



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM PPGENF
MESTRADO ACADÊMICO EM ASSOCIAÇÃO AMPLA
COM A UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ UEPA/UFAM



NAIZA PERES DE LIMA

**SABERES E PRÁTICAS DE POPULAÇÕES RIBEIRINHAS DO AMAZONAS NO
AUTOCUIDADO COM FERIDAS AGUDAS**

MANAUS-AM

2026

NAIZA PERES DE LIMA

**SABERES E PRÁTICAS DE POPULAÇÕES RIBEIRINHAS DO
AMAZONAS NO AUTOCUIDADO COM FERIDAS AGUDAS**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Associação ampla da Universidade do Estado do Pará com a Universidade Federal do Amazonas (PPGENF UEPA/UFAM) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no Contexto da Sociedade Amazônica.

Linha de pesquisa 2: Educação e cuidado em saúde e Enfermagem na Amazônia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cristiane Costa Reis da Silva

MANAUS-AM

2026

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

- L732s Lima, Naiza Peres de
 Saberes e práticas de populações ribeirinhas do Amazonas no
 autocuidado com feridas agudas / Naiza Peres de Lima. - 2026.
 95 f. : il., color. ; 31 cm.
- Orientador(a): Cristiane Costa Reis da Silva.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa
 de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico, Manaus,
 2026.
1. Enfermagem. 2. Ribeirinho. 3. Comunidade. 4. Autocuidado. 5.
 Feridas agudas. I. Silva, Cristiane Costa Reis da. II. Universidade Federal
 do Amazonas. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto
 Amazônico. III. Título
-

NAIZA PERES DE LIMA

**SABERES E PRÁTICAS DE POPULAÇÕES RIBEIRINHAS DO AMAZONAS NO
AUTOCUIDADO COM FERIDAS AGUDAS**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Associação ampla da Universidade do Estado do Pará com a Universidade Federal do Amazonas (PPGENF UEPA/UFAM) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem no Contexto da Sociedade Amazônica, na linha de pesquisa 2: “Educação e cuidado em saúde e Enfermagem na Amazônia”.

Aprovação: 27/04/2026

BANCA EXAMINADORA

Dr.^a Cristiane Costa Reis da Silva (Orientadora e Presidente da Sessão)

Dr.^a Simone Coelho Amestoy (1^a Examinadora) UNIVASF

Dr.^a Abel Santiago Muri Gama (2^a Examinador) UFAM

Dr. Rafael de Meneses Reis (Suplente) UFAM

Dr.^a Charles Maciel Falcão (Suplente) UFAM

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meu sustento diário, minha fortaleza nos momentos de fraqueza e por me conceder sabedoria, fé e perseverança ao longo de toda esta trajetória.

À minha família, base essencial da minha formação humana e profissional, pelo amor, apoio e compreensão incondicionais.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) – Mestrado Acadêmico em Associação Ampla, desenvolvido em parceria entre a Universidade do Estado do Pará (UEPA) e a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), pela oportunidade de formação, pelo compromisso com a excelência científica e pela contribuição significativa para o fortalecimento da Pós-graduação em Enfermagem na região amazônica.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por desempenhar papel fundamental no desenvolvimento da ciência e da educação, fomentando os cursos de mestrado e doutorado possibilitando assim, o desenvolvimento de pesquisas.

À Prof^ª. Dr^ª. Cristiane Costa Reis da Silva, orientadora deste trabalho, pela condução ética, competente e sensível ao longo de todo o processo formativo, pelas valiosas contribuições científicas, disponibilidade, incentivo e compromisso com o rigor metodológico, fundamentais para o desenvolvimento e a conclusão desta pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho Elveline Barbosa, Rosivete Maciel, Márcio Bechimool, Ediane Silva, Antônio Neto e Jhenife Kelly, por todos os incentivos, apoio e palavras de encorajamento durante esta caminhada, contribuindo significativamente para que este percurso fosse possível. Efésios 4:29. *“Não digam palavras que fazem os outros cair; digam apenas palavras de encorajamento que os edifiquem, conforme a necessidade, para que ouçam e sejam abençoados.”*

Aos meus colegas de Mestrado Andriely Valentin, Uenderson Avilad, Natallie Freire, Kathelen Uend e Adriane, pelo apoio incansável, companheirismo e acolhimento nos momentos difíceis, tornando essa jornada mais leve e humana. Provérbios 17:17. *“Em todo tempo ama o amigo e na angústia se faz o irmão.”*

À Enfermeira Sterfany Caetano, por todo o conhecimento compartilhado, disponibilidade e contribuição para o meu crescimento profissional.

Aos participantes da pesquisa (entrevistados), pela disponibilidade, confiança e contribuição essencial para a realização deste estudo.

À Comunidade Nossa Senhora Aparecida e à Comunidade Nossa Senhora de Fátima, pela receptividade, colaboração e partilha de saberes.

À Associação Comunitária dos Produtores Rurais da Comunidade Nossa Senhora Aparecida, por todo o conhecimento partilhado e pela contribuição significativa para o desenvolvimento desta pesquisa. Provérbios 18:15. *“Quem tem discernimento está sempre pronto a aprender; seus ouvidos estão abertos para o conhecimento.”*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais, Sr. Francisco Ferreira Lima e Sra. Iracy Peres de Lima (em memória), por todo amor partilhado, pelos exemplos de caráter, perseverança e dignidade, que permanecem vivos em mim. A saudade é infinita, mas o legado é eterno. Efésios 6:1–3. *“Filhos, obedeei a vossos pais no Senhor, porque isto é justo. Honra a teu pai e a tua mãe, para que tudo te corra bem e sejas de longa vida sobre a terra.”*

À minha filha, Jade Lima Parente, minha maior força, meu bem mais precioso, meu motivo diário para lutar e seguir em frente. Meu amor incondicional. Salmos 127:3. *“Eis que os filhos são herança do Senhor, e o fruto do ventre, o seu galardão.”*

Ao meu esposo, Ednei Pereira Parente, minha fortaleza, meu porto seguro e meu maior incentivador. Obrigada pela paciência, companheirismo e amor em todos os momentos. Efésios 4:2. *“Sejam completamente humildes e dóceis, e pacientes, suportando uns aos outros com amor.”*

RESUMO

Introdução: O presente estudo tem como tema central os saberes e as práticas de populações ribeirinhas do Amazonas no autocuidado com feridas agudas. Estas comunidades, muitas vezes afastadas dos serviços formais de saúde, desenvolvem estratégias próprias baseadas em conhecimentos tradicionais, transmitidos oralmente de geração a geração. **Objetivos:** compreender os saberes e práticas de populações ribeirinhas do Amazonas no autocuidado com feridas agudas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa de natureza descritivo-exploratória do tipo pesquisa de campo, ancorado na teoria do autocuidado. A pesquisa foi realizada em comunidades ribeirinhas de acesso via fluvial, utilizando como técnicas principais a observações, entrevistas semiestruturadas com moradores das comunidades em estudo. A análise dos dados seguiu os princípios da análise de conteúdo, permitindo a identificação de categorias temáticas ligadas às práticas de cuidado, crenças e valores locais. **Resultados:** Foram analisadas quinze entrevistas realizadas nos meses de maio e junho, o corpus textual foi compilado em um único arquivo compatível com o IRaMuTeQ®, os resultados evidenciaram que o autocuidado com feridas agudas entre populações ribeirinhas do Amazonas é sustentado por um sistema de saberes tradicionais, transmitidos no âmbito familiar e comunitário, no qual predominam práticas caseiras e o uso de plantas medicinais para o cuidado de cortes, sangramentos e lesões decorrentes do cotidiano. Observou-se que essas práticas coexistem de forma complementar com o uso de medicamentos industrializados e com a busca pelo cuidado profissional, especialmente em situações consideradas mais graves, esses relatos evidenciam que as barreiras territoriais e econômicas influenciam diretamente as decisões relacionadas à busca por cuidado formal, contribuindo para que os participantes recorram, em muitas situações, às práticas tradicionais

sendo essa escolha fortemente influenciada por barreiras territoriais.

