, demonstrando como a memória coletiva é fundamental para a manutenção e transmissão dos saberes ancestrais. A continuidade dessas práticas tradicionais sublinha a relevância da memória coletiva na preservação de conhecimentos e tradições culturais, garantindo a vitalidade e a coesão das comunidades quilombolas ao longo do tempo.

#### Classe 4. Impacto da alimentação moderna na saúde quilombola

A alimentação moderna e suas implicações para a saúde das comunidades quilombolas emerge como uma questão crítica, revelando a interseção entre práticas alimentares, memórias coletivas e representações sociais. A Classe 4, que compreende 15,85% (f = 31 ST) do corpus total analisado, é composta por um conjunto de palavras que reflete as preocupações dos quilombolas em relação à alimentação moderna e seus efeitos na saúde. Entre as palavras mais significativas estão “Comer” ( $\chi^2 = 81,14$ ), “Carne” ( $\chi^2 = 41,21$ ), “Galinha” ( $\chi^2 = 35,91$ ), “Porco” ( $\chi^2 = 30,61$ ), “Veneno” ( $\chi^2 = 29,8$ ), “Saudável” ( $\chi^2 = 20,18$ ), “Alimentação” ( $\chi^2 = 20,18$ ), “Grande” ( $\chi^2 = 19,57$ ), “Gordura” ( $\chi^2 = 15,05$ ), “Aplicar” ( $\chi^2 = 15,05$ ), “Vacina” ( $\chi^2 = 14,63$ ), “Mata” ( $\chi^2 = 14,63$ ), “Tomate” ( $\chi^2 = 9,87$ ), “Causa” ( $\chi^2 = 9,87$ ), “Ano” ( $\chi^2 = 8,43$ ), “Alimento” ( $\chi^2 = 6,83$ ), “Plantar” ( $\chi^2 = 6,56$ ), “Cheiro” ( $\chi^2 = 5,4$ ), “Quintal” ( $\chi^2 = 5,4$ ) e “Criar” ( $\chi^2 = 5,4$ ).

A percepção das pessoas idosas quilombolas sobre a alimentação moderna, revela uma profunda preocupação com a qualidade dos alimentos consumidos atualmente. As referências frequentes a termos como "veneno", "agrotóxicos" e "vacinas", evidenciam uma desconfiança em relação aos métodos contemporâneos de produção alimentar, associando-os diretamente ao aumento de doenças. Essa percepção é consistente com estudos que destacam os impactos negativos dos agrotóxicos na saúde humana, contribuindo para uma maior incidência de doenças crônicas e outros problemas de saúde (PERES; MOREIRA, 2003).

A alimentação tradicional das comunidades quilombolas é uma expressão viva e contínua da memória coletiva, onde os alimentos e as práticas agrícolas transmitidos ao longo das gerações, são constantemente recordados e valorizados. Halbwachs (2006) destaca que a memória coletiva não é estática, mas sim um processo dinâmico de reconstrução contínua que se adapta às necessidades presentes do grupo:

A memória coletiva se reconstrói continuamente, conforme as necessidades presentes do grupo. Isto significa que, ao contrário da memória individual, que pode ser subjetiva e muitas vezes fragmentada, a memória coletiva tende a ser mais estável e coerente, precisamente porque é compartilhada e validada por um grupo. Ela se adapta às mudanças sociais e culturais, mas mantém um núcleo de lembranças que servem para reforçar a identidade do grupo. Esta identidade é construída a partir de elementos selecionados do passado, que são reinterpretados e ressignificados conforme as circunstâncias presentes. Assim, a memória coletiva não é uma mera repetição do passado, mas uma construção dinâmica que responde às necessidades e interesses do grupo no presente. (HALBWACHS, 2006, p. 49).

No contexto quilombola, essa reconstrução dinâmica da memória coletiva é evidente nas falas das pessoas idosas, que comparam o passado de uma alimentação saudável e natural com o presente, marcado por preocupações com alimentos contaminados e processados. As narrativas sobre o passado não apenas destacam a qualidade e a pureza dos alimentos tradicionais cultivados pelas comunidades, mas também sublinham uma conexão profunda entre a alimentação e a saúde física e espiritual.

Para as comunidades quilombolas, os alimentos tradicionais não são apenas uma fonte de nutrição, mas também um símbolo de resistência cultural e um elo vital com suas raízes históricas. A preservação dessas práticas alimentares não apenas sustenta a saúde física dos indivíduos, mas também fortalece a coesão comunitária e a continuidade da identidade quilombola. Assim, ao valorizar e promover essas práticas, as comunidades não apenas preservam sua memória coletiva, mas também enfrentam os desafios contemporâneos com resiliência e orgulho em suas tradições ancestrais.

ter saúde hoje é quando a pessoa pode trabalhar na roça a doença acontece mais hoje que antigamente pois comemos muitas coisas envenenadas antigamente o povo vivia mais pois comiam muitas coisas saudáveis carne saudável e verdura saudável. (Entrevistado 4).

saúde é alimentar bem e trabalhar trabalhar é o amor do homem hoje tá todo mundo doente por causa da alimentação mas a alimentação antigamente saudável pois eu só comia o que plantava feijão aipim batata tudo da terra. (Entrevistado 2).

aqui na região era tudo cheio desse pé de capim açu uma planta armaga que o gado come quando o gado comia dessa planta você podia até comer a carne seca. (Entrevistado 28).

era mais saudável pois você comia o que plantava a comida de hoje você tem que controlar porque pode adoecer se a gente tiver fé alcança a vitória. (Entrevistado 6).

de longe você sentia o cheiro porque naquele tempo não tinha vacina aqui tinha o capim açu ainda tenho um pé alí quando cozinhava de longe você sentia o cheiro da carne. (Entrevistado 28).

Adicionalmente, Halbwachs (2006) afirma que as lembranças de um grupo social são moldadas pelas necessidades e pelos valores desse grupo. Ele destaca que as memórias individuais frequentemente se subordinam às coletivas, uma vez que os indivíduos tendem a recordar o que é relevante e significativo para o grupo ao qual pertencem. Este processo de lembrança coletiva é facilitado por rituais, tradições e outras práticas culturais que servem para preservar e transmitir a memória coletiva. Halbwachs argumenta que a memória coletiva não é

estática, mas está em constante evolução, à medida que o grupo se adapta a novas realidades e desafios. No entanto, ela também possui uma resistência inerente à mudança, pois desempenha um papel crucial na preservação da coesão e identidade do grupo:

As lembranças de um grupo social são moldadas pelas necessidades e pelos valores desse grupo. As memórias individuais são frequentemente subordinadas às coletivas, pois os indivíduos tendem a lembrar aquilo que é relevante e significativo para o grupo ao qual pertencem. Este processo de lembrança coletiva é facilitado por rituais, tradições e outras práticas culturais que servem para preservar e transmitir a memória coletiva. A memória coletiva, portanto, não é estática, mas está em constante evolução, à medida que o grupo se adapta a novas realidades e desafios. No entanto, ela também possui uma resistência inerente à mudança, pois serve para preservar a coesão e a identidade do grupo. (HALBWACHS, 2006, p. 67).

Esse olhar da memória coletiva é evidente nas práticas alimentares tradicionais, que são continuamente reafirmadas e reinterpretadas. As falas das pessoas idosas sobre a alimentação, refletem não apenas uma nostalgia pelo passado, mas uma conscientização profunda sobre a importância histórica e cultural dos alimentos cultivados e consumidos pela comunidade ao longo das gerações. Assim, ao valorizar e preservar suas práticas alimentares tradicionais, as comunidades quilombolas não apenas nutrem seus corpos, mas também preservam e fortalecem sua memória coletiva, enfrentando os desafios contemporâneos com resiliência cultural e identitária.

Essa valorização das práticas alimentares tradicionais e a crítica aos métodos modernos, se manifestam claramente na preocupação com a saúde, especialmente devido ao uso de agrotóxicos e vacinas em animais. A percepção de que os alimentos modernos podem ser prejudiciais à saúde, não apenas reflete uma preocupação individual, mas constitui uma representação social compartilhada que orienta as práticas alimentares e os discursos sobre saúde na comunidade quilombola. Segundo Moscovici (2009, p. 28):

As representações sociais são elaboradas e compartilhadas no interior de um grupo, servindo tanto para descrever como para prescrever comportamentos. Elas funcionam como uma forma de conhecimento social que se manifesta nas práticas cotidianas e nos discursos dos membros do grupo. Estas representações são dinâmicas, adaptando-se às mudanças no ambiente social e cultural, mas mantendo uma coerência interna que facilita a comunicação e a compreensão mútua entre os membros do grupo. Elas são fundamentais na construção da realidade social, pois moldam a percepção e a interpretação dos eventos e fenômenos, influenciando diretamente as atitudes e comportamentos individuais e coletivos.



