O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratizacão mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano VII | Volume 24 | Nº 72 | Boa Vista | 2025

http://www.ioles.com.br/boca

ISSN: 2675-1488

https://doi.org/10.5281/zenodo.18190969

BOLETIM DE CONJUNTURA

www.ioles.com.br/boca

SABERES QUILOMBOLAS E PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO NA COMUNIDADE SÃO DOMINGOS, CAVALCANTE (GO)

Pabline Gonçalves Ferreira da Silva[1]

Reginaldo Teixeira Mendonça[2]

Resumo

Este estudo aborda o autocuidado em saúde, situado no contexto de uma comunidade quilombola rural que possui acesso limitado a serviços de saúde formais, partindo da necessidade de compreender e valorizar os saberes tradicionais que orientam essas práticas. Diante disso, o objetivo geral consistiu em analisar as práticas de autocuidado dos quilombolas pertencentes à comunidade São Domingos, localizada no município de Cavalcante (GO). A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas individuais com 29 quilombolas que se autodeclararam pertencentes à comunidade São Domingos. Os participantes foram selecionados através de sugestões de agentes comunitários de saúde, lideranças locais e indicações de outros participantes (técnica de bola de neve ou *snowball*). Os procedimentos de análise das entrevistas consistiram na análise de conteúdo. Os resultados apontam que as práticas de autocuidado envolvem o uso de plantas medicinais e medicamentos industrializados, marcadas pela forte influência dos recursos disponíveis e dos saberes tradicionais, indicando que tais práticas ocorrem de maneira estratégica e adaptada ao local em que estão inseridas. Conclui-se que a valorização e integração dos saberes tradicionais fortalecem o autocuidado, contribuindo para atender às demandas de saúde da comunidade.

Palavras-chave: Comunidades Quilombolas; Medicamentos Industrializados; Plantas Medicinais; Práticas de Autocuidado; Saberes Tradicionais.

Abstract

This study addresses health self-care within the context of a rural quilombola community that has limited access to formal health services, based on the need to understand and value the traditional knowledge that guides these practices. Given this, the general objective was to analyze the self-care practices of quilombolas belonging to the São Domingos community, located in the municipality of Cavalcante (GO). The research adopted a qualitative approach with a descriptive and exploratory character. Data were collected through individual semi-structured interviews with 29 quilombolas who self-identified as belonging to the São Domingos community. Participants were selected based on suggestions from community health agents, local leaders, and referrals from other participants (snowball technique). The interview analysis procedures consisted of content analysis. The results indicate that self-care practices involve the use of medicinal plants and industrialized medicines, strongly influenced by available resources and traditional knowledge, suggesting that such practices occur in a strategic manner and are adapted to the local context in which they are embedded. It is concluded that the valuation and integration of traditional knowledge strengthen self-care, contributing to meeting the health demands of the community.

Keywords: Industrialized Medicines; Medicinal Plants; Quilombola Communities; Self-Care Practices; Traditional Knowledge.

[1] Graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Goiás (UFG). E-mail: ferreirapabline10@gmail.com

[2] Professor da Universidade Federal de Goiás (UFG). Doutor em Saúde Pública. E-mail: reginaldo_mendonca@ufg.br

INTRODUÇÃO

O autocuidado em saúde vem sendo reconhecido como uma estratégia fundamental para melhoria da qualidade de vida, a autonomia pessoal e para a redução de sobrecarga no sistema de saúde. Nas comunidades quilombolas, geralmente localizadas a longas distâncias de centros urbanos com maior presença de serviços de saúde, seus membros se utilizam de saberes tradicionais e práticas de autocuidado como alternativas para amenizar os agravos à saúde.

Assim, as práticas de autocuidado são moldadas de acordo com cada contexto sociocultural: pelo modo de vida, por sua história, processos adaptativos ao meio ambiente, condições econômicas e acesso aos serviços e conhecimentos. Nessa perspectiva, abordar sobre o autocuidado em comunidades tradicionais é essencial para preencher lacunas existentes na literatura, valorizar o conhecimento local e subsidiar políticas públicas que respeitem e fortaleçam a identidade das comunidades.

Diante disso, a pergunta que orientou este trabalho foi: como os saberes tradicionais e medicamentos industrializados são utilizados no autocuidado em saúde por moradores da comunidade quilombola São Domingos, município de Cavalcante, Goiás? Desse modo, o objetivo central da pesquisa foi analisar as práticas de autocuidado dos quilombolas dessa comunidade. Como objetivos específicos, buscou-se: identificar as principais práticas de autocuidado; compreender os fatores que influenciam essas práticas; e discutir como essas práticas dialogam com o sistema de saúde.

Do ponto de vista metodológico, o estudo adotou abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas e incluiu pessoas que se autodeclararam quilombolas pertencentes à comunidade quilombola São Domingos. Posteriormente, foram transcritas na íntegra, realizando-se a análise de conteúdo e a discussão com base na literatura científica.

O artigo se estrutura em cinco seções: (1) introdução, que apresenta a temática, a relevância do trabalho, os objetivos e, brevemente, a metodologia; (2) referencial teórico, com estudos que fundamentam a pesquisa; (3) metodologia, detalhando os procedimentos adotados para a coleta e análise de dados; (4) resultados e discussão, que expõem e interpretam os achados de acordo com a literatura; e (5) considerações finais, apontando as principais contribuições, limitações e sugestões para estudos futuros.

REFERENCIAL TEÓRICO

O autocuidado em saúde refere-se às habilidades de indivíduos, famílias e comunidades em promover saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com a doença ou a incapacidade, com ou sem

o suporte de um profissional de saúde, segundo definição da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022). Nesse sentido, a concepção de itinerário terapêutico está diretamente relacionada ao autocuidado.

O itinerário terapêutico é definido como o conjunto de estratégias, caminhos ou escolhas adotado na busca pela cura de enfermidades. Essas escolhas envolvem modos de representação de doenças e tratamentos, valores culturais, condições socioeconômicas, além do acesso e da acessibilidade aos processos terapêuticos populares e científicos. Tal conceito reflete as condições socioculturais de cada comunidade na busca pelo restabelecimento da saúde (ALVES; SOUZA, 1999).

Desse modo, o conceito de autocuidado engloba diferentes dimensões, entre as quais se destacam a física, que abrange ações voltadas para o bom funcionamento do corpo; a psicológica, que envolve estratégias para o equilíbrio mental; e a espiritual, relacionada à conexão interior e à busca de sentido para a vida. Essas dimensões atuam de forma integrada, sendo fundamentais para a qualidade de vida do indivíduo (SOTO *et al.*, 2021).

Além disso, o autocuidado constitui uma ferramenta essencial na prevenção, pois permite que o indivíduo identifique precocemente sinais de desequilíbrio em sua saúde e tenha autonomia para adotar medidas e mudanças de hábitos, com isso o foco passa a se direcionar para evitar o surgimento ou o agravamento de doenças (SILVA *et al*., 2020). Nesse sentido, a prevenção de agravos e a promoção da saúde se configuram como práticas oriundas da própria população, ultrapassando a noção estrutural e institucional a partir dos serviços de saúde (CZERESNIA, 1999).

Entretanto, o acesso ao autocuidado é desigual, como Lira e Souza (2024, p. 3) explicam: “essas condições são influenciadas por fatores políticos, econômicos e sociais mais amplos, como políticas governamentais, sistemas de governança, ideologias, estruturas de poder e relações de classe”. Além disso, a cultura exerce grande influência sobre como os indivíduos se relacionam com sintomas, tratamentos e mudanças no estilo de vida frente aos cuidados com a saúde (MOLLA, 2025).