Palavras-chaves: Enfermagem. Ribeirinho. Comunidade. Autocuidado. Feridas agudas.

ABSTRACT

Introduction: This study focuses on the knowledge and practices of riverside populations in the Amazon region regarding self-care for acute wounds. These communities, often far from formal health services, develop their own strategies based on traditional knowledge, transmitted orally from generation to generation. **Objectives:** To understand the knowledge and practices of riverside populations in the Amazon region regarding self-care for acute wounds. **Methodology:** This is a qualitative, descriptive-exploratory field research study, grounded in the theory of self-care. The research was conducted in riverside communities accessible by river, using observation and semi-structured interviews with residents of the communities under study as the main techniques. Data analysis followed the principles of content analysis, allowing the identification of thematic categories related to care practices, beliefs, and local values. **Results:** Fifteen interviews conducted in May and June were analyzed. The textual corpus was compiled into a single file compatible with IRaMuTeQ®. The results showed that self-care for acute wounds among riverside populations in the Amazon is supported by a system of traditional knowledge, transmitted within the family and community, in which home practices and the use of medicinal plants for the care of cuts, bleeding, and injuries resulting from daily life predominate. It was observed that these practices coexist in a complementary way with the use of industrialized medicines and with the search for professional care, especially in situations considered more serious. These accounts show that territorial and economic barriers directly influence decisions related to the search for formal care, contributing to participants resorting, in many situations, to traditional practices.

Keywords: Nursing. Riverside dweller. Community. Self-care. Acute wounds.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localidade das comunidades da Costa do Jussara.....	30
Figura 2: Ribeirinha em coleta de casca de árvore para uso fitoterápico em comunidade do interior de Coari-AM.	33
Figura 3: Conceitos centrais da Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem.	37
Figura 4: Registro da comunidade que foi realizado a pesquisa.	43
Figura 5: Entrevista realizada durante a etapa de coleta de dados da pesquisa.	45
Figura 6: Diagrama de ziph da frequência das palavras e frequência de formas.	51
Figura 7: Representação gráfica da AFC das variáveis fixas no plano fatorial.	53
Figura 8: Dendograma de classe operacionalizado no software IRaMuTeQ®.....	55
Figura 9: Dendograma em cascata de palavras operacionalizado pelo software IRaMuTeQ®.....	57
Figura 10: Dendograma em nuvem de palavras operacionalizado pelo software IRaMuTeQ®.	58
Figura 11: Dendograma de classes adaptado do IRaMuTeQ® e criado no Microsoft Word®.	59
Figura 12: Árvore de similitude das palavras com maior proximidade gerada pelo IRaMuTeQ®.	66
Figura 13: Nuvem de palavras de maior frequência presente no corpus textual, operacionalizadas pelo software IRaMuTeQ®.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Unidade Básicas de Saúde (UBS) de Coari-AM: Distribuição dos ACS e ESF por UBS. .29	
Quadro 2: Codificação das variáveis do corpus textual para análise no IRaMuTeQ®. 47	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
APRODUCIDA	Associação Comunitária dos Produtores Rurais da Comunidade Nossa Senhora Aparecida
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
eMult	Equipe. Multiprofissional
ESFR	Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha
eSF	Estratégia da Saúde da Família
HRC	Hospital Regional de Coari
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISB	Instituto de Saúde e Biotecnologia
PACE	Programa Atividade Curricular de Extensão
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PPGENF	Programa de Pós- Graduação Enfermagem
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UBSR	Unidade Básica de Saúde Ribeirinha
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UFAM	Universidade Federal do Amazonas

Sumário

MEU PROPÓSITO	15
1. INTRODUÇÃO	19
2. JUSTIFICATIVA.....	23
3. OBJETIVOS	26
3.1 Geral.....	26
3.2 Específicos	26
4.0 REVISÃO DE LITERATURA.....	28
4.1 Contexto sociocultural e de saúde das populações ribeirinhas do Amazonas.	28
4.2 Caracterização das comunidades rurais, acesso e da assistência em saúde	29
4.3 Saberes e práticas de populações ribeirinhas nos autocuidados com feridas.	31
4.4 Cuidados em saúde no contexto ribeirinho: família, enfermagem.	33
4.5 Aspectos conceituais e classificatórios das feridas.	35
5. TEORIA DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA ELIZABETH OREM	35
5. 1. 1 Teoria de Autocuidado de Orem	36
5. 1. 2 Teoria do Déficit de autocuidado	38
5. 1. 3 Teoria dos Sistemas de Enfermagem	38
5 2. Autocuidado e o cuidado em Enfermagem	39
6. METODOLOGIA.....	41
6.1 Tipo de pesquisa.....	41
6.2 Locus da pesquisa	41
6.3 Participantes da pesquisa	43
6.4 Critérios de Elegibilidade.....	44
6.5 Critérios de Inelegibilidade	44
6.6 Coleta dos dados.....	44
6.7 Análises dos dados	46
6.8 Aspectos éticos	47
6.9 Análise dos Riscos e benefícios	47
6.9.1 Riscos.....	48
6.9.2 Benefícios	48
7. RESULTADOS.....	50
8. DISCUSSÃO.....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIA	80
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA	88
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –	

TCLE.....	90
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA	92
ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	93

MEU PROPÓSITO

Chamo-me Naiza Peres de Lima, natural de Coari-Amazonas. Vivi minha infância em uma comunidade ribeirinha, próximo a cidade de Coari, cercada pela natureza e pela simplicidade da vida no interior, cresci ao lado dos meus pais e mais oito (8) irmãos. Foi também ali, entre os rios e verde da floresta que iniciei minha jornada acadêmica ainda na comunidade ribeirinha, até a quarta série, sem a oferta de ensino para dar continuidade à minha escolaridade na comunidade, migrei para a sede do município e dei continuidade aos meus estudos e, concluí o ensino fundamental. Aos dezessete anos de idade, em busca de novas oportunidades, mudei para Manaus-AM, em busca de melhores condições de vida, a mudança foi desafiadora, isso pesou bastante na minha decisão de deixar o conforto do meu lar e a vivência com minha família.

Em Manaus enfrentei uma rotina de trabalho no Distrito Industrial, enquanto concluía o ensino médio, em 1995. Após algumas tentativas de ingresso na Universidade Federal do Amazonas (UFAM), decidi fazer um curso Técnico de Enfermagem em 2002. Foi nesse momento que descobri minha verdadeira vocação: cuidar das pessoas e atuar a prevenção de agravos à saúde, especialmente dos mais vulneráveis.

Em 2004, retornei à cidade de Coari para atuar como técnica de enfermagem no Hospital Regional de Coari (HRC). O início foi repleto de desafios e aprendizados, mas também de amadurecimento pessoal e profissional. Determinada a crescer na profissão, ingressei, em 2006, na primeira turma do curso de Bacharelado em Enfermagem pelo Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) Campus Coari, a rotina era intensa, por ser um curso de tempo integral, foi um período desafiador na minha vida, pois tinha de conciliar trabalho e estudos. Entretanto o curso me possibilitou novos horizontes e desafios, a Universidade foi motivo de muita felicidade para mim, as expectativas foram as melhores, com o surgimento de muitas novidades, novos amigos e conhecimentos.

No último período da graduação, realizei meu estágio curricular supervisionado II, último estágio do curso de Enfermagem, foi um período de muito aprendizado, nesse período tive a oportunidade de desenvolver as atividades de saúde coletiva, trabalhando diretamente com a comunidade. Em 2010 tive a oportunidade de ingressar no curso de especialização em saúde pública, esse curso me direcionou a um mundo de informações a respeito dos agravos a saúde e principalmente o quanto as políticas em saúde estão a quem das reais necessidades da população.

Em 2012 tive a oportunidade de atuar como enfermeira da Atenção Básica, passei por grandes desafios, experiências e oportunidade singular para aprimorar meus conhecimentos, não somente como Enfermeira assistencialista, mas também como Coordenadora da equipe

saúde da família. Diante desse desafio senti necessidade de aprimorar meus conhecimentos em gestão, ainda em 2012 concluí a especialização em gestão em saúde pela Universidade Aberta do Brasil.