As representações sociais dos quilombolas sobre os alimentos antigos, como mais saudáveis, são formas de resistência cultural e de reivindicação de uma identidade alimentar profundamente enraizada em sua história e experiência coletiva. Essas representações não apenas refletem uma preferência por práticas alimentares tradicionais, mas também funcionam como um conhecimento prático, que orienta a comunicação e a compreensão do ambiente social, material e ideal. Denise Jodelet (2001) complementa essa perspectiva, ao discutir que as representações sociais não são simples reflexos da realidade, mas são construções ativas que participam na interpretação e na moldagem dessa realidade:

As representações sociais são formas de conhecimento prático, orientadas para a comunicação e a compreensão do ambiente social, material e ideal. Elas se formam a partir da interação entre os membros do grupo e se expressam nas práticas e discursos cotidianos. Estas representações não são apenas reflexos da realidade, mas participam ativamente na construção e interpretação desta realidade, moldando as percepções e ações dos indivíduos. Elas desempenham um papel crucial na mediação entre o indivíduo e o mundo social, proporcionando uma estrutura para a interpretação dos eventos e experiências. Assim, as representações sociais são tanto produtos quanto produtores do conhecimento social, refletindo e influenciando os valores, crenças e práticas do grupo. (JODELET, 2001, p. 36).

As representações sociais sobre alimentos antigos como mais saudáveis não apenas reafirmam a importância da preservação cultural e da autonomia alimentar, mas também contribuem para a construção de uma identidade coletiva resiliente frente às mudanças sociais e ambientais. Essas representações não só guiam as escolhas alimentares individuais e coletivas, mas também servem como um meio de resistência cultural contra práticas que são percebidas como ameaçadoras à saúde e à integridade cultural das comunidades quilombolas.

A idealização dos alimentos tradicionais, e, a crítica aos alimentos modernos entre os quilombolas não apenas refletem uma preferência por práticas agrícolas auto-suficientes e a valorização da sabedoria ancestral, mas também, expressam uma resistência cultural contra uma modernidade percebida como imposta e potencialmente danosa. Essa dinâmica é fundamental para a construção e manutenção de uma identidade coletiva resiliente. Denise Jodelet (2001) destaca que as representações sociais desempenham um papel fundamental nesse processo:

As representações sociais têm um papel crucial na construção e manutenção das identidades sociais. Elas fornecem um quadro de referência que ajuda os indivíduos a situarem-se no mundo e a entenderem seu lugar dentro do grupo. Estas representações são particularmente importantes em contextos de mudança social, onde servem como ancoragem para a identidade e coesão do grupo. Elas não são estáticas, mas evoluem juntamente com as transformações sociais, refletindo e influenciando as novas realidades e desafios enfrentados

pelo grupo. Assim, as representações sociais são um elemento central na dinâmica de continuidade e mudança das identidades sociais, proporcionando estabilidade e flexibilidade na interpretação e adaptação ao mundo social. (JODELET, 2001, p. 58).

As pessoas idosas quilombolas valorizam os alimentos tradicionais, não só como nutrição, mas como um elo com a terra e uma afirmação de autonomia diante de mudanças econômicas e ambientais. A crítica aos alimentos modernos, contaminados por agrotóxicos e geneticamente modificados, reflete preocupações com a saúde e protege a identidade cultural quilombola contra influências externas que podem comprometer suas práticas e valores comunitários tradicionais. Assim, ao promover seus alimentos ancestrais, essas comunidades não só sustentam suas práticas agrícolas e dietéticas, mas também fortalecem sua resistência cultural frente à globalização e à modernidade.

Essas teorias ilustram como as práticas alimentares tradicionais não são apenas recordadas, mas também ativamente reconstruídas e valorizadas como superiores, em contraposição à alimentação moderna. Esse processo não só fortalece a identidade coletiva das comunidades quilombolas, mas também funciona como uma resistência cultural contra as mudanças impostas pela modernidade.

É importante ressaltar que os dados sobre Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), destacam que a insegurança alimentar nas comunidades quilombolas é exacerbada pela pobreza, marginalização social e acesso precário às políticas públicas. Esses fatores estruturais limitam não apenas o acesso físico aos alimentos, mas também a qualidade nutricional dos mesmos, perpetuando um ciclo de vulnerabilidade alimentar (FAO, 2014; IPEA, 2020).

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) emergem, como estratégias importantes, para melhorar a SAN nas comunidades quilombolas, promovendo não apenas a alimentação saudável, mas também a geração de renda através da agricultura familiar. Esses programas são reconhecidos por seu potencial em fortalecer as economias locais e preservar práticas alimentares tradicionais, essenciais para a saúde e identidade cultural das comunidades (FNDE, 2019; SILVA, 2018).

Portanto, a interseção desses resultados indica que garantir a SAN nas comunidades quilombolas requer uma abordagem holística, que não apenas considere aspectos nutricionais e de acesso físico aos alimentos, mas também aborde as causas estruturais da insegurança alimentar. Isso inclui políticas públicas que promovam a soberania alimentar, respeitem as tradições culturais e enfrentem as desigualdades socioeconômicas históricas (FAO, 2014; IPEA, 2020).

### Classe 5. Sabedoria no uso das ervas: tratamentos naturais para tratar doenças

Esta classe absorve 20,65% (f = 38 ST) do corpus total analisado, e é composta por palavras como “Capim” ( $\chi^2 = 64,03$ ); “Lapa” ( $\chi^2 = 48,21$ ); “Cidreira” ( $\chi^2 = 44,91$ ); “Pressão” ( $\chi^2 = 39,73$ ); “Erva” ( $\chi^2 = 39,17$ ); “Chá” ( $\chi^2 = 34,13$ ), “Café” ( $\chi^2 = 23,83$ ); “Servir” ( $\chi^2 = 22,81$ ); “Seriguela” ( $\chi^2 = 19,75$ ); “Dormir” ( $\chi^2 = 15,71$ ); “Maracujá” ( $\chi^2 = 15,71$ ); “Ciriguela” ( $\chi^2 = 15,71$ ); “Santo” ( $\chi^2 = 15,43$ ); “Hortelãzinha” ( $\chi^2 = 11,45$ ); “Igreja” ( $\chi^2 = 11,45$ ); “Controlar” ( $\chi^2 = 11,05$ ); “Beber” ( $\chi^2 = 9,62$ ); “Casca” ( $\chi^2 = 7,37$ ); “Baixar” ( $\chi^2 = 7,37$ ); “e Avô” ( $\chi^2 = 4,49$ ).

Ao analisar os dados sobre o uso de plantas medicinais entre as pessoas idosas quilombolas, observa-se que esses conhecimentos são parte integrante da memória coletiva dessas comunidades. O uso predominante de termos como "Erva Cidreira", "Capim Santo" e "Seriguela", não só reflete a frequência de uso dessas plantas, mas também sua importância dentro do repertório medicinal tradicional. Isso revela uma adaptação precisa às necessidades de saúde, comuns entre as pessoas idosas quilombolas, que é transmitida através das gerações e mantida viva nas práticas cotidianas. Halbwachs (2006) destaca que as lembranças se situam em quadros sociais, e é através desses quadros que as pessoas organizam e interpretam suas experiências.

O "Capim Santo" e a "Seriguela" são mencionados repetidamente para o controle da pressão alta, enquanto a "Erva Cidreira" é valorizada, tanto como analgésico para dor de cabeça, quanto como calmante. Esses usos são corroborados por relatos detalhados dos participantes, que descrevem métodos específicos de preparo, como a fervura das folhas lavadas, enfatizando a importância da pureza e da preparação correta das plantas para a eficácia do tratamento.

eu sou evangélica quando a gente tá triste a gente vai pra igreja e volta melhor chá da erva cidreira capim santo para dor e cabeça ciriguela pra pressão alta eu coloco a folha para ferver bem lavada. (Entrevistado 1).

a gente quando tá doente faz um chá chá da erva cidreira capim santo para dor de cabeça seriguela pra pressão alta eu coloco a folha para ferver lavo bem lavadinho e fervero. (Entrevistado 27).

aí abriu uma igreja aqui no pedaço de terra da nossa família e está até hoje graças a deus eu uso erva cidreira capim santo para dormir para a pressão uso chá de maracujá. (Entrevistado 7).

tenho pezinho de acerola de romã o chá do capim da lapa com erva cidreira e maracujina é relaxante pra dormir para controlar a pressão pra baixar a febre tem que ter o limão eu cozinho com gengibre cebola vermelha. (Entrevistado 13).

tudo me apego com eles e isso me ajuda a ter saúde eu uso capim da lapa erva cidreira hortelãzinha a erva cidreira serve para dor de cabeça calmante o capim da lapa serve para dormir. (Entrevistado 3).