Nessa perspectiva, as desigualdades sociais ou inequidades refletem-se na maneira como cada indivíduo ou comunidade desenvolve o autocuidado, além de influenciarem a forma de compreender, interpretar e utilizar informações sobre saúde e doença (literacia) (BRASIL, 2023). Considera-se, por exemplo, que o acesso a planos de saúde privados, o poder econômico para aquisição de medicamentos e exames, bem como a residência em locais de fácil acesso viário ou a posse de veículo próprio, entre outros fatores, favorecem tipos distintos de autocuidado. Em contrapartida, residir em ambiente rural de difícil acesso, onde há escassez de serviços de saúde e falta de capital para custear consultas e medicamentos, produzirá outro tipo de autocuidado. Além disso, essas variações nas práticas de autocuidado podem gerar hierarquias ou críticas entre os atores envolvidos, podendo reforçar desigualdades e produzir discriminações.

Dentre os conceitos interligados ao de autocuidado, estão o de acesso (existência de serviços de saúde) e o de acessibilidade (capacidade de os serviços de saúde serem utilizados pela população). Ambos estão relacionados às barreiras de inclusão social decorrentes de entraves comunicacionais e de informação, geográficos, econômicos e culturais (FREITAS, 2023). Soares *et al*. (2023) enfatizam as dificuldades de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em municípios rurais brasileiros com menos de 20 mil habitantes, as quais envolvem: baixo uso de tecnologias de informação e de saúde (imunobiológicos, medicamentos, testes diagnósticos), dificuldades no trabalho em equipe ou na fixação de profissionais de saúde, e ausência de serviços de atenção terciária em municípios rurais e localizados distantes dos grandes centros urbanos.

Vale enfatizar a influência de políticas nas escolhas relacionadas ao autocuidado, seja por meio de programas de saúde que orientam a população, seja por meio de compreensões e disputas entre agentes políticos e discursos ideológicos. Assim, pode-se dizer que ocorrem diferentes prescrições além daquelas realizadas por profissionais de saúde. Nesse sentido, é possível observar a existência de prescrições políticas que definem modos de autocuidado. São prescrições que podem ocorrer de forma alheia aos serviços de saúde e ao pensamento científico, orientando ações de acordo com grupos de interesses e/ou que almejam cooptar ou subjugar uma população (MENDONÇA, 2024).

O autocuidado pode também ser representado por uma dimensão coletiva (NODEH *et al.*, 2024). Conforme Silva (2018, p. 68), "o ambiente em grupo possibilita o compartilhamento dessas informações e servem como suporte no envolvimento dessas pessoas como sujeitos ativos de seu tratamento". Assim, o autocuidado coletivo complementa o individual, envolve a troca de saberes e o apoio mútuo. A busca por melhorias na saúde se amplia pela interligação de experiências entre os indivíduos, os quais carregam memórias advindas de suas aflições (ALVES; SOUZA, 1999).

Dessa forma, o autocuidado fortalece o protagonismo do sujeito ao permitir que ele participe ativamente do processo de gestão da própria saúde e, por meio dessa participação, desenvolva confiança e autonomia, o que contribui para melhores resultados acerca das estratégias terapêuticas adotadas (SILVA, 2018). As experiências de sucessos e insucessos são analisadas pelos indivíduos, repassadas e analisadas continuamente, criando conceitos e modos de cuidar do corpo. Tais noções sobre doença, sintomas e tratamentos podem ser ressignificadas de acordo com cada contexto sociocultural (BOLTANSKI, 1984).

No âmbito das políticas públicas, o Sistema Único de Saúde (SUS) reconhece o autocuidado como uma estratégia essencial para a melhoria da qualidade de vida, destacando a atenção primária como o principal espaço de incentivo. Nesse contexto, recomenda-se que as equipes adotem práticas pautadas no diálogo, escuta ativa e educação em saúde por meio de diferentes recursos. Essas ações visam oferecer

suporte e estimular o autocuidado, fazendo com que o paciente não apenas receba orientações, mas se torne participante ativo, e que as condutas sejam compatíveis com sua realidade (BRASIL, 2023).

Destaca-se que os serviços de saúde não devem agir de forma autoritária, posicionando o usuário como alguém indisciplinado e incapaz de compreender e interpretar informações quando este não segue as orientações ou prescrições dos profissionais de saúde. A existência de serviços de saúde com características autoritárias, de caráter discriminatório e hierarquizante entre diferentes culturas e classes sociais, perpassa diferentes momentos históricos brasileiros. Essas características não se manifestam com ausência de conflitos. Dentre esses momentos, a Revolta da Vacina, ocorrida no início do século XX, na então capital da República, Rio de Janeiro, é emblemática. Nota-se que a presença de governos militares também favoreceu uma estrutura governamental de cuidado com atitudes coercitivas, impondo a chamada medicina ocidental, baseada no pensamento positivista e cartesiano, como única alternativa válida ao cuidado e representante da ciência, condenando práticas populares, principalmente as advindas de cultura afrodescendente (CHALHOUB, 1996; MAIO; MONTEIRO, 2005). Salienta-se que a medicina ocidental possibilitou a sustentação da indústria químico-farmacêutica e dos medicamentos industrializados.

A Revolta da Vacina representou um palco de desigualdades socioeconômicas, de saneamento, higienismo, eugenismo e de imposição da medicina ocidental por meio da vacina obrigatória contra a varíola. O episódio revelou o modelo segregacionista sanitário e urbano, bem como as dificuldades socioeconômicas da população trabalhadora, além de evidenciar o distanciamento desta em relação às decisões políticas e governamentais. Assim, os modos de cuidar do corpo passaram a ser representados como luta política (CHALHOUB, 1996). Nesse sentido, pode-se estabelecer uma analogia com as disputas políticas, o movimento antivacina e outras medidas preventivas ocorridas na pandemia de COVID-19, no Brasil, entre os anos de 2019 e 2021 (MENDONÇA, 2024).

Com o avanço tecnológico na área da saúde, surgem novos recursos para o autocuidado, como aplicativos, dispositivos e sistemas de inteligência artificial que possibilitam monitorar e gerenciar sintomas, acessar informações confiáveis sobre saúde, reduzir custos e ainda incentivar a adoção de hábitos saudáveis, promovendo o engajamento do indivíduo em seu próprio cuidado (KIM *et al*., 2023; PERSSON; WICKMAN, 2025). Todavia, associado às facilidades de comunicação interpessoal e ao acesso à informação, o risco de equívocos coletivos pode aumentar. Isso pode ocorrer devido às informações pouco se pautarem na experiência concreta de quem vivenciou os sofrimentos, os agravos à saúde e os efeitos dos tratamentos, baseando-se, antes, em falas selecionadas entre membros de grupos de mídia social. Somado a essa inexperiência discursiva, figuram os interesses de oportunistas que elaboram soluções mágicas, muitas vezes com o intuito de trapaça e de ganho de capital (MENDONÇA, 2024).

Ademais, o autocuidado pode ser ensinado ou incentivado desde a infância: desde cedo é possível desenvolver hábitos como manter a higiene pessoal, praticar atividades físicas, adotar uma alimentação saudável e reconhecer os sinais do corpo. Com isso, quando incentivados de forma consistente, esses hábitos previnem problemas de saúde e fortalecem a base para o autocuidado ao longo da vida (MENOR-RODRIGUEZ *et al*., 2022). Pode-se, ainda, referir-se à necessidade de ações intersetoriais, envolvendo setores como o ambiental, o educacional e o de saúde, além da promoção do bem-estar, incorporando estilos de vida saudáveis.