Em 2013 atuei na equipe Saúde da Família Ribeirinha, considero essa experiência o ponto máximo da minha atuação enquanto enfermeira posso afirmar que vivenciei realidade da saúde pública dentro de um contexto amazônico, as dificuldades de acesso no qual, para chegarmos as comunidades viajavamos de lanchas durante horas enfrentando temporais e banheiros¹ para realizar as ações de Enfermagem.

O interesse pela temática surgiu a partir da minha atuação profissional como Enfermeira, atuando na equipe de Saúde da família ribeirinha. Essas experiências trouxeram uma vivência na prática acerca dos benefícios das práticas integrativas como no controle de sangramento, bem como alívio da dor, no momento do evento, nos casos de feridas agudas, como por exemplos ferimentos causados por acidentes com terçados², pregos, cortes provocados por pedaços de vidros, latas de conservas e/ou picadas de animais peçonhentos.

É incrível o mundo de oportunidades que o campo da educação nos oferece, oportuniza o crescimento para contribuir com a sociedade, em 2016 ingressei através Concurso Público para função de técnico de enfermagem, passei atuar no laboratório do curso de enfermagem da Universidade Federal do Amazonas polo Coari onde atuo assessorando os docentes nas atividades práticas do curso tanto dentro do laboratório como em atividades extramuros, dentro da Universidade. Atualmente faço parte do Colegiado de Enfermagem, fui membro do Conselho municipal de Saúde do município representante do Instituto de Saúde e biotecnologia campus Coari, ISB.

Atuando como técnica de laboratório do Instituto de Saúde e biotecnologia campus Coari, tive a oportunidade de aprimorar meus conhecimentos tanto acadêmico como profissional, fui Coordenadora dos laboratórios de Semiologia e Semiotécnica nos períodos de 2019 a 2022, participei de Programa Atividade Curricular de Extensão, (PACE), liga acadêmica, atuei como vice Coordenadora Núcleo de Acessibilidade.

Durante minha trajetória acadêmica e profissional percebi o quanto a saúde e educação estão interligados e como se relacionam no processo de desenvolvimento do cidadão, e que o processo de prevenção não é possível sem a educação em todos os seguimentos, seja social, saúde, política, economia, cultura e meio ambiente, sabendo que o cuidado a saúde passa por um processo de conhecimento nato.

¹ Termo regional, especialmente da Amazônia, que descreve o movimento ondulatório das águas causado por ventos, agitação nas águas ou fenômenos como a pororoca

² Tipo de facão ou machete de lâmina longa, reta ou ligeiramente curva, muito utilizado no Brasil para abrir trilhas, cortar arbustos e na agricultura.

O meu propósito, a partir da minha experiência, pessoal, acadêmica e profissional observou-se que na prática do autocuidado, os ribeirinhos utilizam-se de saberes empíricos como plantas medicinais e outros recursos naturais provenientes dos seus próprios meios onde vivem e trabalham, saberes esses adquiridos e passados de pais para filhos. Nessas vivências, observou-se também a disponibilidade desses tipos de conhecimentos tradicionais, que na maioria das vezes está ali, no quintal do ribeirinho, a disposição para ser utilizado a qualquer momento da necessidade.

Ao longo dessas vivências, me veio a inquietação ao observar que, muitas vezes os enfermeiros que atuavam junto a essa população, por desconhecimento dessas práticas, ou por só considerarem apenas o saber técnico-científico, menosprezavam esses cuidados, não levando em consideração outras formas de conhecimentos e com isso, podendo levar a uma comunicação constrangedora aos ribeirinhos, dificultando assim, o acolhimento adequado, característica fundamental para a prática do cuidado. Ademais, esses conhecimentos são muitas vezes motivo de curiosidade de pesquisadores, trazer à luz esses conhecimentos, possibilita a essa população o sentimento de pertencimento desses saberes.

INTRODUÇÃO



Fonte: Peres (2025).

1. INTRODUÇÃO

As populações ribeirinhas do Amazonas enfrentam desafios específicos no cuidado à saúde, especialmente diante da dificuldade de acesso aos serviços formais. Em situações de feridas agudas, o autocuidado é frequentemente baseado em saberes e práticas populares. Este estudo tem como objeto os saberes e práticas de autocuidado utilizados por essas populações no cuidado de feridas agudas. Esse objeto permite uma abordagem fundamentada em práticas culturais e experiências locais, estabelecendo um diálogo direto com a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, que orienta a compreensão e análise deste fenômeno a partir da perspectiva do autocuidado.

Atualmente, o Brasil passa por uma transformação significativa na sua epidemiologia, caracterizada pela transição de doenças infecciosas para doenças crônico-degenerativas e aquelas relacionadas a fatores externos, como o estilo de vida e o ambiente (Cortez et al., 2019).

Essa transformação reflete-se na saúde pública alterando os perfis de riscos enfrentados por diferentes populações. No contexto dos ribeirinhos, essa transição epidemiológica se manifesta de forma particular, uma vez que essas pessoas estão expostas a uma variedade de riscos físicos, biológicos, ergonômicos e acidentes, devido às condições do ambiente onde vivem e trabalham. A frequência desses agravos é potencializada pela interação constante com ecossistemas naturais, influenciada pelo local de moradia, práticas culturais, ocupações e contato direto com habitats de animais (Alencar, 2021).

Assim, os ribeirinhos frequentemente sofrem com feridas agudas, decorrentes de acidentes diários, agravados pela falta de serviços de saúde e saneamento. Esses acidentes incluem cortes com facão, enxadas, roçadeiras, quedas, escarpelamentos, tiros com espingardas e acidentes com animais peçonhentos, entre outros. (Alcântara, 2008; Moreira et al., 2022).

Diante disso, o cuidado à pessoa com feridas deve ir além da lesão em si, considerando o indivíduo em sua totalidade, suas experiências, saberes, práticas e contexto sociocultural. Reconhecer essas dimensões é fundamental para planejar e implementar cuidados mais humanizados e eficazes. Nessa perspectiva, autores como Sobrinho (2022), compreendem a doença como uma construção cultural, entendendo a cultura como um sistema de ideias, valores, normas e comportamentos partilhados por um determinado grupo social.

Nesse sentido, é importante reconhecer que diferentes comunidades, como os povos ribeirinhos, vivem suas experiências de saúde de maneira particular. Onde o acesso à assistência à saúde é escasso, por motivos que incluem distância de deslocamento, situação sazonal como seca, enchentes dos rios e condições econômicas. (Barbosa, et al., 2024). Por isso, eles recorrem à sua sabedoria e às práticas populares para resolver problemas de saúde, incluindo os cuidados

com feridas, demonstrando como a cultura influencia diretamente as formas de cuidado e tratamento adotadas por esses grupos. Em locais longínquos, o autocuidado, é percebido como a capacidade pessoal de cuidar-se e desempenhar práticas em seu próprio benefício, a fim de obter a saúde e o bem-estar. (Gama, 2020).

Entretanto, os saberes e práticas dos povos tradicionais e suas práticas sobre saúde, doença e cura têm sido historicamente marginalizados por instituições políticas e científicas e pela sociedade como todo. A resistência à integração dessas abordagens decorre, em grande parte, da visão hegemônica de que os saberes tradicionais carecem de validade científica, desconsiderando seus fundamentos culturais, territoriais e históricos (Ramos et al., 2025).

Além disso, predomina nos serviços de saúde o modelo biomédico, centrado na abordagem diagnóstica e curativa, com ênfase em dados clínicos e exames laboratoriais. Esse modelo, de acordo com (Almeida et al., 2022), muitas vezes, negligência Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e abordagens holísticas que consideram o indivíduo em sua totalidade corpo, mente, contexto social e cultural. Essa perspectiva pode limitar uma compreensão mais completa e humanizada da saúde, reforçando a importância de integrar diferentes abordagens para um cuidado mais abrangente.