Estes relatos demonstram como as práticas religiosas e de saúde se entrelaçam, formando um quadro social que sustenta a memória coletiva da comunidade. Segundo Halbwachs (2006), a memória coletiva é, em grande parte, sustentada por tradições, rituais e práticas sociais que fornecem uma estrutura para a recordação. A ênfase na preparação correta das plantas, como a lavagem e fervura, ressalta a importância dos métodos tradicionais, que são transmitidos oralmente e fazem parte da memória coletiva da comunidade. Halbwachs explica:

A memória coletiva é profundamente influenciada pelas práticas religiosas e rituais que são parte integrante da vida social de um grupo. Esses rituais e práticas não só desempenham um papel essencial na preservação da memória coletiva, mas também na sua formação e estruturação. Através da participação contínua em cerimônias e práticas religiosas, os indivíduos não apenas lembram eventos passados, mas também reforçam e perpetuam as tradições e valores compartilhados. Esses atos de repetição ritualística criam e mantêm quadros sociais que sustentam a memória coletiva ao integrar a experiência pessoal e coletiva em uma narrativa contínua. Assim, a memória coletiva é constantemente reatualizada e reforçada pela prática religiosa, que oferece uma estrutura para a recordação e a transmissão cultural das tradições e crenças. (HALBWACHS, 2006, p. 90).

Esta citação reflete a importância das práticas religiosas na formação e manutenção da memória coletiva, relacionando-se com a forma como as práticas tradicionais são transmitidas e reforçadas nas comunidades.

A pesquisa de Souza, Andrade e Andrade (2024) destaca a importância dos conhecimentos tradicionais sobre plantas medicinais na comunidade quilombola do Timbó, Garanhuns – Pernambuco, Brasil, ressaltando a relevância desses saberes no cuidado à saúde. Os resultados evidenciam que a principal forma de cuidado em saúde na comunidade é a utilização de plantas medicinais na atenção primária. Contudo, observa-se uma diminuição na transmissão desse conhecimento entre as gerações, e uma ausência de participação da equipe de saúde institucional na disseminação dessas informações.

A transmissão de conhecimento sobre o uso de plantas medicinais nas comunidades quilombolas, ilustra a tensão entre a continuidade e a transformação das práticas tradicionais ao longo do tempo. Ricoeur propõe que a memória é um processo dinâmico de reconstrução do passado no presente, essencial para a adaptação cultural e social (RICOEUR, 2004). Nas comunidades quilombolas, essa reconstrução é evidente na maneira como as técnicas de preparo das plantas são ajustadas para enfrentar novos desafios de saúde e contextos ambientais. O

estudo de Santos, Léda e Talgatti (2023) revela que, apesar das mudanças ambientais e sociais, o conhecimento etnomedicinal continua relevante, ajustando-se às necessidades contemporâneas sem perder sua essência.

Para Ricoeur (2004), a memória coletiva não é apenas um depósito passivo de eventos passados, mas um processo ativo de atribuição de significado social. Nas comunidades quilombolas, a prática de usar plantas medicinais vai além da simples cura física; ela incorpora valores culturais e sociais que são transmitidos através das gerações (RICOEUR, 2004). Essa dimensão simbólica da memória coletiva fortalece o tecido social das comunidades, promovendo uma conexão profunda com o passado e uma visão compartilhada do futuro.

Os relatos detalhados dos participantes sobre os métodos de preparo das plantas medicinais, como a fervura das folhas lavadas, enfatizam a importância da pureza e da preparação correta das plantas para a eficácia do tratamento. Isso está em consonância com a perspectiva de Moscovici sobre as representações sociais como sistemas de crenças que guiam as práticas cotidianas. As representações sociais são elaboradas através de um processo de ancoragem e objetivação, onde o desconhecido é tornado familiar ao ser associado a elementos já conhecidos e familiares (MOSCOVICI, 2012). A prática de fervura das folhas lavadas pode ser vista como uma ancoragem, onde o conhecimento tradicional é integrado às práticas diárias de cuidados de saúde.

Também é reforçado nas falas a importância dessas práticas na manutenção da saúde. As práticas tradicionais de uso de plantas medicinais estão profundamente enraizadas na memória coletiva dos quilombolas, servindo não apenas como tratamentos de saúde, mas também como elementos de identidade cultural e coesão social. Halbwachs (2006) considera que a memória coletiva é essencial para a sobrevivência e a coesão dos grupos sociais, pois fornece um sentido de continuidade e identidade.

A resistência cultural das comunidades quilombolas não se limita à preservação de práticas tradicionais, mas também abrange a resistência contra formas de opressão e marginalização históricas. Halbwachs sugere que a memória coletiva não é apenas uma reconstrução do passado, mas também uma forma de resistência contra narrativas dominantes que tentam apagar ou distorcer experiências históricas (HALBWACHS, 1990). Ao transmitir conhecimentos sobre plantas medicinais, essas comunidades afirmam sua identidade cultural e reivindicam seu espaço histórico, como afirma Halbwachs (1990, p. 85):

A memória coletiva é o meio pelo qual uma sociedade se reconcilia com o seu passado e se afirma contra as pressões da mudança. Ela não apenas preserva

as experiências do passado, mas também funciona como um mecanismo de resistência contra as tentativas de reescrever a história de maneira que apague a identidade e as vivências de grupos marginalizados. Assim, a memória coletiva age como uma forma de contestação e afirmação identitária, onde os grupos sociais buscam manter e afirmar suas próprias narrativas frente aos discursos hegemônicos que visam a sua homogeneização e invisibilização.

Além da aplicação medicinal, as plantas são integradas a práticas religiosas, como frequentar igrejas para aliviar tristeza ou melhorar o bem-estar emocional. Esta interação entre práticas religiosas e o uso de plantas medicinais sugere uma visão holística da saúde, onde elementos físicos, emocionais e espirituais estão entrelaçados. Essa abordagem holística não só fortalece o papel das plantas medicinais na manutenção da saúde, mas também ressalta a importância das práticas culturais e espirituais na promoção do bem-estar geral dos indivíduos e da comunidade como um todo. Os relatos demonstram como as práticas religiosas e de saúde se entrelaçam, formando um quadro social que sustenta a memória coletiva da comunidade.

eu bebo chá de erva cidreira capim da lapa ou canela de manhã cedo eu não sei para que são esses chás mas eu bebo porque eu não tomo café erva cidreira é bom para gripe. (Entrevistado 20).

para ajudar no tratamento do câncer e nas dores que tenho de vez em quando tomo um chá que eu mesmo faço com as plantas que tem lá em casa ciriguela jambo erva cidreira e capim santo. (Entrevistado 12).

aqui na minha casa eu só tenho erva doce capim da lapa e erva cidreira eu tinha folha santa mas morreu o pezinho a folha santa é muito bom para dor de ouvido. (Entrevistado 18).

meu primeiro parto foi o da minha prima fiz tudo que minha mãe me ensinou desse jeito eu fui aprendendo e já fiz tantos partos que eu já perdi as contas tem filho de todo jeito nesse mundo de meu deus. (Entrevistado 01).

minha mãe aprendeu com minha vó e eu aprendi com minha mãe minha vó também era rezadeira passou para minha mãe e minha mãe passou pra mim. (Entrevistado 02).

A transmissão de conhecimento sobre o uso das plantas segue uma linha familiar, evidenciada pelos relatos de aprendizado através das gerações. O ensinamento das práticas de uso das plantas pelos avós e mães aos filhos e netos não só perpetua tradições, mas também reforça a confiança na eficácia e segurança desses métodos terapêuticos. Esse processo de transmissão oral e prática do conhecimento, ressalta a resiliência cultural das comunidades quilombolas e sua capacidade de adaptação às mudanças ao longo do tempo, mantendo vivas suas práticas tradicionais.

A memória coletiva desempenha um papel fundamental na construção e manutenção da identidade quilombola. Bergson (1911) argumenta que a memória não é apenas um registro do passado, mas um meio pelo qual uma comunidade define a si mesma no presente (BERGSON, 1911). Nas práticas de uso de plantas medicinais

vemos essa definição em ação, onde as histórias e técnicas transmitidas ajudam a preservar uma identidade distintamente quilombola em um contexto social mais amplo, como afirma Bergson:

A memória é, ao mesmo tempo, uma forma de experiência e um meio de reconstrução do passado. É através da memória que não apenas retemos os eventos passados, mas também os integramos ao nosso presente, formando uma continuidade que é essencial para a construção da identidade. Assim, a memória não funciona apenas como um registro, mas como um agente ativo que molda nossa percepção do presente e define quem somos. Este processo de reconstrução contínua permite que uma comunidade mantenha e refine sua identidade ao longo do tempo, afirmando-se através de práticas e tradições que são constantemente reatualizadas e reinterpretadas à luz das necessidades e desafios contemporâneos. (BERGSON, 1911, p. 58).