Nesse processo de formação de práticas de cuidado, é importante considerar os contextos socioculturais nos quais os indivíduos estão inseridos, pois o autocuidado se contextualiza a partir das experiências e saberes locais. Nesse contexto, destaca-se a realidade das comunidades quilombolas, definidas como grupos étnico-raciais autodeclarados, com trajetória histórica própria, vínculos territoriais específicos e ancestralidade negra relacionada à resistência diante das opressões históricas, conforme estabelecido pelo Decreto nº 4.887/2003 (BRASIL, 2003).

Nessas comunidades, o cuidado com a saúde está ligado a práticas como o uso de plantas medicinais disponíveis no território, rituais, rezas e benzimentos, que constituem um complexo e rico saber. Por estar enraizado na relação com o território e na memória coletiva, tal cuidado possui alta aceitabilidade e facilita a adesão às ações de saúde (GAMA *et al.,* 2019).

Dessa forma, os saberes tradicionais dos quilombos constituem uma área de estudo fundamental para compreender como as estratégias de cuidado se relacionam com as condições locais, orientando as decisões cotidianas. Além disso, esse assunto permite observar a importância da memória coletiva e da transmissão oral na manutenção e continuidade desses saberes, assim como a relação entre tradição e ciência.

Segundo Santos e Lacerda (2020), as comunidades quilombolas possuem conhecimentos herdados e transmitidos entre gerações, que, associados a múltiplos fatores, traduzem um modo próprio de compreender e promover a saúde e o bem-estar. Nesse contexto, as políticas de saúde voltadas à população negra, fortalecidas pelo aumento de pesquisas científicas, são resultados de lutas e reivindicações dos movimentos sociais. Ademais, Santos e Fenner (2021, p. 4-5) afirmam que "é no ambiente que o quilombola encontra seu meio de subsistência, o seu fazer social enquanto comunidade. Esta interação gera a criação de um território próprio, de resistência."

Os saberes tradicionais são os conhecimentos construídos a partir de vivências, observações e aprendizados adquiridos no cotidiano, resultantes de um processo contínuo de acertos e erros. Esses saberes são compartilhados ao longo do tempo de maneira dinâmica e em constante transformação, por diferentes grupos que mantêm uma relação estreita com os recursos naturais e o ambiente em que vivem.

Além disso, para Santos e Quintero (2018, p. 52), os saberes tradicionais podem ser entendidos "como conhecimento adquirido através de tentativas e erros, num agrupamento de ideias e ações que pode ser considerado válido, observável, analisável, compreensível, e até replicável, mesmo que seja considerado fora dos padrões cientificistas".

Historicamente, os saberes nas comunidades quilombolas surgiram da necessidade de atender às demandas básicas de sobrevivência e de se adaptar frente às adversidades impostas pelo meio em que estão inseridas. Nesse cenário, a ancestralidade está presente como força que fundamenta e molda esse conhecimento tradicional, sustentando a identidade e sentimento de pertencimento e, consequentemente, manifesta-se na continuidade (GIMOVSKI; OLIVEIRA, 2024).

Assim, o território é mais do que espaço físico: representa várias dimensões interligadas e constitui um lugar de preservação da identidade e da resistência; além disso, entrelaçam-se o cuidado coletivo e as tradições relativas aos princípios ancestrais que sustentam a construção do saber tradicional (LACERDA; MENDES, 2018).

A relação com a natureza é essencial porque os quilombolas utilizam-se desse recurso, em especial as plantas, como solução para suas vidas, onde, por meio da longa observação e convivência com o meio natural, surgem os conhecimentos que orientam as práticas de cuidado e a autonomia. Sendo assim,

> [...] grande parte desse conhecimento sobre as propriedades medicinais das plantas foi construído de forma empírica. A observação da natureza, do comportamento dos animais que usam as plantas, assim como de plantas enteógenas (que estabelecem comunicações com divindades e espíritos), utilizadas principalmente pelos líderes religiosos de uma comunidade, também foram (e são) importantes nesse processo de acumulação do conhecimento (SANTOS; QUINTERO, 2018, p. 73).

Dessa forma, a transmissão dos saberes ocorre principalmente por meio da oralidade, pois permite que esses saberes sejam compartilhados de maneira viva, oferecendo uma narrativa própria e adaptada aos diferentes contextos geracionais. Além disso, essa transmissão estimula o sentimento de pertencimento e garante sua continuidade, tendo em vista que, por muito tempo, o acesso à escrita foi negado (CASTRO, 2021).

Embora existam aproximações, muitas vezes há conflitos, pois, sem que haja diálogo, os saberes acabam sendo deixados de lado em favor do saber científico, gerando o enfraquecimento da valorização da identidade e a limitação da utilização de estratégias de cuidado culturalmente significativas. Ressalta-se que ignorar esses saberes é oferecer um cuidado fragmentado e ineficaz (NASCIMENTO, 2018).

Nesse sentido, ainda que algumas diretrizes tenham buscado reconhecer os saberes quilombolas, como o Decreto nº 6.040/2007, que instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, observa-se, na prática, uma lacuna significativa. Sua aplicação tem

sido limitada, o que compromete o pleno uso dos recursos pelas comunidades quilombolas (BRASIL, 2007). Entre os principais desafios enfrentados estão a falta de valorização e reconhecimento, os impactos dos processos de modernização, o apoio insuficiente das políticas públicas e a ausência de incentivos à pesquisa e à documentação desses saberes.

No cenário contemporâneo, tais saberes ganham relevância ao apresentarem grande potencial para oferecer informações que podem auxiliar no desenvolvimento de pesquisas científicas envolvendo tanto medicamentos e alternativas complementares aos tratamentos convencionais, quanto o uso sustentável dos recursos ambientais e a formulação de políticas públicas mais inclusivas.

Assim, os saberes tradicionais configuram-se como formas de resistência, pois permitem que os quilombolas, baseados em suas tradições e valores, expressem seu modo próprio de compreender e agir, mesmo diante das tentativas de apagamento que marcam seus percursos. A memória coletiva garante que o conhecimento seja preservado, mesmo sem apoio ou visibilidade de meios formais; portanto, ela se mantém como peça fundamental para estabelecer os diversos saberes que circulam entre os quilombolas (OLIVEIRA *et al.*, 2024).

Embora existam semelhanças, os saberes são específicos porque cada comunidade possui suas particularidades: as necessidades variam de acordo com o território e os recursos disponíveis e, nesse sentido, as pessoas adquirem experiências conforme o lugar onde vivem. Conforme Santos e Quintero (2018, p. 154):

> [...] mesmo dentro de uma determinada comunidade, o conhecimento não é homogêneo, havendo aqueles específicos aos homens, às mulheres e às diferentes categorias com as quais esses atores sociais se reconhecem, como “parteiras”, “benzedeiros”, “erveiros”, “mateiros”, “tropeiros”, “carvoeiros”, entre outros.

Ou seja, apesar de se tratar de um mesmo local, o saber não se distribui de maneira uniforme, estando estreitamente ligado ao gênero e às atividades específicas dentro da comunidade. Dessa forma, com base nos autores discutidos, observa-se que o autocuidado se manifesta como uma prática que combina e tem interferência da experiência pessoal, coletiva e dos contextos sociais no cuidado com a saúde. Nesse sentido, os saberes tradicionais aparecem como instrumentos que repassam autonomia e são adaptados ao território, atendendo às necessidades e ao bem-estar dos indivíduos.