Para além disso, de acordo com (Malta et al., 2021), o predomínio hegemônico do modelo biomédico emergiu como um obstáculo à aplicabilidade das (PICs), esse enfoque mecanicista da atenção à saúde, centrado na doença e no tratamento, reiterando a resistência dos profissionais à prescrição de terapias complementares e a resistência, por parte dos pacientes, à sua aceitação.

Ademais, observa-se limitada abordagem e conhecimento das PICs no cotidiano acadêmico, com entraves vinculados à medicina assistencialista hegemônica e pouca valorização de uma visão holística do cuidado em saúde, o que, conseqüentemente, causa impactos na adoção das práticas por profissionais de saúde. (Malta et al.; 2021).

De acordo com (Borges et al., 2023), as práticas integrativas caminham na direção de um novo paradigma em saúde denominado Paradigma Vitalista, cujo enfoque principal não é a doença e sim a saúde, a busca de equilíbrio do indivíduo em relação ao meio natural e social a que pertence.

Portanto, os saberes e práticas populares, segundo Xavier; Flôr. (2015), são conhecimentos transmitidos oralmente por famílias e comunidades, baseados em experiências, crenças e superstições. Essas práticas são comuns entre a população ribeirinha para aliviar sintomas, buscar alternativas acessíveis e contornar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Por fim, ao apresentarem essa vulnerabilidade referente ao acesso a serviços de saúde, o

ribeirinho precisa de orientações sobre autocuidado com feridas que estejam interligados aos seus conhecimentos empíricos. Com isso, o enfermeiro possui o papel fundamental de rastrear e monitorar os fatores de risco dessa população e repassar as informações sobre os cuidados necessários para a cicatrização e prevenção de novas feridas (Rodrigues; Alves, 2022).

Nesse sentido, o Enfermeiro precisa desenvolver um vínculo com o usuário, visando um cuidado compartilhado. Assim, a teoria do autocuidado de Dorothea Orem pode ser aplicada nesse contexto, visto que possibilita a reflexão sobre o potencial e motivação do indivíduo para o autocuidado, e se é necessário a intervenção de outras pessoas. Essa teoria, enquanto suporte teórico, possibilita uma assistência de enfermagem integral e individualizada. Seu objetivo principal é capacitar o indivíduo a assumir o cuidado de sua própria saúde ou de seus dependentes, promovendo autonomia nesse processo (Melo et al., 2020).

A partir disso, é fundamental que o enfermeiro considere, em seu plano de cuidados, o contexto sociocultural dos ribeirinhos e as práticas de cuidado presentes em seu cotidiano. O reconhecimento dos saberes populares pode contribuir para uma abordagem mais sensível e próxima da realidade local, desde que articulado de forma crítica e baseada em evidências. Essa integração fortalece as competências do profissional e o posiciona como agente ativo na prevenção, promoção e recuperação da saúde dessa população (Alves; Cavalcante; Lima, 2021).

Sendo assim, a problemática do estudo reside no distanciamento entre o conhecimento científico e os saberes populares dos ribeirinhos. Partindo deste pressuposto, elaborou-se a seguinte questão norteadora do estudo: Como é realizado o autocuidado de feridas agudas por população ribeirinha do Amazonas?



JUSTIFICATIVA

Fonte: Peres (2025).

2. JUSTIFICATIVA

Apesar da relevância das práticas culturais no cuidado à saúde, ainda há escassez de estudos que abordem, de forma aprofundada, os saberes e práticas de autocuidado das populações ribeirinhas amazônicas, especialmente voltados a cuidados de feridas agudas. Essa ausência de estudos evidencia a necessidade de compreender como esses conhecimentos tradicionais se articulam com o cuidado profissional de Enfermagem, possibilitando um olhar mais sensível e contextualizado sobre o processo de cuidar.

Os enfermeiros que atuam no contexto amazônico precisam conhecer esses saberes e práticas ribeirinhas, sobretudo no cuidado com feridas, uma vez que reconhecer e respeitar as práticas tradicionais da população local contribui para um cuidado mais acolhedor, eficaz e culturalmente sensível. Assim, é possível integrar o conhecimento científico aos saberes empíricos, promovendo uma assistência mais completa e alinhada às necessidades da comunidade ribeirinha do Amazonas.

Dessa forma, o projeto vinculado ao programa de mestrado assume relevância por abordar uma temática pouco explorada e essencial para a Enfermagem na Amazônia, contribuindo para a produção e disseminação de conhecimentos sobre o cuidado em saúde nesse contexto. As pesquisas desenvolvidas fortalecem a compreensão dos processos de adoecimento e autocuidado, considerando as realidades socioculturais dessa população.

Visando contribuir com esses conhecimentos, esta pesquisa tem como propósito aproximar os saberes tradicionais e científicos, colaborando para a qualificação da assistência prestada pelos enfermeiros e, conseqüentemente, para o aprimoramento das ações em saúde para essa população levando em consideração a transculturalidade no cuidado.

Ademais, o interesse em estudar os saberes e práticas no cuidado com feridas agudas nos ribeirinhos do Amazonas, além da curiosidade científica, surgiu também pela vivência nas comunidades ribeirinhas, observando suas histórias de vida desde a infância às margens do rio, além do convívio da pesquisadora com familiares que até hoje vivem e trabalham em comunidades ribeirinhas.

Diante desse contexto, é fundamental reconhecer a responsabilidade coletiva na disseminação do conhecimento, de forma acessível e abrangente, para que ele gere benefícios sociais concretos. A educação, nesse sentido, tem um papel essencial, pois, como destaca Araújo (2013, p. 46), “a educação tem como premissa formar cidadãos que promovam a saúde individual e coletivamente”.

Dessa maneira, espera-se que os enfermeiros estejam preparados para atuar e intervir na promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, promovendo a integralidade do

cuidado a todos, diante da multiplicidade de situações de saúde e doença.

A redução de agravos à saúde no processo do cuidar, é algo complexo, que exige habilidades técnicas, destreza, em que a visão holística no cuidado e os saberes tradicionais fazem diferença na prática do cuidado. Esses diferenciais ajudam a promover um atendimento mais humanizado, eficaz e alinhado às necessidades de cada pessoa, fortalecendo a relação entre quem cuida e quem recebe o cuidado. É importante destacar que é relevante e oportuno conhecer esses saberes e práticas, em busca de aperfeiçoamento que implicará ao profissional enfermeiro uma assistência mais assertiva e humanizada.

A carência do estudo, destaca-se a limitada produção científica voltada especificamente aos saberes e práticas de autocuidado relacionados às feridas agudas em populações ribeirinhas amazônicas, sobretudo considerando a perspectiva transcultural do cuidado em Enfermagem. Observa-se ainda a insuficiência de pesquisas que valorizem os conhecimentos tradicionais dessas populações e sua interface com as práticas profissionais de saúde, o que reforça a necessidade de investigações que ampliem a compreensão sobre o cuidado em contextos socioculturais amazônicos.

Quanto às limitações do estudo, reconhece-se que as dificuldades de acesso geográfico às comunidades ribeirinhas, as longas distâncias percorridas, além das condições climáticas e logísticas da região amazônica, podem influenciar na coleta de dados e na abrangência da pesquisa. Ademais, por se tratar de um estudo realizado em contextos específicos, os resultados refletem particularidades socioculturais das comunidades investigadas, não podendo ser generalizados para toda a população ribeirinha amazônica, embora contribuam significativamente para o aprofundamento do conhecimento científico e para a prática da Enfermagem transcultural.

OBJETIVOS



Fonte: Peres (2025).

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Compreender os saberes e práticas de populações ribeirinhas do Amazonas no autocuidado com feridas agudas.

3.2 Específicos

- Identificar os saberes e práticas tradicionais utilizados pelos residentes de comunidades ribeirinhas de um município do interior do Amazonas, no autocuidado com feridas agudas;
- Descrever as principais práticas e saberes tradicionais ribeirinhas relacionadas ao autocuidado com feridas agudas;
- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos residentes das comunidades ribeirinhas do estudo.
- Relacionar os saberes e práticas tradicionais ribeirinhas no autocuidado com feridas com o conhecimento técnico-científico da enfermagem.