Essa citação destaca como a memória não apenas retém o passado, mas também participa ativamente da construção e definição da identidade no presente, o que é essencial para entender a preservação da identidade quilombola através de suas práticas de uso de plantas medicinais. A descrição detalhada dos processos de preparo, como lavagem minuciosa das folhas e combinações específicas de ingredientes, sublinha a precisão e o conhecimento prático envolvidos no uso das plantas. Essa riqueza de detalhes não apenas valida a autenticidade das práticas descritas, mas também enriquece o entendimento acadêmico sobre a aplicação das plantas medicinais dentro de um contexto cultural específico (PINHEIRO et al., 2024).

Os resultados também revelam uma adaptação das práticas tradicionais às necessidades contemporâneas de saúde, como o uso das plantas no tratamento de condições específicas como pressão alta, insônia, dores de cabeça e problemas gastrointestinais. Essa adaptação sugere uma capacidade contínua das comunidades quilombolas de integrar conhecimentos tradicionais com novas demandas e desafios de saúde, demonstrando uma resiliência cultural e uma capacidade de inovação que são fundamentais para a sustentabilidade dessas práticas ao longo do tempo.

Halbwachs propõe que a memória coletiva é estruturada pela temporalidade social, onde o passado é constantemente reinterpretado à luz das necessidades do presente (HALBWACHS, 1990). Nas comunidades quilombolas, a temporalidade da memória é evidente na maneira como os conhecimentos sobre plantas medicinais são transmitidos de acordo com as estações do ano, as mudanças ambientais e as necessidades de saúde emergentes. Essa adaptação temporal não

apenas mantém vivas as tradições, mas também as torna relevantes e eficazes ao longo das gerações.

eu uso artemijo para dor de cabeça boldo para desarranjo da barriga e hortelãzinha miúdo também para barriga tem também o capim de aruanda que a gente usa para tomar banho o banho de capim de aruanda serve para aliviar o corpo é muito cheiroso não precisa nem usar perfume. (Entrevistado 22).

se você tiver com a pressão ruim e tonto você pode fazer um chá de siriquela para beber o chá de nós moscada caso você esteja com a barriga ruim você pode beber. (Entrevistado 16).

.porque os gases também mata a gente bebo chá de erva cidreira para estômago também aqui eu boto limão para cozinhar erva cidreira seriguela para abaixara pressão também tem goiaba para dor de barriga um bom remédio. (Entrevistado 10)

Ricoeur (2004) propõe uma ética da memória que enfatiza o cuidado com o passado, garantindo que as histórias e experiências compartilhadas não sejam esquecidas ou distorcidas (RICOEUR, 2004). Nas comunidades quilombolas, essa ética se manifesta na transmissão precisa e respeitosa dos conhecimentos sobre plantas medicinais, onde cada detalhe do processo de preparo é valorizado como parte de uma herança cultural mais ampla. A citação abaixo reflete o compromisso de Ricoeur com a preservação ética da memória, o que é fundamental para entender a importância da transmissão respeitosa dos conhecimentos nas comunidades quilombolas.

A memória não é apenas a capacidade de reter e recordar eventos passados; ela é também um compromisso ético com a verdade e com a integridade das experiências vividas. Manter a memória é, portanto, um ato de preservação que exige um respeito profundo pelo passado, garantindo que as narrativas e as tradições não sejam apenas lembradas, mas corretamente representadas e transmitidas. Essa ética da memória nos impõe a responsabilidade de assegurar que as histórias e as experiências não sejam distorcidas ou esquecidas, e que o legado cultural e histórico seja passado com precisão e respeito. Assim, cada detalhe da tradição, como os conhecimentos sobre plantas medicinais nas comunidades quilombolas, é valorizado e preservado como parte de uma herança cultural maior, que contribui para a identidade e continuidade dessas comunidades. (RICOEUR, 2004, p. 120).

A transmissão de conhecimento sobre o uso das plantas medicinais nas comunidades quilombolas segue uma linha familiar, onde o saber é passado de geração em geração. Gomes; Oliveira e Silva (2024) destaca que essa transmissão ocorre principalmente entre avós, mães, filhos e netos, perpetuando tradições e reforçando a confiança na eficácia desses métodos



terapêuticos. Este processo de transmissão oral e prática sublinha a resiliência cultural das comunidades e sua capacidade de adaptação ao longo do tempo.

A memória coletiva não é imune a controvérsias e conflitos internos dentro das comunidades. Halbwachs observa que as diferentes versões da história podem coexistir dentro de um grupo, refletindo tensões e negociações constantes sobre a identidade e o legado (HALBWACHS, 1990). Nas comunidades quilombolas, a transmissão de conhecimentos sobre plantas medicinais pode envolver debates sobre métodos de preparo, eficácia terapêutica e a integração de novas práticas médicas.

A pesquisa de Moreira (2024) investiga o uso de plantas medicinais e práticas de benzeção no território Kalunga, destacando o papel predominante das mulheres quilombolas como guardiãs desses saberes. Em uma abordagem qualitativa, o estudo revela que essas práticas não apenas oferecem alívio para as enfermidades enfrentadas pela comunidade, mas também são fundamentais para a resistência cultural contra as estruturas de saúde dominantes, muitas vezes inacessíveis aos quilombolas devido à distância e infraestrutura limitada.

A confiança nas práticas de cura realizadas pelas matriarcas Kalunga é demonstrada pela recusa de tratamentos médicos convencionais em favor das garrafadas, infusões e benzeções (MOREIRA, 2024). Isso ecoa a desconfiança histórica nas intervenções sanitárias impostas, conforme discutido por Quijano (2005), destacando a resistência cultural e a preferência por métodos tradicionais de cura que são valorizados dentro da comunidade quilombola.

Ricoeur sugere que a memória coletiva é fundamental para a continuidade cultural, mas também deve ser capaz de evoluir e adaptar-se às mudanças sociais e ambientais (RICOEUR, 2004). Nas comunidades quilombolas, isso significa não apenas preservar as práticas tradicionais de uso de plantas medicinais, mas também integrar novos conhecimentos e tecnologias para enfrentar desafios futuros de saúde e sustentabilidade. Gomes; Oliveira e Silva (2024) evidenciam que as práticas de cuidado em saúde são fortemente influenciadas pelo conhecimento tradicional, refletindo uma continuidade cultural.

A associação das plantas medicinais com práticas religiosas e espirituais indica uma visão integrada da saúde, que vai além do físico, enfatizando a importância do equilíbrio emocional e espiritual para o bem-estar geral. Essa interconexão entre corpo, mente e espírito não só enriquece as práticas de saúde das comunidades quilombolas, mas também oferece uma perspectiva valiosa para os profissionais de saúde e pesquisadores interessados em abordagens integrativas e culturais para o cuidado de saúde. Conforme Moscovici (2012) a função das representações sociais é transformar algo estranho e perturbador em algo familiar e

significativo. A prática de ferver as folhas e a associação com o alívio espiritual através da religião exemplifica essa transformação, como afirma Moscovici:

O papel das representações sociais é essencialmente de transformar o que é novo, desconhecido ou perturbador em algo que se encaixa nos esquemas de conhecimento e compreensão da vida cotidiana. Elas são um meio pelo qual os indivíduos e grupos sociais reinterpretam o novo em termos do que já conhecem, criando uma rede de significados que tornam as práticas e os conceitos mais aceitáveis e compreensíveis. Assim, ao associar plantas medicinais com práticas espirituais, as comunidades integram esses elementos dentro de suas crenças e práticas culturais, proporcionando uma compreensão mais rica e coesa do seu uso e significado no contexto de saúde e bem-estar. (MOSCOVICI, 2012, p. 45).

A memória não é apenas um fenômeno individual ou estático, mas um processo social e culturalmente enraizado, que molda a identidade e sustenta a resiliência dessas comunidades ao longo do tempo. Através da transmissão de conhecimentos e da adaptação contínua, as comunidades quilombolas não apenas preservam suas tradições, mas também fortalecem sua capacidade de enfrentar os desafios do presente e do futuro, com base em uma rica herança cultural compartilhada.