Tais reflexões são essenciais para pensar em práticas de autocuidado e inclusão social, reconhecendo a diversidade e o potencial dos saberes tradicionais, como se observará por meio das entrevistas realizadas com quilombolas.

A partir do recorte teórico escolhido acerca do autocuidado, podem derivar conceitos como itinerário terapêutico, acesso e acessibilidade. Tais definições possibilitam o desenvolvimento de

categorias de análise necessárias ao cuidado em saúde, como o uso de plantas medicinais e medicamentos industrializados, assim como de seus modos de uso particularizados no contexto de uma comunidade rural quilombola.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa quanto aos meios, de caráter descritivo e exploratório quanto aos fins, possibilitando a interação entre subjetividade e objetividade, entre o social, o biológico e o cultural (MINAYO, 2004).

A amostra foi composta por 29 participantes autodeclarados quilombolas, pertencentes à comunidade São Domingos, localizada no município de Cavalcante (GO). Foram buscados participantes que possuíam algum agravo à saúde. Sua seleção ocorreu a partir de sugestões de agentes comunitários de saúde, lideranças locais e indicações de outros participantes (técnica de bola de neve ou snowball, definidora do número de participantes).

Os entrevistados apresentaram média de idade de 60 anos, variando entre 26 e 81 anos, com predominância de pessoas acima de 60 anos (19 participantes). Dentre os entrevistados, 17 eram mulheres e 12 homens, todos professando a religião cristã (evangélica ou católica).

Os dados foram coletados em dois momentos, visando ampliar as experiências investigadas: em fevereiro de 2025 com 22 quilombolas residentes na comunidade e posteriormente, nos meses de julho e agosto do mesmo ano com 7 membros da mesma comunidade que atualmente residem na área urbana. Dos 9.583 habitantes (2022) de Cavalcante (GO), mais da metade se autodeclararam quilombolas (IBGE, 2023), sendo que a comunidade de São Domingos (distante de Cavalcante cerca de 60 quilômetros de estrada de terra) possuía, em 2019, aproximadamente 77 famílias (SCALIZE, 2019).

A investigação foi orientada por um roteiro de entrevista semiestruturada padronizado, previamente elaborado contendo questões abertas que abordavam os produtos utilizados para o autocuidado, assim como as finalidades, dificuldades e facilidades. As entrevistas foram gravadas e conduzidas individualmente no ambiente de moradia dos participantes, com duração média de 25 minutos.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin (2011), estrutura que se organiza em três etapas principais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na etapa inicial, foi realizada a organização do material coletado, com a transcrição integral das entrevistas em editor de texto (Microsoft Word) e a leitura flutuante do conteúdo para se familiarizar com

o material e identificar o que seria incluído na análise, considerando sua pertinência em relação ao objetivo da pesquisa.

Em seguida, iniciou-se a codificação do conteúdo, com a identificação de unidades de registro relacionadas às práticas de autocuidado e aos desafios enfrentados. A partir da observação das semelhanças de sentido, foi possível realizar o recorte manual dos trechos considerados relevantes e o agrupamento em categorias que expressavam os principais aspectos investigados no estudo.

Após a categorização, os dados foram interpretados à luz da literatura científica pertinente. Para melhor compreensão dos resultados, foi elaborado um quadro no próprio editor de texto, a partir do qual as informações foram organizadas em duas grandes categorias: o uso de plantas medicinais e o uso de medicamentos industrializados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, com parecer de número 7.049.058, conforme os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantidos o anonimato, a confidencialidade e o direito de desistência a qualquer momento, além do esclarecimento sobre os eventuais riscos decorrentes da pesquisa. Para garantir o anonimato, as entrevistas foram numeradas sequencialmente de E1 a E29, acompanhadas da indicação de “M” para masculino e “F” para feminino, sendo que os códigos foram atribuídos apenas às falas incluídas na análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Práticas de autocuidado e o uso de plantas medicinais

Por meio das entrevistas realizadas com os moradores e ex-moradores da comunidade quilombola, foi possível observar que as práticas de autocuidado envolvendo o uso de plantas medicinais ocorrem com bastante frequência, e isso pode ser explicado pelo limitado acesso aos serviços de saúde, tradição cultural, recursos financeiros reduzidos, facilidade de acesso e confiança nas propriedades terapêuticas. (SILVA; LOBATO; RAVENA-CANETE, 2019; AMADOR; LUCAS, 2025). Entre a diversidade de plantas, as mais citadas foram a erva-cidreira, o algodãozinho do campo, o capim de cheiro/capim santo e o velame branco, principalmente na forma de chá e uso em garrafadas: *“Eu tomo é muito remédio de mato. Eu tomo pé de perdiz, é... algodãozinho, farmácia inteira, bucado de remédio”* (E28 / F, 63 anos).

Essas plantas são comumente empregadas no tratamento de hipertensão, alívio de dores, como calmante e também como depurativo de sangue. Pereira e Paula (2018) apontam as diversas ações

terapêuticas do capim santo, incluindo efeitos calmantes, anti-hipertensivos, analgésicos, antiespasmódicos, devido principalmente à presença do composto citral em seu óleo essencial. Além disso, outros estudos atribuem resultados similares para as indicações terapêuticas referidas (GUIMARÃES; OLIVEIRA; MORAIS, 2019; FERREIRA; PASA; NUNEZ, 2020), o que reforça a legitimidade dos saberes populares mobilizados no cotidiano da comunidade, como evidencia a fala da participante.

O preparo de chás ou infusões é uma prática tradicional bastante comum, utilizada como forma de cuidado com a saúde. Como relatado por uma participante: *"Quando tá muito ruim, assim de noite sempre eu gosto de fazer um chazinho desse pra beber"* (E1 / F, 75 anos). Essa prática, embora reconhecida no cotidiano da comunidade, precisa ser compreendida com cuidado. Pedroso, Andrade e Pires (2021) alertam que o uso de plantas medicinais, mesmo oferecendo benefícios, requer atenção para evitar consequências indesejadas.

A aquisição dessas plantas ocorre de diferentes maneiras, o que facilita a sua circulação e evidencia um cuidado coletivo, em que muitas pessoas cultivam em seus quintais ou recorrem aos outros moradores: *"A erva cidreira eu tenho, agora o manjericão eu saio é caçando"* (E20 / F, 75 anos), enquanto outro entrevistado acrescentou: *"É vizinha e a gente vai lá e pega"* (E10 / M, 67 anos). De acordo com Nodeh *et al*. (2024), ações de cuidado vão além do individual e adquirem expressão coletiva, compartilhando conhecimentos entre os moradores, amenizando a sensação de culpa e frustrações quando o tratamento não produz benefícios.

A busca por plantas medicinais no Cerrado, associada ao cultivo doméstico, revela um sistema de cuidado baseado no saber tradicional e na relação com o território, como exemplificado na fala: *"É aqui nesse Cerrado aqui em cima aqui"* (E13 / M, 38 anos). De forma semelhante, Farias *et al.* (2019) identificaram que moradores de uma comunidade rural cultivam e utilizam cerca de 30 espécies medicinais voltadas ao tratamento de diversas enfermidades. Esse dado reforça como os quintais e o ambiente do Cerrado ao redor das moradias funcionam como fontes de cuidado e suporte à saúde local.