REVISÃO DE LITERATURA



Fonte: Peres (2025).

4.0 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Contexto sociocultural e de saúde das populações ribeirinhas do Amazonas.

De acordo com Guimarães et al. (2020), a Amazônia Brasileira é composta de uma extensa abrangência territorial (5.217.423 km²) que corresponde a 61% do território brasileiro, além de importantes variações climáticas, sociais, econômicas e culturais. Dentro desse cenário, está situado o Estado do Amazonas, com área territorial de 1.558.706,127 km², população estimada de 4.281.209 pessoas e densidade demográfica de 2,53 habitantes/km² (IBGE, 2024).

O Amazonas possui uma vasta rede hidrográfica com mais de 6 mil quilômetros, composto por rios com distintas tipologias e biomas, e uma grande diversidade étnica-cultural, com populações quilombolas, ribeirinhas e indígenas. Diante dessa realidade, essas características podem impactar no perfil de morbidade e consequentemente no uso de métodos alternativos nos cuidados com a saúde (Lima et al., 2021).

Os indivíduos que são conhecidos originalmente como ribeirinhos estão agrupados em diversas localidades do Amazonas e vivem em territórios denominados de comunidades ribeirinhas (Guimarães, *et al.*, 2020). Eles sobrevivem da pesca, da agricultura familiar, da caça, e de subsídios provenientes de programas sociais do governo federal. Suas comunidades enfrentam limitações estruturais no acesso a serviços essenciais, como saneamento e eletricidade, e dependem das áreas urbanas para aquisição de bens de consumo e assistência à saúde.

Gama (2020) descreve que o tempo de deslocamento dos habitantes até o serviço de saúde pode sofrer influência das condições climáticas, principalmente das comunidades mais distantes. O acesso até as áreas urbanas é exclusivamente feito por via fluvial, realizado com pequenas embarcações regionais conhecidas como canoas e barcos. Dependendo da distância, essas viagens podem durar vários dias de navegação.

No que se refere a assistência em saúde, de acordo com a Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014, que trata da estrutura organizacional das Equipes da Saúde de Família Ribeirinha (ESFR) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense, em seu art. 3º, que estabelece a ESFR por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: (1) um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade; (1) um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; (1) um auxiliar ou técnico de enfermagem. (Brasil, 2014).

4.2 Caracterização das comunidades rurais, acesso e da assistência em saúde

O município de Coari, no estado do Amazonas, conta com uma rede estruturada de Atenção Primária à Saúde (APS), composta por um total de 15 unidades de saúde. Destas, 12 são Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na Zona Urbana da cidade. E conta com mais 03 unidades da Zona Rural, sendo uma (01) Unidade situada no Porto, voltada especificamente para o atendimento da população ribeirinha que acessa a área urbana. E dispõe ainda de uma (01) Unidade Básica Saúde Ribeirinha (UBSR) localizada na comunidade de Itapéua, na região periurbana, que serve como referência para as comunidades ribeirinhas adjacentes e uma (01) Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), que realiza atendimentos itinerantes às populações ribeirinhas de difícil acesso, utilizando embarcações adaptadas para oferecer serviços de saúde diretamente nas comunidades ao longo dos rios complementando a cobertura assistencial.

Dispõe ainda de (39) trinta e nove equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), seguidos de (07) sete Equipe Multiprofissional (eMult) e um total de 245 Agentes Comunitários de Saúde - ACS, distribuídos entre as áreas da zona urbana com (nº 120) e zona rural com (nº 125). As eMult são equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde - APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde – (RAS).

Quadro 1: Unidade Básicas de Saúde (UBS) de Coari-AM: Distribuição dos ACS e ESF por UBS.

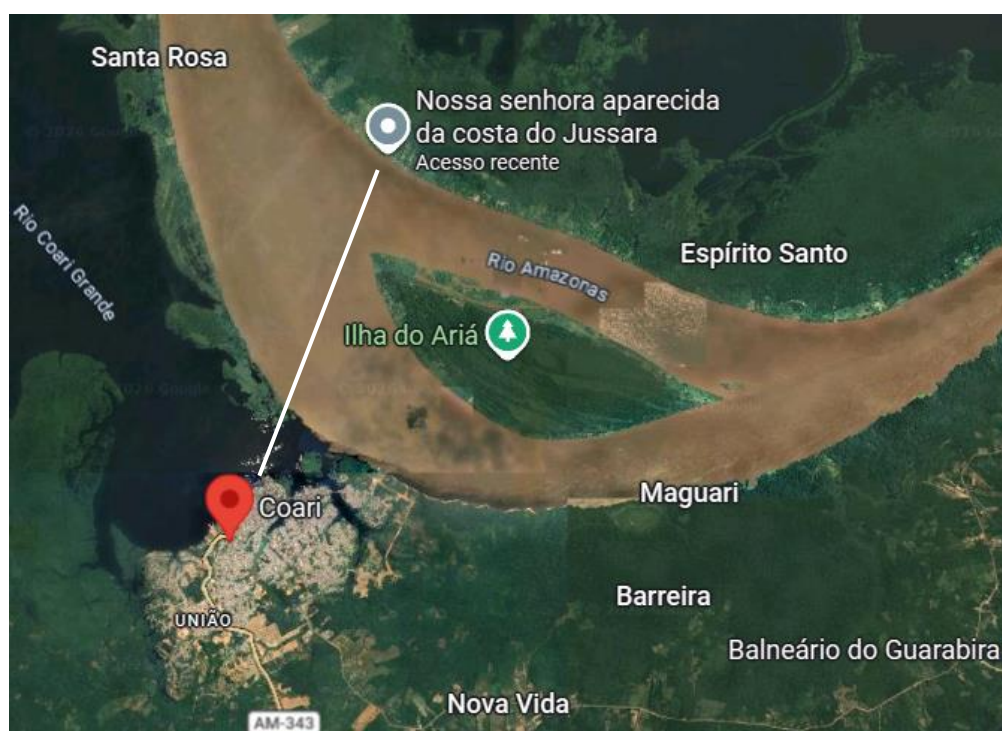
Dados informativos							
Zona Rural							
N.	Local	UBS	Nº ACS	Nº eSF	Nº equipe Odontológica	Nº eMult	Distribuição das Equipes por localidades
1	Itapéua	Laécio Braga	12	01	01	01	Comunidade Itapéua
2	UBSF	Roberval Rodrigues	21	02	01	-	Baixo Solimões
3	Ribeirinho	Enedino Monteiro	92	08	02	01	Lago do Mamiá Lago de Coari Alto Solimões II Rio Copeá Rio Piorini/ Codajás Mirim Lago de Coari II Alto Solimões I
TOTAL		03	125	11	04	02	10

Fonte: SEMSA/Coari-AM

Apesar de existirem equipes fluviais e ribeirinhas nos municípios, a cobertura territorial ainda não é efetiva. No entanto, a presença dessas equipes aumenta os custos mensais de custeio, e traz uma cobertura mais próxima das especificidades da população ribeirinha (Lima et al., 2021). Essas limitações significativas somadas à escassez e aos desequilíbrios na distribuição de profissionais, restringem informações sobre essa população, especialmente no que diz respeito aos cuidados com a saúde (Gama, 2020).

O cenário deste estudo compreende as comunidades rurais Nossa Senhora Aparecida da Costa do Juçara e Nossa Senhora de Fátima, situadas às margens do Rio Solimões, no município de Coari. A comunidade Nossa Senhora Aparecida da Costa do Juçara localiza-se aproximadamente a 7,06 km da sede municipal, enquanto Nossa Senhora de Fátima encontra-se em área adjacente, compartilhando características territoriais, sociais e culturais semelhantes (De Menezes, 2019).

Figura 1: Localidade das comunidades da Costa do Jussara.