O estudo realizado na comunidade quilombola de Thiagos, em Ribeirão do Largo - BA, demonstrou a relevância do uso de plantas medicinais entre os moradores, evidenciando a preservação dos saberes populares transmitidos ao longo de gerações. Com base nos dados coletados, 25 plantas foram identificadas como amplamente utilizadas pela população, com destaque para *Melissa officinalis*, *Pimpinella anisum* e *Plectranthus barbatus*. Essas plantas são frequentemente empregadas no tratamento de problemas gastrointestinais e dores de cabeça, e, todos os participantes do estudo relataram melhorias significativas em suas condições de saúde ao utilizá-las. Esse resultado reforça não apenas a eficácia terapêutica dessas plantas, mas também a confiança e a preferência dos moradores por métodos naturais de tratamento, destacando a importância de integrar conhecimentos tradicionais com práticas de saúde contemporâneas para benefício comunitário (MOREIRA; OLIVEIRA, 2022).

Existe uma necessidade de ampliar as pesquisas sobre o cuidado em saúde e a utilização de plantas medicinais na perspectiva de garantir valorização, manutenção e assistência integral e acolhedora a estas comunidades por parte dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). A valorização e o reconhecimento desses saberes e sua inter-relação com o meio ambiente podem fornecer estratégias de uso e manejo consciente, caracterizando assim o uso sustentável da biodiversidade local (SOUZA; ANDRADE; ANDRADE, 2024).

A pesquisa de Pinheiro et al. (2024) oferece uma visão abrangente sobre o uso de plantas medicinais em comunidades quilombolas, evidenciando a riqueza e a complexidade desses conhecimentos tradicionais. Os resultados desta revisão integrativa são importantes para o desenvolvimento de bioprodutos e ações de farmacovigilância, destacando a importância de estudos de validação e análise de toxicidade para garantir a segurança e a eficácia dessas práticas na Atenção Primária à Saúde (PINHEIRO et al., 2024).

No entanto, a pesquisa de Gomes; Oliveira e Silva (2024) destaca as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, que não se restringem apenas às distâncias geográficas, mas envolvem aspectos mais amplos da determinação social, como o racismo institucional. Essa perspectiva é fundamental para entender as iniquidades enfrentadas pelas comunidades quilombolas e a necessidade de intervenções políticas para mitigar essas desigualdades. As práticas de cuidado em saúde nas comunidades quilombolas, são instituídas pela população local através dos subsistemas popular, familiar e profissional. A integração desses subsistemas reflete uma abordagem holística do cuidado, onde o saber popular desempenha um papel fundamental na manutenção da saúde. (GOMES; OLIVEIRA; SILVA, 2024).

Em síntese, a análise dos dados revela não apenas a eficácia prática das plantas medicinais entre as pessoas idosas quilombolas, mas também sua significância cultural e espiritual dentro de suas comunidades. Esses resultados não só contribuem para o entendimento acadêmico das práticas de saúde tradicionais, mas também destacam a importância de valorizar e preservar o conhecimento ancestral em saúde para o bem-estar das comunidades quilombolas no Brasil.

## 7 CONCLUSÃO

A conclusão desta pesquisa aprofunda a reflexão sobre as memórias e as representações sociais das práticas populares de cuidado entre pessoas idosas quilombolas, revelando a complexidade e a riqueza cultural envolvidas nessas tradições. Ao explorar a maneira como essas memórias são mantidas e como as práticas populares de saúde são transmitidas através das gerações, foi possível perceber que o cuidado com a saúde entre essas comunidades transcende o campo biológico e envolve dimensões sociais, culturais e espirituais. Essas práticas, alicerçadas em saberes ancestrais, têm um papel fundamental na preservação da identidade quilombola e no fortalecimento das redes de solidariedade dentro da comunidade.

As práticas populares de cuidado, como o uso de plantas medicinais e a incorporação de crenças religiosas, não são apenas métodos terapêuticos, mas representam formas de resistência cultural frente às adversidades históricas vividas por essas comunidades. A pesquisa evidenciou que essas tradições se mantêm vivas através da memória coletiva, que não só preserva os saberes tradicionais, como também permite a sua adaptação aos desafios contemporâneos, como a urbanização, o avanço da medicina ocidental e a pressão para a assimilação cultural. O modo como as pessoas idosas quilombolas ressignificam esses desafios, integrando novas práticas ao seu repertório de cuidado sem abdicar de sua essência cultural, é um testemunho da resiliência e da força identitária dessas comunidades.

As representações sociais dessas práticas populares de cuidado estão imbricadas nas relações cotidianas e na vivência comunitária, refletindo um conceito de saúde que vai além do bem-estar físico. A saúde, para essas comunidades, é compreendida como um estado de equilíbrio que envolve o corpo, a mente, o espírito e a comunidade. A pesquisa revelou que a fé, o trabalho e a conexão com a terra são pilares essenciais nessa compreensão, reforçando a interdependência entre o indivíduo e o coletivo. A manutenção dessas práticas, portanto, não é apenas uma questão de escolha individual, mas uma responsabilidade compartilhada que fortalece a coesão comunitária e assegura a continuidade dos saberes tradicionais.

Ao analisar as memórias das pessoas idosas quilombolas sobre as práticas de cuidado, ficou claro que essas narrativas são carregadas de significados históricos e afetivos. Elas refletem as lutas por sobrevivência, o enfrentamento da exclusão social e o orgulho de manter vivas tradições que resistem ao tempo e às mudanças. A memória coletiva, nesse contexto, atua como guardiã dessas tradições e, ao mesmo tempo, como agente transformador, permitindo que essas práticas evoluam sem perder sua essência.

Por fim, a pesquisa reforça a importância de incluir essas práticas e saberes tradicionais nas políticas públicas de saúde. A valorização das práticas populares de cuidado não só fortalece a saúde das comunidades quilombolas, mas também promove a inclusão e o respeito à diversidade cultural no contexto mais amplo das políticas de saúde no Brasil. O reconhecimento oficial dessas práticas é um passo necessário para garantir que as comunidades quilombolas continuem a exercer sua autonomia sobre seus próprios corpos e modos de cuidar, preservando, assim, um patrimônio cultural inestimável.

Diante desses achados, futuras investigações poderão aprofundar o entendimento das transformações culturais que influenciam as práticas de cuidado e saúde nas comunidades quilombolas. Além disso, a investigação sobre a eficácia dessas práticas no cenário contemporâneo e sua integração com os sistemas de saúde convencionais pode contribuir para a construção de políticas mais inclusivas, respeitando a diversidade dos modos de cuidar e promovendo uma abordagem de saúde mais holística e culturalmente adequada.

## REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Ana Maria Salgado Pereira; OLIVEIRA, Daniel Castro. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB p. 27-49, 2000.
- ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais: Desenvolvimento teórico e aplicações em campos diversos. In: JODELET, Denise. (Ed.). **As Representações Sociais**. Editora UFMG, p. 27-64. 2001.
- AGYEMANG, Charles; ADDO, John; BHOPAL, Ranjit; AIKINS, Ade G.; STRONKS, Karien. Cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review. **Globalization and Health**, v. 5, p. 7, 11 ago. 2009.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. **Território usado e saúde** – respostas do sistema único de saúde à situação geográfica de metropolização em Campinas – SP. Orientadora: Profa. Dra. Maria Adélia Aparecida de Souza. 2006. São Paulo, 153 p, Dissertação (Mestrado em Geografia Humana). Programa de Pós-graduação em Geografia Humana da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2006.
- ALCÂNTARA, Alexandre de. Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla. Cristina. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.
- ALMEIDA, Claudio Bispo de; SANTOS, André Souza dos; BENEMERITA, Alba Alves Vilela; CASOTTI, Cezar Augusto. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. **Avances en Enfermería**, [s.l.], v. 37, n. 1, p. 92-103, 2019.
- AMORIM, Maise Mendonça; TOMAZI, Laize; SILVA, Robson Amaro Augusto da; GESTINARI, Raquel de Souza; FIGUEIREDO, Tiana Baqueiro. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. **Bioscience Journal (Online)**, v. 29, n. 4, p. 1049-1057, jul./ago. 2013.
- ARAGÃO, Janaina Alvarenga. **Acesso de saúde na atenção básica prestada aos quilombolas, Piauí**. Orientador: Dr. Ângelo José Gonçalves Bós, 2014. 102p. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica). Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2014.
- ARALDI, Marilani. **A Descoberta de Projetos de Vida: Contribuição do Projeto Idoso Empreendedor no Processo de Envelhecimento**. Orientadora: Profa. Dra. Eliete Cibele Cipriano Vaz 2008. 87f. Curso de Graduação em Serviço Social (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal de Santa Catarina SESC-Estreito. 2008.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: 70, 2015.
- BATISTA, Luís Eduardo, ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; PEREIRA, Julio Cesar Rodrigues. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 630–636, 2004.