Contudo, observa-se que o cenário das práticas de autocuidado com o uso de plantas medicinais vem se alterando. O uso de garrafadas que era bastante comum no tratamento de diversas enfermidades vem perdendo espaço. Um dos principais fatores que contribui para o abandono dessa prática está relacionado à mudança para a cidade, o que dificulta o acesso às plantas medicinais utilizadas nas garrafadas, como relatado por uma entrevistada que havia se mudado para a cidade: *"Quando eu morava na roça, eu fazia muito, né, porque eu morava lá, conheço um bocado de remédio também"* (E29 / F, 46 anos). Nesse sentido, Romanus, Mendes e Carlini (2018) observaram como a migração para áreas urbanas

influencia o uso de plantas medicinais, apontando motivos como a limitação de espécies e condições climáticas distintas, levando à adoção de alternativas locais.

Entre outros fatores apontados, questões religiosas podem influenciar no desuso de plantas medicinais, como ocorre nas garrafadas por conterem álcool: *"Depois que eu mudei pra... Pra Assembleia de Deus, aí eu larguei de fazer garrafada"* (E1 / F, 75 anos); *"Eu não tomo álcool, coisa de álcool, aí garrafada sempre é melhor no vinho, essas coisas assim, aí eu larguei de tomar essas coisas"* (E5 / F, 65 anos). Essa mudança de hábito devido à crenças também é apontada por Gerhardt (2006), que detectou que os comportamentos e opiniões são construídos e moldados pelos contextos e valores sociais, influenciando nas estratégias de cuidado com a saúde, como revelou a fala da participante E5 / F, 65 anos.

Mesmo diante dessa diminuição do uso de garrafadas, os conhecimentos relacionados aos remédios com plantas continuam sendo transmitidos de geração em geração assegurando a permanência dos saberes e respeitando o modo de vida da comunidade: *"Pois é, raizada, garrafada, isso aí é pelos antigos, né? Os pais da gente, avós, aí ensinou, né? Aí a gente vem trazendo essa tradição e acontece que é bom mesmo"* (E7 / M, 42 anos). Esse tipo de transmissão, enraizada na memória familiar e na prática cotidiana, é também evidenciado por Silva *et al.* (2019), ao afirmarem que mães e avós são as principais responsáveis por repassar os saberes sobre o uso das plantas medicinais às novas gerações por meio da oralidade, principal meio de preservação desses conhecimentos.

Além disso, o uso de plantas disponíveis no ambiente de moradia é intensificado como alternativa para solucionar os problemas de saúde e que a procura por atendimento médico ocorre somente em casos que requerem extrema necessidade: *"Aqui, quando eu não tô muito bem, a gente caça um remédio do mato mesmo aqui, aí funciona, acontece que dá certo. Se não resolver, a gente vai na cidade"* (E7 / M, 42 anos). Esse padrão de comportamento também foi identificado na pesquisa de Fernandes e Santos (2019), realizada em uma comunidade quilombola, que destaca a automedicação como uma estratégia de autocuidado diante de problemas leves e das limitações do sistema de saúde, frequentemente considerado pouco efetivo.

Saberes e preparações com plantas medicinais

Foram descritos vários tipos de preparações com plantas medicinais e para ilustrar essas estratégias de autocuidado, o Quadro 1 aborda os produtos, modo de preparo e a finalidade terapêutica relatados pelos moradores e ex-moradores nas entrevistas, sendo eles adaptados conforme a prática acumulada ao longo das vivências cotidianas.

Quadro 1 – Plantas medicinais, modo de preparo e motivo do uso extraídos das entrevistas com quilombolas da comunidade São Domingos, Cavalcante (GO)

Produtos	Modo de preparo	Motivo do uso
Açafrão com alho, gengibre e mel	"Aí eu ponho uma meia colher dele, um pouquinho de gengibre amassado, um dente de alho amassado, uma colher de mel e mexo e tomo…" (E2 / M, 68 anos)	Gota Gripe
Chá de artelãozinho, erva doce, poejo, camomila, mentraço, carrapicho, picão	"Às vezes eu coloco na vasilha e cozinho, faço o chá, bem forte. Tem vez, eu não gosto de deixar ferver não, mas tem vez que até ferve." (E3 / F, 64 anos)	Gripe Febre
Chá de água de colônia, erva cidreira	"Eu rasgo ela, boto na vasilha com água e deixo frever." (E11 / F, 79 anos) "Todo dia eu boto erva cidreira na água, folha da colônia, e aí, põe, boto um pouquinho de açúcar, boto na geladeira e bebo isso aí." (E9 / F, 66 anos)	Pressão alta
Fruta da lobeira assada com açúcar ou rapadura raspada	"Você abrir um buraquinho nela, tipo uma roletinha, e enfiava a rapadura raspada e abre um oco no fogão de lenha, enfiava dentro e cobria com o borralho, e deixar assar. Deixar assar, no outro dia, ele amanhecia aquele melado derretido, aí cê ia pegar, tirar ele de lá e abrir aquele buraco que cê fez nele e despejar o mel pra tomar pra melhorar." (E29 / F, 46 anos)	Tosse Gripe Asma
Milona	"... se a pessoa tiver com intestino ruim, é só rapar ela bem rapadinha e beber." (E27 / M, 73 anos)	Dor de cabeça Problemas intestinais
Boldo	"Bate no liquidador e faz o sumo." (E25 / F, 38 anos)	Dor no estômago
Chá de astelãozinho, poejo, alecrim	"Só por na mão, ir lá, cortar eles lá no pé e põe no copo de frever água e por dentro e aí põe um pouquinho de açúcar e dá pra o neném." (E9 / F, 66 anos)	Gripe em crianças Dor de barriga
Chuchu	"[...] faz moe, você bate no liquidificador… faz aquele sumo." (E6 / F, 36 anos)	Pressão alta
Chá de capim de cheiro/capim santo	"Isso aí eu só pego a folha e põe lá na água pra ferver, põe pra ferver e a hora que esfria eu bebo, não põe açúcar." (E27 / M, 73 anos) "Eu ensergo ele, põe na vasilha e põe água quente por cima. Outra hora que eu vejo que tá muito eu tomo só na água fria mesmo." (E4 / F, 68 anos)	Febre
Chá de alfazema, erva cidreira, capim santo/capim de cheiro, imburana	"Eu ponho água pra frever, ponho os medicamentos numa vasilha e despejo água frevendo." (E26 / F, 77 anos)	Alívio de dores
Garrafada com louberinha de cupim, caroba, algodãozinho, meleré, velame branco, romã, salsa, quina, cansanção, tiú, casca de jatobá, pé de perdiz, farmácia inteira	"Eu saio no mato, aí arranco raizada e põe na garrafada... Eu corto ela, soco no pilão e põe o pó dentro da garrafada e põe pinga dentro." (E15 / M, 41 anos) "Ah, isso aí eu arranjo um bocadinho de raíz de pau aí, que tem no mato aí… Remédio que tem de horta, os que não faz mal pra homem, eu ponho na garrafada e bebe." (E12 / M, 51 anos) "Esses pau que eu rapo aí, boto na garrafa e… põe, quando não é vinho branco, é pinga mesmo..." (E17 / M, 81 anos)	Limpeza do útero Tirar infecção no corpo Paliar dores
Quininha-do-mato	"Você tira o entrecasco dela, né, e coloca na água, que ela amarga pra caramba, aí você toma…" (E7 / M, 42 anos)	Abrir o apetite
Alho queimado com fedegoso e limão	"Asso o alho, né, limão, e faz a xaropada e toma, é duas, três vezes, já tá bão." (E18 / M, 54 anos)	Gripe
Fumo brabo	"[...] arrancava esse remédio, lavava, machucava as raízes todinha e as folhas tudo, botava pra ferver…E aí, despejava esse negócio e deixava esfriar e dava aquela xaropada pra aquela pessoa beber." (E24 / F, 65 anos)	Febre Maleita Pneumonia
Sete dor, losna	"Sete dor e losna, ensergo, põe na água e bebo." (E12 / M, 51 anos) "A gente faz o sumo dele [sete dor], machuca ele, bota na água e toma." (E7 / M, 42 anos)	Dor no estômago
Ruibarbo	"[...] ia pro mato, rancava esses trem, vinha de lá com aquelas batatas dele, lavava, cortava, ela é amarela que nem açafrão… Aí ela secava aquele trem, dava jeito de secar até na trempe, assim em riba do coisa do fogo, lá de chapa, esses trem… Socava, minha filha, tirava aquele pó e toda vez que botava comida pra pessoa, ela ia com uma colher, uma colherzinha daquele pó e botava nas primeiras bocadas da comida daquela pessoa." (E24 / F, 65 anos)	Inchaço Amarelão

Fonte: Elaboração própria.