Fonte: GoogleMaps/Coari-AM

Ao se discutir sobre os povos amazônicos, a comunidade ribeirinha é uma das principais representantes da identidade cultural originária. A estrutura política das comunidades ribeirinhas é definida e influenciada por uma identidade baseada no contexto sociocultural e histórico da região amazônica, decorrente da sua origem, adoção e adaptação de saberes e técnicas de acordo com suas necessidades. Em relação aos seus conhecimentos, predominam os saberes adquiridos das populações indígenas que vivem na região (Lira; Chaves, 2016).

A relevância do Estado do Amazonas transcende o potencial econômico e a

abundância de matérias-primas, visto que, é importante considerar a sua ampla diversidade sociocultural referente aos povos tradicionais que dispõem de saberes medicinais e artesanais desenvolvidos ao longo da história de sua civilização (Gonçalves; Domingos, 2019).

4.3 Saberes e práticas de populações ribeirinhas nos autocuidados com feridas.

As condições adversas da região amazônica expõem os ribeirinhos a inúmeros agravos à saúde, decorrentes do seu modo de vida e das limitações no acesso aos serviços de saúde. Diante disso, recorrem a práticas alternativas de cuidado, fundamentadas em saberes tradicionais transmitidos entre gerações. Com isso, observa-se que apesar do Sistema Único de Saúde - SUS garantir o direito universal aos serviços de saúde, devido a essas barreiras para efetivação da universalidade, o acesso real ainda é desigual (Ribeiro; Galvão, 2022).

Para além disso, segundo Chibante (2017), os povos têm a tradição de usar saberes populares antes de buscar o serviço de saúde, tais como religiões/fé, frutas, chás, cascas e plantas. Os saberes e práticas populares podem ser importantes aliados na procura por uma assistência à saúde mais eficiente, surgindo alternativas variadas, como a utilização de plantas medicinais nos tratamentos de feridas, entre outras.

Quando submetidos a ferimentos, os ribeirinhos utilizam uma série de condutas próprias, a partir do seu conhecimento empírico, para minimizar os sinais e sintomas presentes, o uso de plantas medicinais. Acredita-se que tais medidas, estejam relacionadas às crenças no conhecimento popular e nas dificuldades regionais de acesso ao serviço de saúde (Oliveira et al., 2020; Lima et al., 2021).

Em casos de ferimentos por acidentes no ambiente ribeirinho, o procedimento mais comum, é o uso de plantas medicinais, como Babosa, Crajirú, Pião Roxo, Copaíba, Uixi, Azeitoneira, Jamelão, na forma de chá, suco (macerado), creme e óleo (extração). Por isso, os usuários desses saberes e práticas, costumam cultivar diversos espécimes de plantas medicinais em seus quintais (Ribeiro; Galvão, 2022; Silva; Leone; Cella, 2022).

Em um estudo realizado em duas comunidades ribeirinhas do Alto Solimões, Amazonas, os residentes relataram fazer o uso de plantas macrófitas aquáticas, como Vitória-Régia e Mureru (macerada), no tratamento de feridas, referidas por eles de “ferida brava” e, também de outros problemas de saúde, buscando alcançar a cura. Devido ao isolamento, eles recorrem aos conhecimentos tradicionais repassados por seus pais e avós (Matos; Lima, 2023).

Com relação aos acidentes ofídicos, nota-se a prevalência no uso de extrato de plantas para ingestão (chás) ou macerados e misturados para aplicar no ferimento, nos primeiros socorros (Barbosa et al., 2024). O estudo de Vasconcelos-Neto et al. (2018), identificou que os

ribeirinhos utilizam: ingestão de querosene com sal pelo indivíduo ferido; uso da folha da graviola com sal sobre o local afetado; uso de um composto com álcool, arruda e animais peçonhentos mortos no local da ferida; e matar a serpente responsável pelo ferimento, cortar alguma parte desta e aplicar sobre o local da mordida. Além disso, existem ribeirinhos que fazem uso do torniquete, realizam um corte em cima da ferida para extrair o veneno (Manuiama et al., 2023).

Essas práticas não são recomendadas, uma vez que o único tratamento específico para acidentes ofídicos é o uso do soro antiofídico. Nesse caso, a pessoa ferida deve permanecer deitada e hidratada, o ferimento deve ser lavado com água e sabão, e deve ser encaminhada ao serviço de saúde mais próximo. O uso de substâncias no local da picada, de torniquetes e garrotes pode favorecer no aparecimento de infecção e necrose (Nascimento et al., 2023). A partir disso, faz-se necessário interligar esses saberes populares com os conhecimentos médico-científicos, reconhecendo-os como um caminho para a formulação de políticas públicas adequadas para a realidade social desses povos tradicionais e sua relação com a natureza (Araújo et al., 2022).

Visando interligar os saberes populares com os conhecimentos médico científico, no Brasil, foram adotadas as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Conforme, (Borges et al., 2023), essas práticas foram reconhecidas pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre essas práticas, estão inclusas: homeopatia, o uso de plantas medicinais e a fitoterapia, entre outras práticas integrativas, visam oferecer uma abordagem mais integral e complementar aos cuidados de saúde, valorizando os saberes tradicionais e o vínculo entre o ser humano e a natureza (Figura 1).

Figura 2: Ribeirinha em coleta de casca de árvore para uso fitoterápico em comunidade do interior de Coari-AM.



Fonte: Peres (2025).

4.4 Cuidados em saúde no contexto ribeirinho: família, enfermagem.

Devido a existência de barreiras que dificultam o acesso ao serviço de saúde pelo ribeirinho, eles contam com o conhecimento empírico para solucionar problemas de saúde. Recebem a assistência à saúde quando se deslocam a unidade de saúde no município, quando recebem visitas de embarcações missionárias não governamentais ou quando a equipe de saúde fluvial se desloca até a comunidade (Reis et al., 2021).

Além disso, os ribeirinhos contam com grupos de apoio formados por familiares, cuidadores e vizinhos, que se organizam em torno de condições específicas de saúde, como o cuidado com feridas agudas, entre outras. Nesse contexto, a família é reconhecida como a principal unidade de cuidado, sendo fundamental que o enfermeiro dedique atenção especial a

ela (Ribeiro; Marinho; Silva, 2024). O cuidado familiar deve considerar suas necessidades, promover acolhimento e respeitar os valores, saberes e aspectos culturais que compõem o modo de vida dessa população (Freitas et al, 2025).

Ressalta-se, ainda, que a família desempenha um papel fundamental no cuidado com feridas, atuando como o primeiro suporte na recuperação e na prevenção de complicações. Segundo Ribeiro, Marinho e Silva (2024, p.9), "a atenção familiar ao cuidado com feridas é essencial para promover a cicatrização adequada, prevenir infecções e garantir o bem-estar do indivíduo".

Nesse sentido a participação da família inclui ações como a higienização adequada, a troca de curativos, a observação de sinais de infecção e o incentivo ao repouso e à alimentação adequada, contribuindo para um ambiente favorável à recuperação. Além disso, o envolvimento familiar promove um cuidado contínuo e humanizado, fortalecendo o vínculo entre o paciente e seus cuidadores, o que é fundamental para o sucesso do tratamento (Ribeiro et al., 2024).

Portanto, a capacitação e o apoio às famílias são estratégias importantes para garantir um cuidado eficaz e seguro com feridas, especialmente em contextos domiciliares, onde o acompanhamento próximo pode fazer toda a diferença na evolução do paciente. Para além disso, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), (Lima et al., 2021), afirmam que esse apoio garante e contribui para o direito à saúde de todos os cidadãos, bem como promove ações de saúde de forma eficaz. Diante disso a enfermagem é uma peça fundamental na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde de todas as pessoas. Ela está presente em todos os lugares do nosso país, mas é especialmente importante nas áreas mais remotas, como no interior da região norte do Brasil.

Segundo (Junior et al., 2023), essas regiões têm suas próprias características e desafios, e por isso, os profissionais de enfermagem precisam dedicar atenção especial para garantir que todos tenham acesso a cuidados de qualidade, afinal, cuidar da saúde é um direito de todos, independentemente de onde estejam. Conforme (Lima et al., 2021) as condições de vida e os modos de conceber o território, o sistema de transporte fluvial nas áreas rurais e ribeirinhas é limitado pelas distâncias, pelas calhas dos rios e pelo regime das águas. Portanto, o cronograma da atenção à saúde do Enfermeiro, deve levar em conta essa territorialidade, que também é influenciada por fatores econômicos, culturais e pela sazonalidade dos rios.