- BATISTA, Luís Eduardo, MONTEIRO, Rosana Batista; MEDEIROS, Rogério Araujo. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 681–690, 2013.
- BEAUVOIR, Simone de. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BERGSON, Henri. L'intuition philosophique. In: BERGSON, Henri. **Œuvres**. Édition du Centenaire. Paris: PUF, [1911] 1959.
- BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. Concepções e movimentos em promoção da saúde para nortear práticas educativas. **J. Hum. Desenvolvimento de Crescimento**, São Paulo, v. 1, pág. 11-20, 2016.
- BEZERRA, Vanessa Moraes, ANDRADE, Amanda Cristina de Souza; CÉSAR, Cibele Comini. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1889–1902, 2013
- BORGES, Moema da Silva, SANTOS, Marília Borges Couto; PINHEIRO, Tiago Gomes. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.4, p.609–616, 2015
- BORGES, Vinicius Magalhães; KIMURA, Lilian. Panorama da hipertensão arterial nos quilombos do Brasil: uma revisão narrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33050, 2023.
- BOSI, Ecléa **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 5. ed. São Paulo: Cia das Letras, 1998.
- BRANDÃO, Maria Aparecida Ventura; SANTOS, Carlos Alberto Batista; ANDRADE, Wbaneide Martins de. Impactos das práticas culturais e religiosas sobre a biodiversidade em comunidades tradicionais do Semiárido brasileiro. **Interações (Campo Grande)**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. e2523889, 2024.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, maio, 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 54 p 2014.
- BRASIL, Silvânia Alves; TRAD, Leny Alves Bonfim. O movimento negro na construção da política nacional de saúde integral da população negra e sua relação com o estado brasileiro. In: BATISTA, Luis Eduardo; WERNECK, Jaqueline; LOPES, Fernando. (Org.). **Saúde da população negra**. Petrópolis, RJ: DP et Alii; Brasília, DF: ABPN, p. 70-97.2012.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União, Brasília, 21 nov. 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm). Acesso em: 28 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Disponível em <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Diário Oficial da União, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, Painel de Indicadores do SUS, v. 7, n. 10 81 p. abr. 2016.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola: **Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/b.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2024.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna, MARTINEZ-HEMÁEZ, Angel; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. **Itinerários terapêuticos**: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.11, p.4433–4442, 2011.

CAMARANO, Ana Amélia. **Estatuto do Idoso**: avanços com contradições. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013. (Texto para discussão). Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1279/1/TD\\_1840.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1279/1/TD_1840.pdf). Acesso em: 27 jul. 2024.

CAMARGO, Tereza Claudia de Andrade; TELLES, Silvio de Cassio Costa; SOUZA, Claudia Teresa Vieira de. A (re) invenção do cotidiano no envelhecimento pelas práticas corporais e integrativas: escolhas possíveis, responsabilização e autocuidado. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 367-380, Apr. 2018.

CARREIRA, Lígia.; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 791-801, 2002

CASTRO, Paula. Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em S. Moscovici. **Análise Social**, Lisboa, v. 37, 2002.

CESAR, Chester Luiz Galvão; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, p. S59–S70, 1996.



COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO E AÇÃO REGIONAL(CAR). **Projeto de Inclusão das Comunidades de Quilombo** - Planejamento Participativo Rural Sustentável 106 da Comunidade Quilombola de São Joaquim de Paulo. Vitória da Conquista – BA, dez, 2011.

COSTA, Caroline dos Santos, FLORES, Thaynã Ramos; WENDT, Andrea. Inequalities in multimorbidity among elderly: a population-based study in a city in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.11, p.e00040718, 2018.

CRUZ, A. P. **Saúde e desigualdades**: o caso das comunidades quilombolas. Rio de Janeiro: Editora Saúde e Cidadania, 2022.

CRUZ, Danielle Teles da; CAETANO, Vanusa Caiafa; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. out.-dez. 2010.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro, SILVA, Maria Rocineide Ferreira da; PULGA, Vanderleia Laodete. Educação Popular e Saúde nos processos formativos: desafios e perspectivas. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, p. e200152, 2020.

CRUZ, Perola. Liciane Baptista.; SAMPAIO, Sueli. Fátima. As práticas terapêuticas não convencionais nos serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista APS**, v. 19, n. 3, p. 483-494, 2016.

DAMAZIO, Schayra Minine, LIMA, Marcela de Souza; SOARES, Aparecida Rios. Intestinal parasites in a quilombola community of the Northern State of Espírito Santo, Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 55, n. 3, p. 179–183, 2013.

DARDENGO, Cassia. Figueiredo Rossi; MAFRA, Simone Caldas Tavares. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? **Revista de Ciências Humanas**, v.18, n. 2, 2019.

DIDI-HUBERMAN, Georges. **Ser crânio**: lugar, contato, pensamento, escultura. Belo Horizonte: C/Arte, 2009.

DOISE, William; CLÉMENCE, Alain; LORENZI-CIOLDI, Fabio. **Représentations sociales et analyses de données**. Grenoble: PUF, 1992.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ALIMENTAÇÃO E AGRICULTURA. [FAO]. 2014 Disponível em: <http://www.fao.org/home/en/>. Acesso em: 14 jul. 2024.

FARR, Robert M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (Org.). **Textos em representações sociais**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

FERREIRA, Jocelly de Araújo; CARNEIRO, Alana Dionízio; SOUZA, Priscilla Tereza Lopes de; LIMA, Nayda Babel Alves de. Práticas não convencionais em saúde por familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 9, n. 1, p. 200–207, 2017.

FERREIRA, João Paulo, LEESON, George; MELHADO, Vivian Ramos. Cartografias do Envelhecimento em contexto rural: notas sobre raça/etnia, gênero, classe e escolaridade. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.17, n.1, p.e0017612, 2019

FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO. [FNDE]. 2019. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/>. Acesso em: 14 jul. 2024.

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. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 12.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006

FREITAS, Daniel Antunes, CABALLERO, Antonio Diaz; MARQUES, Amaro Sérgio. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, v.13, n.5, p.937–943, 2011.

FREITAS, Dionísio Bellé de.; SILVA, Jasson de Miranda.; GALVÃO, Edna Ferreira Coelho A relação do lazer com a saúde em comunidades quilombolas de Santarém. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v.30, n.2, p.89-105, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, Karine de Oliveira, REIS, Edna Afonso; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.9, p.1829–1842, 2013.

GOMES, Rafael Fernandes, OLIVEIRA, Pâmela Scarlatt Durães; SILVA, Maria Luiza Oliveira. Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, p. e01602023, 2024.

GONÇALVES, Maria da Silva. Representações sociais e resistência cultural: um estudo nas comunidades quilombolas do Vale do Ribeira. **Psicologia & Sociedade**, e181016, v. 31, 2019.

GORENDER Jacob. **A escravidão reabilitada**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1991.

GOTTLIEB, Maria Gabriela Valle, SCHWANKE, Carla Helena Augustin; GOMES, Irênio. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.14, n.2, p.365–380, 2011.

GUERRERO, Ana Felisa Hurtado. **Situação Nutricional de Populações Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém, Pará – Brasil**. Orientador: Prof. Dr. Ricardo Ventura Santos, 2010. 145 f. Tese de doutorado (Doutorado em ciências na área de Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

HALBWACHS, Maurice. **A Memória Coletiva**. São Paulo, Centauro: 2006.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2013

HALBWACHS, M. **A memória social**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

HALBWACHS, Maurice. **Les cadres sociaux de la mémoire**. Edição eletrônica realizada por Jean-Marie Tremblay a partir da primeira edição de 1925. Coleção: As obras do Ano Sociológico; Biblioteca de Filosofia Contemporânea. 299 p. Paris: Félix Alcan, 1925.

HOBSBAWM, Eric J.; RANGER, Terence O. **The invention of tradition**. Cambridge: Cambridge University, 1983.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. [IBGE]. **Censo Demográfico 2022: Quilombolas - Primeiros resultados do universo**. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/minuto-censo-detalhes?view=mediaibge&id=5828>. Acesso em: 28 jul. 2024.

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, 2016. 138 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=298965>. Acesso em: 28 jul. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. [IBGE]. **Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101597.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. [IPEA]. 2020. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>. Acesso em: 14 jul. 2024.

JARDIM, Viviane Cristina Fonseca da Silva, VASCONCELOS, Eliane Maria Ribeiro de; VASCONCELOS, Célia Maria Ribeiro de. Contribuições da arteterapia para promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.23, n.4, p.e200173, 2020.

JODELET, Denise. (Ed.). **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989. p. 31-61. Trad. Tarso Bonilha Mazzotti. Rev. Téc. Alda Judith Alves-Mazzotti. UFRJ- Faculdade de Educação, 1993.