A variedade de preparações relatadas evidencia a autonomia da comunidade, marcada pela valorização da natureza e revela que os conhecimentos são adquiridos e repassados ao longo dos anos, funcionando como uma alternativa ao posto de saúde, inexistente no local. Além disso, é possível observar a coerência e diversidade do saber popular, dessa forma, uma planta se apresenta com indicação para mais de uma finalidade terapêutica, ao passo que variedades de plantas são utilizadas para tratar um mesmo agravo, como também relatado por Silva, Lobato e Ravena-Canete (2019) e outros.

Neste sentido, Ramos *et al*. (2024), identificaram que as comunidades quilombolas possuem um vasto conhecimento etnofarmacológico e abordam sobre a importância de compreender e aplicar esse conhecimento nas estratégias de cuidado em saúde, uma vez que esses saberes tradicionais podem fundamentar diversas ações voltadas para o autocuidado.

Entre as preparações identificadas, destaca-se a utilização do boldo em forma de sumo, obtido pela trituração da planta no liquidificador, empregado para tratar dor no estômago. Tal uso também foi registrado por Farias *et al.* (2021), em pesquisa realizada com quatro comunidades tradicionais situadas no Recôncavo Baiano, onde se investigou o conhecimento e o uso de plantas medicinais pelas mulheres. Os autores apontaram que o boldo era utilizado para dor de barriga e de estômago, indigestão, mal-estar e ressaca. No presente estudo, observou-se similaridade quanto à finalidade terapêutica, sugerindo que a planta, dentro do saber tradicional quilombola, possui amplo reconhecimento no alívio de desconfortos gastrointestinais.

Embora haja convergência quanto ao uso da planta, conforme relatado por uma das entrevistadas: "*Bate no liquidificador e faz o sumo.*" (E25 / F, 38 anos), divergências foram notadas na forma de preparo, uma vez que, no estudo de Farias *et al.* (2021), houve predominância do uso na forma de chá, feito a partir das folhas.

Assim como o boldo, outras plantas medicinais também apresentam variações em seu preparo e uso, a depender do contexto e do conhecimento transmitido localmente. O alho, por exemplo, acrescentado a outros produtos, aparece neste estudo com duas formas de preparo: amassado e assado, com a finalidade de auxiliar no tratamento de gripe e gota: "*Asso o alho, né, limão, e faz a xaropada e toma, é duas, três vezes, já tá bão*." (E18 / M, 54 anos) e "*Aí eu ponho uma meia colher dele, um pouquinho de gengibre amassado, um dente de alho amassado, uma colher de mel e mexo e tomo…*" (E2 / M, 68 anos). Filgueira *et al.* (2024), em seu estudo sobre o uso de plantas medicinais em uma comunidade do semiárido baiano, além de mencionar o uso para tratar gripe, cita o alho como antibiótico, preparado como chá por meio de decocção.

Além disso, Vieitas *et al.* (2021), descrevem o uso do alho com enfoque na sua aplicação em casos de hipertensão arterial, apontando que, diariamente, deve ser mastigado em meia unidade. A análise

conjunta evidencia que o saber tradicional sobre as plantas é diversificado, sendo adaptado conforme os contextos específicos de cada comunidade.

Esse paralelo contribui para reforçar a importância de garantir a preservação dos saberes tradicionais, uma vez que podem influenciar na terapêutica e, com base em validações científicas, abrir caminhos para serem integrados à atenção à saúde. Contudo, é importante considerar que os contextos socioculturais distintos podem dificultar comparações e, consequentemente, generalizações.

Dessa forma, os achados da presente pesquisa, ao dialogarem com diferentes investigações etnobotânicas, reafirmam a riqueza do conhecimento tradicional, que continua contribuindo com respostas viáveis para problemas cotidianos de saúde dos quilombolas.

Práticas de autocuidado e uso de medicamentos industrializados

Os medicamentos industrializados também se mostraram frequentes nas práticas de autocuidado da comunidade. Dentre os mais mencionados estão a hidroclorotiazida e a losartana, empregados no tratamento de hipertensão como mencionado por E4 / F, 68 anos: *"A não ser, pra pressão eu tomo é losartana. Esqueci o nome do outro... Hidroclorotiazida, eu tomo esse aí"*. Esse dado dialoga com estudos de Santos *et al*. (2019), realizado com 390 quilombolas de 15 comunidades do estado de Sergipe, onde se verificou uma prevalência de hipertensão superior nesse público em comparação à população geral do mesmo estado. Além disso, são citados diclofenaco e dipirona utilizados para o alívio de dores: *"Ah, eu bebo mais pra dor de cabeça é dipirona"* (E22 / M, 54 anos).

O acesso aos medicamentos ocorre, principalmente, por meio da compra em farmácias da cidade, da aquisição junto a mascates que frequentam a comunidade e por doações de familiares e vizinhos, em uma rede de cuidado coletivo: *"Quando eu não compro de algum mascate, os vizinhos me dá. Às vezes eu sinto a dor de cabeça, eu pido um comprimido aí e um me dá"* (E22 / M, 54 anos). Esses dados confirmam os achados de Leite *et al.* (2022), que, ao pesquisarem adolescentes quilombolas e não quilombolas residentes em comunidades rurais, constataram que a dificuldade de acesso a medicamentos por vias formais e aos serviços de saúde leva a população a adotar essas práticas como uma estratégia alternativa de cuidado.

Por outro lado, essa dinâmica de circulação de medicamentos pode gerar vulnerabilidades e afetar o processo terapêutico. Ainda assim, revela uma tentativa de não interromper o tratamento prescrito. Uma entrevistada relatou que utilizava metformina de 850 mg, conforme prescrição, mas, no momento da entrevista, estava tomando comprimidos de 500 mg, que recebeu por doação: *"É, foi... que arrumou lá, uma mulher lá deu pra ela disse pra trazer pra mim, né?"* (E1 / F, 75 anos). Esse tipo de situação evidencia

um cenário de risco, especialmente entre pessoas com baixa escolaridade. Ghassab-Abdollahi *et al.* (2024), em estudo com idosos analfabetos ou com baixa escolaridade, identificaram alta frequência de erros de medicação, com destaque para falhas como dosagens incorretas e administração fora do horário estabelecido, aspectos que convergem com o relato apresentado.

Nesse sentido, embora os medicamentos industrializados estejam presentes na rotina dessa população, alguns moradores demonstraram claramente resistência quanto ao seu uso: *"[...] Eu não sou muito de tomar muito remédio de farmácia, eu tomo mais é remédio caseiro mesmo"* (E5 / F, 65 anos). Outro morador reforça o seu sentimento de insatisfação acerca da eficácia dos medicamentos industrializados e valoriza a utilização de remédios caseiros envolvendo plantas: *"Eu tomo comprimido, tomo comprimido não tá valendo nada. Melhor raizada de mato"* (E6 / M, 77 anos).