Nesse contexto, o cuidado prestado pelo enfermeiro deve ser adaptado às realidades locais, priorizando ações de prevenção, orientações sobre higiene adequada e o uso de materiais acessíveis à comunidade. Segundo Costa (2021), a orientação clara e contínua ao paciente com esclarecimento de dúvidas e reforço da importância de manter os cuidados é essencial para melhorar a adesão ao tratamento e garantir a efetividade das intervenções em saúde.

4.5 Aspectos conceituais e classificatórios das feridas.

Ferida pode ser definida como qualquer lesão que cause danos a pele, interrompendo sua continuidade, podendo atingir a epiderme, derme, tecido subcutâneo e a fáscia muscular, sendo capaz de expor as estruturas e segmentos mais profundos do organismo. Podem ser classificadas a partir de múltiplas variáveis, como etiologia e tempo de permanência. Quanto ao tempo de permanência para cicatrização, são classificadas em feridas agudas e crônicas (Carvalho et al., 2022).

Segundo (Campos et al., 2022), as feridas crônicas apresentam uma duração prolongada, o que favorece o desenvolvimento de um novo padrão histológico caracterizado por neovascularização, fibrose, necrose tecidual, além da presença de linfócitos e macrófagos. Além disso, Campos et al. (2022) afirmam que, em peles com lesões crônicas, a epiderme sofre hipertrofia aumento do tamanho das células e hiperplasia, caracterizada pelo aumento do número de células. Na derme, observa-se o processo de fibrose, com acúmulo de tecido fibroso.

Enquanto nas feridas agudas, o processo inflamatório dura apenas alguns dias, de acordo com (Carvalho et al., 2022) e (Neves et al., 2024), essas lesões apresentam cicatrização rápida e respondem bem ao tratamento, sendo causadas geralmente por traumas, incisões cirúrgicas, queimaduras, ou lesões de origem venosa ou arterial.

No contexto das populações ribeirinhas, esse tipo de ferida é comum, visto que o ambiente em que vivem e trabalham expõe essas comunidades a diversos riscos. Acidentes com objetos perfurocortantes, além de acidentes com animais peçonhentos, como cobras e arraias, são frequentes e configuram importantes causas de feridas agudas entre esses indivíduos (Moreira et al., 2022; Oliveira et al., 2020; Melo, 2023).

Assim, essa situação torna-se preocupante, pois as feridas agudas na ausência de cuidados adequados, podem levar a cronicidade dessas lesões, e feridas crônicas além de prejudicarem a qualidade de vida do indivíduo, também aumentam os custos e a carga de trabalho do sistema de saúde (Ferreira et al., 2023).

5. TEORIA DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

Existem diversas teorias que embasam a prática assistencial da enfermagem, sendo uma das mais citadas a Teoria do Déficit do Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem entre 1959 e 1985. Essa teoria é composta por três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem, caracterizando-se pela estruturação em três pressupostos teóricos fundamentais (Queirós;

Vidinha; Filho, 2014; Pereira et al., 2011).

Dorothea Elizabeth Orem nasceu em 1914 em Baltimore, obteve o grau de Bacharel em Ciências em Educação de Enfermagem em 1939 pelo Providence Hospital School of Nursing, situado em Washington, e recebeu o título de Mestre em Ciências em Educação de Enfermagem em 1945, pela Catholic University of America. Ao longo de sua carreira, atuou como enfermeira de equipe, educadora, administradora e consultora de enfermagem (George et al., 2000).

A experiência como consultora em um projeto de melhoria do treinamento prático de enfermagem, entre 1958 e 1959, foi fundamental para o desenvolvimento de sua teoria. Nesse período, Orem questionou quais condições determinam que o indivíduo necessita dos cuidados de enfermagem, concluindo que a enfermagem é o “outro eu”, conceito que posteriormente evoluiu para a definição de enfermagem de autocuidado (George et al., 2000).

Além disso, para que o autocuidado seja efetivamente desenvolvido, foram descritos conceitos centrais e periféricos correlacionados: autocuidado, ação de autocuidado, déficit de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, serviço e sistema de enfermagem, entre outros (Souza et al., 2022).

A Teoria de Orem possui grande relevância na produção científica brasileira, especialmente por sua capacidade de adaptação a diferentes contextos de cuidado. Por isso, esta pesquisa fundamenta-se na Teoria do Autocuidado, a qual explica por que e como as pessoas realizam o cuidado de si mesmas, oferecendo uma base conceitual ampla que contribui para a consolidação e o enriquecimento do Processo de Enfermagem e fortalecendo a prática profissional.

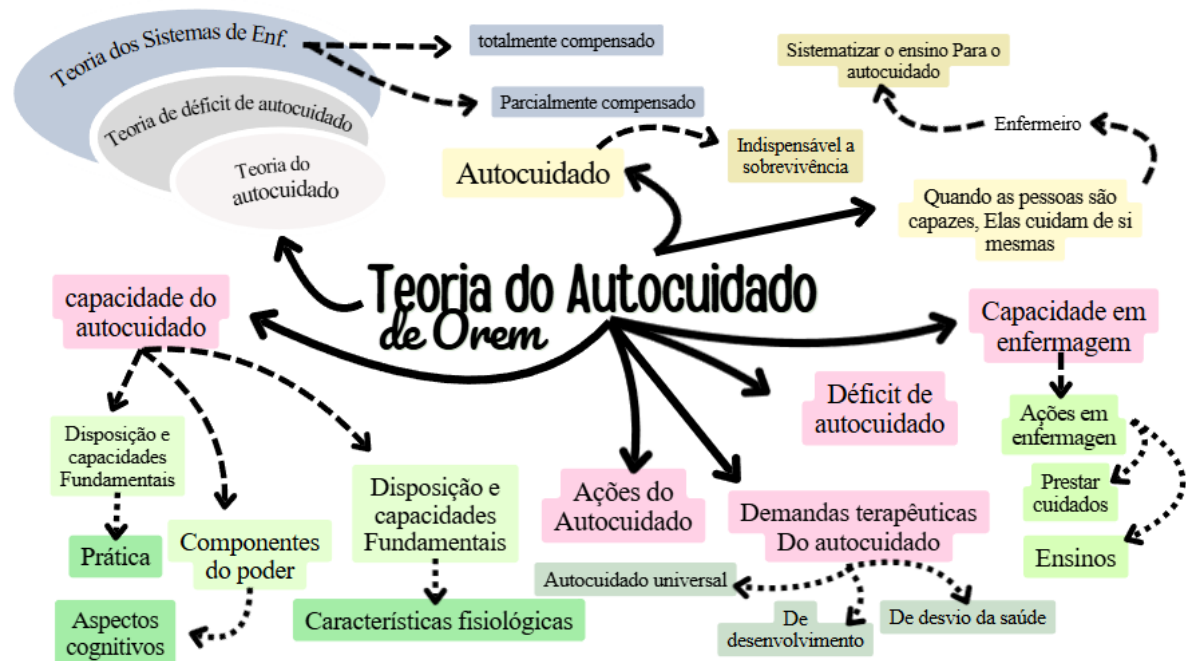
5. 1. 1 Teoria de Autocuidado de Orem

A Teoria do Autocuidado detalha e explica a prática de cuidados efetuados pelo indivíduo em estado patológico para o seu próprio benefício, os quais o ajudam a regularizar seu desenvolvimento e funcionamento. Nessa perspectiva, a prática dos cuidados requer intervenção do enfermeiro com orientações que conduzam a adesão de atitudes de prevenção e terapêuticas, para que a pessoa seja agente do autocuidado (Felix et al., 2009).