JODELET, Denise. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001

JODELET, Denise. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005

JODELET, Denise. Ciências sociais e representações: estudo dos fenômenos representativos e processos sociais, do local ao global. **Sociedade e Estado**, v. 33, n. 2, p. 423–442, 2018.

JODELET, Denise. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, Denise (org.). **Les représentations sociales**. Paris: Universitaires de France, p. 31-61, 1989.

KALACHE, Alexandre, SILVA, Alexandre da; GIACOMIN, Karla Cristina. Aging and inequalities: social protection policies for older adults resulting from the Covid-19 pandemic in Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.23, n.6, p.e200122, 2020.

KENNY, Mary. The Contours of Quilombola Identity in the Sertão. **Luso-Brazilian Review**, v. 50, p. 140-164, 2013.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.3, p.459–466, 2010

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 502–507, 2014.

LIMA, Maria do Rosário de Araújo, NUNES, Maria Luísa de Almeida; KLÜPPEL, Berta Lúcia Pinheiro. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.5, p.840–846, 2016.

LINDOSO, Dirceu. **A razão quilombola**: estudos em torno do conceito quilombola de nação etnográfica. Maceió: Edufal, 2011.

LINDOSO, Dirceu. **O poder quilombola**. Maceió: Edufal, 2007.

LOPES, Elisângela; PAIXÃO, Cassiane e SANTOS, Daniela. “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: Ciência e Profissão**. v. 39 (nspe), e222518, 85-100, 2019

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Rev. Cad Saúde Pública**, v.21, n.1, p.1595-601, 2005.

MACHADO, Ana Flavia, ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina. A relação entre estrutura ocupacional e acesso a plano de saúde no Brasil: uma análise para 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.4, p.758–768, 2012.

MARQUES, Aline Pinto, SZWARCOWALD, Célia Landmann; PIRES, Débora Castanheira. Fatores associados à hipertensão arterial: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2271–2282, 2020.

MARX, Karl. **O Capital**: Crítica da Economia Política. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

MCFEETERS, Sarah; PRONT, Leeanne; CUTHBERTSON, Leslie; KING, Lindy. Massage, a complementary therapy effectively promoting the health and well-being of older people in residential care settings: a review of the literature. **International Journal of Older People Nursing**, v. 11, n. 4, p. 266-283, 2016.

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 Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 7, n. 16, p. 168-189, 2015.

MENDES, Laila Kristina Lopes; RIBEIRO, Fabio Cantuária; SANTOS, Welliton Roque. Análise das políticas públicas relacionadas às comunidades quilombolas. **Contribuciones para las Ciencias Sociales**, v. 16, n. 8, p. 12216-12220, 2023.

MENDES, Márcia R.S.S. Barbosa, GUSMÃO, Josiane Lima de; FARO, Ana Cristina Mancussi e. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 422–426, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia.; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev bras. geriatr. Gerontol** Rio de Janeiro.,v.19, n.3, p.507-519, 2016.

MONTESPERELLI, Paolo. **Sociología de La Memória**. 1. ed. Buenos Aires: Nueva Vision, 192 p, 2004.

MOREIRA, Fabiane Ramos; OLIVEIRA, Franciêlda Queiroz. Levantamento de plantas medicinais e fitoterápicos utilizados na comunidade quilombola - Pontinha de Paraopeba, Minas Gerais, Brasil. **Revista de Fitoterapia**, v. 15, n. 2, p. 123-134, 2022.

MOREIRA, Jorgeanny de Fátima Rodrigues. Mulheres, geografia e saúde: plantas medicinais e benzeção como alternativas de cura no território Kalunga. **Boletim Goiano de Geografia**, v. 44, n. 1, Goiânia, 2024.

MOSCOVICI, Serge. Das Representações Coletivas às Representações Sociais: elementos para uma história. In. JODELET, Denise. (org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 3a.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, Serge. **A teoria das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MUCIDA, Ângela. **O Sujeito Não Envelhece: Envelhecimento e Subjetividade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

NASCIMENTO, Laura Branquinho do, CARNEIRO, Megmar Aparecida dos Santos; TELES, Sheila Araújo. Prevalência da infecção pelo HTLV-1, em remanescentes de quilombos no Brasil Central. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 6, p. 657–660, 2009.

NERI, Anita. Liberalesso. Teorias psicológicas do envelhecimento | Percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS, Elizabete Viana; PY, Lígia e colaboradores. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 102-118, 2016

NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 524 p 2002.

NIETZSCHE, Friedrich. **Além do Bem e do Mal**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

NIETZSCHE, Friedrich. **O anticristo: maldição ao cristianismo**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

NORA, Pierre. **Between memory and history: Le lieux de mémoire. Representations**. Califórnia: University of California. N 26, p. 7-24. 1989.

NORA, Pierre. **Entre memória e história: a problemática dos lugares**. Projeto História (Revista do Programa de Estudos Pós-graduados em História/Departamento de História, PUC-SP), São Paulo, v.10, 1993.

NUNES, Bruno Pereira, BATISTA, Sandro Rogério Rodrigues; ANDRADE, Fabíola Bof de. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Pública**, v.52, p.10s, 2018.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de; LUIZ, Ronir Raggio. Densidade racial e a situação socioeconômica, demográfica e de saúde nas cidades brasileiras em 2000 e 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.22, p.e190036, 2019.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de, THOMAZ, Erika Barbara Abreu Fonseca; SILVA, Raimundo Antonio da. The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (2008). **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.7, p.1438–1452, 2014.

OLIVEIRA, Fátima. **A saúde da população negra no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

OLIVEIRA, Francisco O. de; WERBA, Geraldo C. Representações sociais. In: JACQUES, Maria Gabriela C. et al. **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos, GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; FRANÇA, Elisabeth Barboza. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4535–4544, 2014.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. **O sistema único de saúde, descentralização e a desigualdade regional: um enfoque sobre a região da Amazônia Legal**. Orientador Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA, Stéphaney Ketllin Mendes, PEREIRA, Mayane Moura; GUIMARÃES, André Luiz Sena. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.9, p.2879–2890, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. [OPAS]. **Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030**. Assembleia Geral das Nações Unidas, Chile, out. 2020. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52902/OPASWBRAFPL20120\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52902/OPASWBRAFPL20120_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 27 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. [OPAS]. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. 1. ed. Brasília: [s. n.], 2005. 60 p. ISBN 02.8. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 8 fev. 2024.

OSHAÍ, Cristina Maria Arêda; SILVA, Hilton Pereira da. A PNAB e o acesso à saúde em populações quilombolas. In: 12º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade, 2013, Belém, Pará. **Anais...** Belém: Universidade Federal do Pará (UFPA), 2013. Disponível em: <https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1047/1039>. Acesso em: 28 jul. 2024.

PEREIRA, Rosilene das Neves.; MUSSI, Ricardo Frankllin de Freitas. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. **Odeere**, v. 5, n. 10, p. 280-303, 2020.

PERES, Frederico; MOREIRA, Josino Costa. (Org.). **Agrotóxicos, saúde e ambiente: uma introdução ao tema**. 384 p. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. **História & História Cultural**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

PINHEIRO, Joselma Damiana; CROVEA, Beatriz Ribeiro; FERREIRA, Flávia Maria Mendonça do Amaral; VARGA, István Van Deursen; GODINHO, Jéssyca Wan Lume da Silva; FIRMO, Wellyson da Cunha Araújo; VILANOVA, Crisálida Machado; COSTA, Guilherme Andre Pinheiro. Espécies vegetais utilizadas em comunidades quilombolas: uma revisão integrativa. **Observatório de la Economía Latinoamericana**, v. 22, n. 2, e3520, 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA. [PMVC]. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) no município de Vitória da Conquista - Bahia**. [S. l.: s. n.], 17 jul. 2024. Disponível em: <https://www.pmvc.ba.gov.br/wp-content/uploads/Anexo-I-Portaria-REMUME-2018-versao-atualizada.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2024.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (Org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. p. 201-246. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

REIS, Sebastiana; BELLINI, Marta. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, v. 33, p. 303-310, 2011.

RIBEIRO, Luiz Paulo; ANTUNES-ROCHA, Maria Isabel. História, Abordagens, Métodos e Perspectivas da Teoria das Representações Sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 407-409, 2016.

RICOEUR, Paul. **A memória, a história, o esquecimento**. Campinas: Unicamp, 2004.

RICOEUR, Paul. **A memória, a história, o esquecimento**. Trad. Alain François. Campinas: Unicamp, 2007.

RISCADO, Jorge Luís de Souza, OLIVEIRA, Maria Aparecida Batista de; BRITO, Ângela Maria Benedita Bahia de. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 96–108, 2010.