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos industrializados, percebe-se uma interferência significativa nas práticas de autocuidado. Gomes *et al.* (2024), discutem as barreiras que dificultam o acesso à atenção primária, destacando fatores como desigualdades raciais e geográficas, escassez de atendimentos, além dos custos com deslocamentos e a ausência de determinados serviços no SUS. De forma coerente com essa análise, a maioria dos entrevistados também relataram obstáculos semelhantes, especialmente relacionados à distância entre a comunidade e os serviços de saúde, à falta de transporte e ao desconforto físico enfrentado durante o trajeto: *"Só quando eu tô ruim mesmo que vou, porque [...] Tem hora que quando eu viajo, parece que fica até pior, porque parece que o corpo dói assim"* (E1 / F, 75 anos). Outra entrevistada relatou sobre o uso de medicamento para diabetes: *"Então, eu já tomei um bocado, agora esses dias eu não tô tomando não"* e ao ser questionada sobre o motivo, disse: *"[..] é porque acabou e eu não tô indo na rua, porque quando eu vou eu passo muito mal"* (E9 / F, 66 anos). Essa fala evidencia o impacto negativo na saúde relacionado ao agravamento de doenças e torna necessárias políticas públicas para contornar essas situações.

Além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, entre os principais obstáculos à prática do autocuidado estão a falta de tempo, informação e motivação, ou a falta de recursos, fatores que comprometem a adoção e a manutenção de práticas de autocuidado. Em populações vulneráveis, o autocuidado pode ainda ser uma forma de resistência, pois surge como prática que favorece a manutenção da saúde e o enfrentamento das dificuldades do cotidiano, tendo em vista que essas pessoas enfrentam maiores obstáculos de acesso a serviços, educação e recursos básicos para o cuidado (OGASSAVARA *et al.*, 2024).

Além disso, observa-se que as práticas de autocuidado não se restringem ao uso de medicamentos de forma isolada, muitas vezes ocorre a associação entre o uso de plantas medicinais e medicamentos industrializados com o objetivo de potencializar o efeito terapêutico: *"Aí faço o chazinho e bebo, tem vez*

que eu bebo sozinho, outra hora eu tomo com dipirona, aí baixa mais a pressão" (E1 / F, 75 anos). Esse tipo de prática também foi identificado por Nink, Nunes e Nink (2023), ao observarem que, em outra comunidade quilombola, mais de 50% dos entrevistados utilizavam tanto o tratamento convencional quanto o tradicional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados analisados, foi possível identificar dois grandes eixos de práticas de autocuidado presentes no cotidiano dos indivíduos quilombolas, diante das diferentes necessidades de saúde: o uso de plantas medicinais e o uso de medicamentos industrializados. Os saberes tradicionais, especialmente por meio das plantas medicinais, e o uso de fármacos convencionais são influenciados, principalmente, pela cultura local, pela disponibilidade de recursos e pela gravidade do problema de saúde enfrentado.

Os resultados desta pesquisa evidenciam que o autocuidado na comunidade quilombola São Domingos se baseia nos conhecimentos adquiridos através das experiências ao longo do tempo, sendo transmitidos entre gerações. Desse modo, atua como uma estratégia para lidar com os problemas de saúde, reduzir a dependência de serviços de saúde formais e, assim, evitar a necessidade de percorrer longas distâncias, já que a comunidade não possui um serviço de saúde fixo. Esse modo de agir em relação às práticas de autocuidado expressa a resistência, a autonomia e a identidade dessa população.

Em um contexto de busca por equidade em saúde, os resultados desta pesquisa contribuem para direcionar a construção e a implementação de políticas públicas e práticas de saúde mais inclusivas, tendo em vista que abordam a realidade quilombola, bem como os fatores que influenciam os cuidados com a saúde e as estratégias adotadas. Desse modo, a pesquisa contribui para a valorização, preservação dos saberes tradicionais e subsidiação de novas pesquisas.

Apesar das contribuições oferecidas, esta pesquisa possui limitações, como a necessidade de ampliar o tempo de observação participante, possibilitando descrições mais densas acerca da vivência e das experiências de autocuidado de quilombolas. Além disso, os resultados seriam melhor aprofundados em diferentes pontos específicos (agravos à saúde, gênero, idade, renda e função na comunidade), o que permitiria uma visão mais detalhada das práticas de autocuidado.

Os resultados apontam para a necessidade de fortalecer ações em saúde que realmente atendam às necessidades dos quilombolas, buscando ampliar o suporte para o consumo adequado de plantas medicinais e de medicamentos industrializados. Acredita-se que se possa estruturar serviços de atenção básica/primária integrando conhecimentos tradicionais e científicos, favorecendo políticas de plantas

medicinais e fitoterápicos do SUS. Além disso, incentivar o diálogo é fundamental para valorizar as práticas de autocuidado. Pesquisas futuras podem incluir diferentes comunidades, e aprofundar os estudos, visando à inserção de ações educativas e programas de saúde que integrem os saberes tradicionais.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. "Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico". *In*: RABELO, M. C. M. *et al*. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1999.

AMADOR, M. S. M.; LUCAS, F. C. A. "Etnobotânica de plantas medicinais na comunidade Quilombola de Caldeirão, Salvaterra, Ilha de Marajó, Pará". **Interações**, vol. 26, 2025.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1984.

BRASIL. **Autocuidado em saúde e a literacia para a saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas**: guia para profissionais da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 11/11/2025.

BRASIL. **Decreto n. 4.887, de 20 de novembro de 2003**. Brasília: Planalto, 2003. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 14/11/2025.

BRASIL. **Decreto n. 6.040, de 7 de fevereiro de 2007**. Brasília: Planalto, 2007. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 22/12/2025.

BRASIL. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 28/09/2025.

CASTRO, E. R. **"Tem que comer o que dá sangue"**: saberes tradicionais e práticas culturais no cuidar e educar de crianças quilombolas (Dissertação de Mestrado em Educação). Juiz de Fora: UFJF, 2021.

CHALHOUB, S. **Cidade febril**: cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Editora Cia das Letras, 1996.

CZERESNIA, D. "The concept of health and the difference between prevention and promotion". **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 15, n. 4, 1999.

FARIAS, J. C. *et al*. "Medicinal flora cultivated in backyards of a community in Northeast Brazil". **Ethnobotany Research and Applications**, vol. 18, 2019.

FARIAS, P. S. *et al*. "Plantas medicinais utilizadas por mulheres em comunidades quilombolas do Recôncavo Baiano". **Research, Society and Development**, vol. 10, n. 12, 2021.

FERNANDES, S. L.; SANTOS, A. O. "Itinerários terapêuticos e formas de cuidado em um quilombo do Agreste Alagoano". **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 39, 2019.

FERREIRA, A. L. S.; PASA, M. C.; NUNEZ, C. V. "A etnobotânica e o uso de plantas medicinais na Comunidade Barreirinho, Santo Antônio de Leverger, Mato Grosso, Brasil". **Interações**, vol. 21, n. 4, 2020.

FILGUEIRA, D. M. *et al*. "Conhecimento popular e tradição: uso de plantas medicinais em um quilombo no nordeste do Brasil". **Revista Contexto e Saúde**, vol. 24, n. 48, 2024.

FREITAS, M. C. "Educação inclusiva: diferenças entre acesso, acessibilidade e inclusão". **Cadernos de Pesquisa**, vol. 53, 2023.