ROCHA, Daniele Eduardo. **Velhice e sociabilidade**: estudo sobre o grupo de criação literária do TSI/SESC fortaleza. 168f. Orientadora: Maria Helena de Paula Frota. 2015. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Estadual do Ceará. 2015.

SALES, Giovana Patrícia dos Santos.; ALBUQUERQUE, Helder Neves de.; CAVALCANTI, Mário Luiz Farias. Estudo do uso de plantas medicinais pela comunidade quilombola Senhor do Bonfim-Areia-PB. **Revista DeBiologia e Ciências da Terra**, n. 1, p. 31-36, 2009.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.8, n.3, p.387–406, 2010.

SANTOS, Ariane Cristian Pinheiro dos., LÉDA, Paulo Henrique de Oliveira, TALGATTI, Dávia Marciana Estudo etnobotânico de plantas medicinais utilizadas no tratamento de distúrbios urinários no município de Oriximiná – Pará, Brasil. **Revista Fitos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-52, 2023.

SANTOS, Renata Carvalho dos; SILVA, Maria Sebastiana. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde e Sociedade**, v.23, n.3, p.1049–1063, 2014.

SANTOS, Vanessa Cruz; BOERY, Eduardo Nagib; PEREIRA, Rafael; SANTA ROSA, Darci de Oliveira; VILELA, Alba Benemérita 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 Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. e1300015, 2016.

SANTOS, Viviane Melo dos Santos. **Territorialidades em construção no Quilombo Terra Dura e Coqueiral em Capela - SE**. Orientadora: Profa. Dra. Ana Rocha dos Santos. 2020. 164f. Dissertação (Mestrado em Geografia). Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Sergipe, 2020.

SILVA, Alexandre da, ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BATISTA, Luís Eduardo. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.21, p.e180004, 2018.

SILVA, Denise Oliveira e, GUERRERO, Ana Felisa Hurtado; GUERRERO, Camilo Hurtado. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades



quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 21, p. 83s–87s, 2008.

SILVA, Euleide Araújo. **O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE):** qualidade da alimentação escolar no município de Lauro de Freitas - Bahia. Orientadora: Maria Vilma Coelho Moreira Faria, 2018. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública) - Instituto de Educação a Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018.

SILVA, José Antonio Novaes da. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.2, p.111–124, 2007.

SILVA, Paulo Sérgio da. Quilombos do sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. **Revista Identidade!** São Leopoldo, RS, v. 15, n. 1, jan.-jun. 2010.

SILVA, Raimunda Magalhães da, JORGE, Herla Maria Furtado; MATSUE, Regina Yoshie. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saúde e Sociedade**, v.25, n.1, p.108–120, 2016.

SILVA, Rayla Beatriz de Sousa; NUNES, Gerdane Celene; ARAGÃO, Janaína Alvarenga; MOURA, Roseane Luz; Lobo de Deus, Mariluska Macedo; DE SOUSA, Evandro Alberto; VIEIRA, Rita de Cassia Santos; MOURA, Virna Rodrigues Leal; GONÇALVES, Yana de Moura; LIMA, Maria da Vitória Barbosa; MENESES, Paula R. S. Araújo; LUSTOSA, Mariana Santos Batista; MOURA, Vitória Martins Granja de; MENESES, Socorro Adriana de Sousa; FIGUEIREDO, Luciano Silva. Práticas integrativas e complementares: saberes e fazeres em comunidades quilombolas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 5, p. 1-16, mai. 2024.

SOUSA, Igor Tiago Silva. Estratégias Quilombolas: segmentaridade e dissenso na política étnica maranhense. **Extensão Rural**, 25(4), 89-106. 2019.

SOUSA, Rosimere de Freitas de, RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde; PEREIRA, Alexandre Aguiar. Condições de saúde e relação com os serviços de saúde na perspectiva de pessoas de quilombo. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220164, 2023.

SOUZA, Aline Gomes de Jesus; SANTOS, Washington da Silva; SOUZA, Gisele Leles; MARTINS FILHO, Ismar Eduardo; TAVARES, Félix Meira; SILVA, Larissa Souza Lima da; REIS, Luana Araújo dos; REIS, Luciana Araújo dos. Mulheres idosas quilombolas: memória, identidade e transmissão da cultura em território quilombola. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 16, n. 6, p. 3847-3867, 2023.

SOUZA, Cláudio Lima, BARROSO, Sabrina Martins; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1653–1662, 2014.

SOUZA, Romilda. Territorialidade e dinâmica cultural no quilombo do Boqueirão, Vitória da Conquista – Bahia. **Enciclopédia Biosfera**, 6(10): 1 – 15. 2010.

SOUZA, Yalli Vanessa Borges; ANDRADE, Horasa Maria Lima da Silva; ANDRADE, Horasa Maria Lima da Silva. Um olhar sobre os conhecimentos tradicionais de plantas medicinais no cuidado com a saúde na comunidade quilombola do Timbó, Garanhuns - Pernambuco, Brasil. **Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 02–11, 2024.

SPINK, Mary Jane P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 300–308, 1993.

TAKAHASHI, Fátima Gonçalves Messias; ALVES, Vicente Paulo. Imagens representacionais das políticas públicas à educação e à Saúde, no imaginário de um grupo de idosos comunidade Quilombola–Kalunga, de Monte Alegre de Goiás. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v.23, n.88, p.567–592, 2015

TAVARES, Renata Evangelista, JESUS, Maria Cristina Pinto de; MACHADO, Daniel Rodrigues. Healthy aging from the perspective of the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.20, n.6, p.878–889, 2017.

TAVARES, Vívian Oliveira; TEIXEIRA, Karla Maria Damiano; WAJNMAN, Simone; LORETO, Maria das Dores Saraiva de. Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. **Textos contextos** (Porto Alegre), Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 94-108, jan.-jul. 2011.

TORRES, Kellem Raquel Brandão de Oliveira, CAMPOS, Mônica Rodrigues; LUIZA, Vera Lucia. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. e300113, 2020.

VANZELLA, Elídio; NASCIMENTO, João Agnaldo do; SANTOS, Sérgio Ribeiro dos. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas hospitalizações. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 7, n. 1, p. 65-73, 2017.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1929–1936, 2018.

VOLOCHKO, Anna; BATISTA, Luís Eduardo. **Saúde nos Quilombos**. São Paulo: Instituto de Saúde – SESSP, São Paulo, 2009.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Rev. Saude Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.535-549, 2016.

**APÊNDICE A: Instrumento de pesquisa.****Questionário - Sociodemográficos**

1.Nome: _____
2.Local da pesquisa: _____
3.Gênero: ( ) M ( ) F 4.Cor relatada:_____ 5. Idade:_____anos
5.1 Idade subjetiva: _____
6.Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Outro:_____
7.Escolaridade em anos: _____
8. Nível de Escolaridade: ( ) Não sabe ler e escrever ( ) Sabe ler e escrever ( ) Ensino fundamental ( ) Ensino Profissional ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino médio (incompleto)
9. Religião: _____
10.Profissão: _____
11. Situação atual de trabalho: ( ) aposentada ( ) trabalha ( ) afastado do trabalho ( ) trabalha em casa ( ) outros:_____
12.Mora com quem? ( ) com companheiro ( ) sozinha ( ) com filhos/filhas ( ) outros:_____
13.Renda Familiar (salário mínimo): _____

**Avaliação cognitiva (Mini Exame-Estado Mental – MEEM)  
questionário resumido do estado mental (PFEIFFER, 1974)**

	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. ( )	( )	( )

## **ROTEIRO DA ENTREVISTA**

- 1- O que é saúde para você?
- 2- E doença? Porque você acha que as pessoas adoecem?
- 3- Você tem alguma religião? Você acredita que a crença influencia na saúde?
- 4- Você utiliza alguma prática tradicional para manter a saúde ou prevenir e tratar doenças?
- 5- Você usa alguma planta medicinal? (nome da planta, parte utilizada, alegação de uso, disponibilidade de acesso, forma de preparo, forma de uso).

## APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



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 TRENGROUSE 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 N° 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 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.

Assinatura do Participante



**Impressão Datiloscópica**

*Luciana Araújo dos Reis*

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

*Joana Trengrouse*

---

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

*Felix Meira Tavares*

---

**FELIX MEIRA TAVARES**  
 PESQUISADOR ASSISTENTE  
 Telefone: (77) 99188-1834  
 E-mail: felixmeira@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 Querere, 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.

**ANEXO A: Protocolo de aprovação do CEP.****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 aplicado 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





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 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

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, n° 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2° 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

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_BASICAS_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 Candeias **CEP:** 45.055-080  
**UF:** BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA  
**Telefone:** (77)3161-1071 **E-mail:** cep@fainor.com.br