GAMA, P. A. *et al*. "Práticas de cuidado e cura no quilombo Abacatal". **Mundo Amazónico**, vol. 10, n. 1, 2019.

GERHARDT, T. E. "Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade". **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 22, n. 11, 2006.

GHASSAB-ABDOLLAHI, N. *et al.* "Self-administration medication errors at home and its predictors among illiterate and low-literate community-dwelling older adults with polypharmacy: a negative binomial hierarchical regression". **PLoS One,** vol. 19, n. 4, 2024.

GIMOVSKI, F.; OLIVEIRA, C. M. R. "Ancestralidade quilombola: um caminho para a sustentabilidade e a diversidade cultural no Brasil". **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 19, n. 56, 2024.

GOMES, R. F. *et al*. "Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 29, n. 3, 2024.

GUIMARÃES, B. O.; OLIVEIRA, A. P.; MORAIS, I. L. "Plantas medicinais de uso popular na Comunidade Quilombola de Piracanjuba – Ana Laura, Piracanjuba, GO". **Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science**, vol. 8, n. 3, 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **Censo Demográfico 2022**: quilombolas: primeiros resultados do universo: segunda apuração. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <www.ibge.gov.br >. Acesso em: 27/09/2025.

KIM, S. H. *et al.* "Effects of digital self-management symptom interventions on symptom outcomes in adult cancer patients: A systematic review and meta-analysis". **European Journal of Oncology Nursing**, vol. 66, 2023.

LACERDA, R. S.; MENDES, G. "Territorialidades, saúde e ambiente: conexões, saberes e práticas quilombolas em Sergipe, Brasil". **Sustentabilidade em Debate**, vol. 9, n. 1, 2018.

LEITE, B. O. *et al*. "Uso de medicamentos entre adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas no interior da Bahia, Brasil". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 27, n. 3, 2022.

LIRA, A. S.; SOUZA, M. H. N. **Determinantes sociais da saúde e autocuidado de pessoas com diabetes mellitus**: uma revisão integrativa (Trabalho de Conclusão de Curso de Residência em Enfermagem). Rio de Janeiro: UFRJ, 2024.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. "Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil". **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, vol. 12, n. 2, 2005.

MENDONÇA, R. T. “Tendo dinheiro, todo o resto a gente corre atrás”: itinerário terapêutico e prescrição política do Kit-COVID”. **Observatorio de La Economía Latinoamericana**, vol. 22, n. 11, 2024.

MENOR-RODRIGUEZ, M. J. *et al*. “Influence of an educational intervention on eating habits in school-aged children”. **Children**, vol. 9, n. 4, 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MOLLA, I. B. *et al*. “The role of community organisation, religion, spirituality and cultural beliefs on diabetes social support and self-management in Sub-Saharan Africa: integrative literature review”. **Journal of Religion and Health**, vol. 64, n. 4, 2025.

NASCIMENTO, R. C. **Saberes tradicionais indígena sobre cuidados em saúde** (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem). Fortaleza: UFC, 2018.

NINK, M. S.; NUNES, É. S.; NINK, R. A. “Culture – health relationships in a quilombola community in Northeastern Brazil: perceptions of the duality of traditional medicine / conventional medicine”. **Health and Medicine: Science, Care, and Discoveries**, n. 50, 2023.

NODEH Z. H. *et al*. “A scoping review of individual health responsibility: A context-base concept”. **Journal of Education and Health Promotion**, vol. 13, 2024.

OGASSAVARA, D. *et al*. “Conjunturas contextuais e motivacionais no autocuidado ao longo da vida: peculiaridades e influências”. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas E Tecnologia**, vol. 12, n. 3, 2024.

OLIVEIRA, J. L. M. *et al*. “Indicadores sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa da literatura”. **Campos Neutrais: Revista Latino-Americana de Relações Internacionais**, vol. 6, n. 2, 2024.

PEDROSO, R. S.; ANDRADE, G.; PIRES, R. H. “Plantas medicinais: uma abordagem sobre o uso seguro e racional”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 31, n. 2, 2021.

PEREIRA, P. S.; PAULA, L. L. R. J. “Ações terapêuticas do capim-santo: uma revisão de literatura”. **Revista Saúde em Foco**, n. 10, 2018.

PERSSON, V.; WICKMAN, U. L. “Artificial intelligence as a tool for self-care in patients with type 1 and type 2 diabetes: an integrative literature review”. **Healthcare**, vol. 13, n. 8, 2025.

RAMOS, L. F. S. *et al*. “Ethnobotanical surveys of plants used by Quilombola communities in Brazil: a scoping review”. **Life**, vol. 14, n. 10, 2024.

ROMANUS, P. C.; MENDES, F. R.; CARLINI, E. A. “Factors affecting the use of medicinal plants by migrants from rural areas of Brazilian Northeast after moving to a metropolitan region in Southeast of Brazil”. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**, vol. 14, n. 1, 2018.

SANTOS, D. M. S. *et al*. “Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em comunidades quilombolas do estado de Sergipe, Brasil”. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, vol. 113, n.3, 2019.

SANTOS, M. G.; QUINTERO, M. (orgs.). **Saberes tradicionais e locais**: reflexões etnobiológicas. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2018.

SANTOS, M. M.; FENNER, R. S. “Saberes tradicionais quilombolas no ensino de Ciências da Natureza: uma perspectiva a partir da memória biocultural”. **Anais do XIII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências**. Campina Grande: Realize Editora, 2021

SANTOS, M. T.; LACERDA, R. S. “A paz quilombola e a produção de saberes tradicionais de cuidados em saúde”. **Anais do III Seminário Nacional de Sociologia**. São Cristóvão: UFS, 2020.

SCALIZE, P. S. (org.). **Diagnóstico dos municípios que integram o Projeto SanRural**: Cavalcante, Goiás - 2019. Goiânia: Cegraf UFG, 2022.

SILVA, A. C.; LOBATO, F. H. S.; RAVENA-CANETE, V. “Plantas medicinais e seus usos em um quilombo amazônico: o caso da comunidade quilombola do Abacatal, Ananindeua (PA)”. **Revista NUFEN**, vol. 11, n. 3, 2019.

SILVA, É. M. **Promoção da saúde**: o autocuidado no contexto de grupos de pessoas que vivem com doenças crônicas não transmissíveis (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva). Niterói: UFF, 2018.

SILVA, I. M. C. *et al*. “A importância do autocuidado na hanseníase: uma revisão da literatura”. **Educação, Ciência e Saúde**, vol. 7, n. 2, 2020.

SILVA, T. L. S. *et al.* “Conhecimentos sobre plantas medicinais de comunidades tradicionais em Viseu/Pará: valorização e conservação”. **Revista Brasileira de Agroecologia**, vol. 14, n. 3, 2019.

SOARES, D. J. *et al*. “Acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil”. **Saúde em Debate**, vol. 48, n. 142, 2024.

SOTO, N. Y. T. *et al*. “Diseño y validación de la escala de conductas de autocuidado”. **Behavioral Psychology / Psicología Conductual**, vol. 29, n. 3, 2021.

VIEITAS, D. R. I. *et al.* “Uso de plantas medicinais em um quilombo: um relato de experiência de Estratégia Saúde da Família”. **Práticas Integrativas e complementares**: visão holística e multidisciplinar, Editora Científica, 2021.

WHO - World Health Organization. **WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision**: executive summary. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 11/11/2025.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano VII | Volume 24 | Nº 72 | Boa Vista|2025

http://www.ioles.com.br/boca

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávaro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Tiou Kimar Clarke, University of Technology, Jamaica