Assim, para compreender essa teoria, é preciso definir os conceitos relacionados, que são: autocuidado, ação de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado e fatores condicionantes básicos. O autocuidado consiste na prática de atividades que possibilitam o aperfeiçoamento e o amadurecimento dos indivíduos que as iniciam e desenvolvem em determinados momentos, com a finalidade da manutenção da vida e do bem-estar pessoal

(Queirós; Vidinha; Filho, 2014). Isto é, um processo de aprendizado em que a pessoa deve ter autonomia para fazer escolhas, para que atinja o autocontrole, a liberdade e a responsabilidade pela melhoria da sua qualidade de vida (Felix et al., 2009). Essa dinâmica pode ser visualizada na Figura 1, que ilustra os conceitos centrais da Teoria do Déficit de Autocuidado.

Figura 3: Conceitos centrais da Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem.



Fonte: Elaborado pela Autora com base em Queirós; Vidinha; Filho (2014).

A ação de autocuidado consiste na capacidade da pessoa de se comprometer e realizar o autocuidado, de forma voluntária e intencional, sendo afetada por fatores condicionantes básicos como idade, sexo, estado de saúde, orientação sexual e componentes do sistema de saúde disponível (Diógenes; Pagliuca, 2003).

A demanda terapêutica de autocuidado corresponde as intervenções de autocuidado que devem ser realizadas por um tempo determinado para atender as exigências de autocuidado, com a utilização de métodos e ações válidas e relacionadas (George et al., 2000).

Nessa teoria agrega-se também a definição dos requisitos de autocuidado: universais, desenvolvimentais e desvio de saúde. São considerados requisitos universais, os comuns aos seres humanos, que auxiliam no seu funcionamento e com a proteção da integridade da estrutura humana, e associam-se com o processo de vida. Os requisitos desenvolvimentais são referentes às modificações na vida do indivíduo que exigem a necessidade de adaptação, que ocorrem durante os vários estágios do ciclo vital. Os requisitos por desvio de saúde ocorrem quando a pessoa é submetida a um estado patológico e necessita adaptar-se à situação, como defeitos genéticos (Pires et al., 2015).

5. 1. 2 Teoria do Déficit de autocuidado

A teoria do déficit de autocuidado é o núcleo da teoria de Orem, pois determina o momento em que a enfermagem deve em relação à saúde do indivíduo. Isso acontece quando a pessoa não possui a capacidade de exercer seu próprio cuidado, demonstrando a necessidade de obter conhecimento e habilidades para lidar com as demandas daquele período de vida, identificando a necessidade das ações de enfermagem (Vitor; Lopes; Araújo, 2010). Essa teoria é composta por cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para o outro; guiar o outro; proporcionar cuidado físico e psicológico; proporcionar um ambiente para promover o desenvolvimento pessoal e ensinar o outro (Pires et al., 2015).

5. 1. 3 Teoria dos Sistemas de Enfermagem

A Teoria dos sistemas de enfermagem explica como as pessoas são ajudadas pelos profissionais de enfermagem, baseando-se na capacidade do indivíduo para a realização do seu cuidado, o que define ou não a necessidade de intervenção. Acerca dessa teoria, Orem discute os quatro principais conceitos: ser humano, saúde, sociedade e enfermagem em seu trabalho. O ser humano diferencia-se por ser racional sobre si mesmo e o ambiente em que está inserido. A saúde concentra-se na prevenção, promoção e manutenção da saúde e no tratamento da doença. Quanto a sociedade, ressalta que os adultos devem ser responsáveis por seu bem-estar e pelos seus dependentes. Enquanto os profissionais de enfermagem são os que podem auxiliar a pessoa na realização das práticas de autocuidado (Diógenes; Pagliuca, 2003).

Ademais, essa teoria é dividida em: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação. O sistema totalmente compensatório é usado quando o indivíduo possui incapacidade para realizar as atividades de autocuidado. Nesse caso, o enfermeiro vai atuar na limitação da pessoa, executando o autocuidado, proporcionando apoio e proteção. O sistema parcialmente compensatório é empregado quando a pessoa possui dificuldades para realizar seus cuidados. Nessa situação, o enfermeiro e o indivíduo agem em conjunto na efetuação de medidas de cuidado, sendo a pessoa quem controla suas ações e aceita o atendimento e ajuda do profissional. O sistema de enfermagem de apoio a educação é aplicado quando a pessoa consegue exercer seu autocuidado, mas necessita adquirir conhecimento e habilidades para realizar seus cuidados terapêuticos (Caetano; Pagliuca, 2003).

5 2. Autocuidado e o cuidado em Enfermagem

O autocuidado é entendido como um conjunto de ações que o indivíduo realiza por si mesmo para manter e/ou recuperar a qualidade de vida (Silva et al., 2021). É a realização de práticas que possibilitam perspectivas promissoras para melhorar a saúde e bem-estar. Nesse sentido, a incapacidade de autocuidado evidencia a necessidade de conhecimentos e habilidades específicas, destacando o papel das ações de enfermagem na identificação e no suporte às necessidades de cuidado.

Assim, entender o autocuidado no processo saúde-doença envolve compreender as significações relacionadas ao cuidar de si mesmo, o cuidar envolve a disposição e o interesse em assistir ou dedicar-se a algo, alguém ou a si mesmo. Com a implementação de iniciativas para evitar problemas de saúde e buscar um estilo de vida mais saudável (Lima et al., 2017).

Para Orem (2001), a capacidade de autocuidado envolve habilidades, tais como: incluir ou excluir coisas específicas com base na compreensão de seus significados; compreender a necessidade de mudar ou regular as coisas observadas; decidir o que fazer; agir para alcançar a mudança ou atingir a regulação. Ressalta ainda, a importância da participação do paciente para o autocuidado, para possibilitar que ele assuma a responsabilidade no seu tratamento.

Assim, as ações de enfermagem precisam ser voltadas para o autocuidado, estimulando os indivíduos a serem agentes ativos no cuidado da sua saúde, para que busquem a prevenção, diagnóstico ou tratamento de uma determinada patologia, enfatizando as vulnerabilidades sociais as quais estão submetidos no seu cotidiano (Silva et al., 2025).

Para tanto, é relevante considerar que o cuidado de enfermagem só é efetivo quando é culturalmente abrangente, pois não há cuidado competente se não estiver em consonância com a realidade cultural do contexto em que é prestado (Monteiro; Gonçalves; Andrade, 2024).

METODOLOGIA



Fonte: Peres (2025).

6. METODOLOGIA

Nesse item, foram apresentados o tipo de pesquisa, o Locus da pesquisa, os participantes do estudo, a coleta de dados, a análise dos dados, os aspectos éticos, critérios de elegibilidade, critérios de inelegibilidade, análise dos riscos e benefícios. Visando alcançar o propósito da pesquisa, conforme, (Lakatos, 2008, p. 83), método é “conjunto das atividades ordenadas e lógicas que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo.

6.1 Tipo de pesquisa

Foram realizado um estudo com abordagem qualitativa, de natureza descritivo-exploratória do tipo pesquisa de campo, ancorado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001).

As pesquisas exploratórias tiveram como objetivo oferecer uma visão geral, ainda que inicial e aproximativa, sobre determinado fato. Esse tipo de pesquisa geralmente envolve levantamento bibliográfico, realizado desde a definição do tema e da questão de pesquisa, bem como a análise documental, para embasamento e descrição do objeto estudado. Trata-se de uma abordagem qualitativa, considerando que, conforme destaca Fazenda (2004), "a pesquisa qualitativa é produzida pelas descrições", valorizando a interpretação dos significados e das experiências.

Quanto aos meios, a pesquisa foi de campo, pois visa obter informações diretamente junto a população investigada. Como esclarece Minayo (2012), esses tipos de estudo aprofundam-se aprofunda-se no universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, explorando dimensões da realidade que não podem ser quantificadas. Reforçando essa perspectiva, Marconi e Lakatos (2010) afirmam que a abordagem qualitativa se fundamenta na interpretação e na busca por significados profundos e complexos presentes no contexto humano.

6.2 Locus da pesquisa

O estudo foi realizado em um município de Coari, interior do Estado do Amazonas, considerado o quinto mais populoso do Estado. Segundo dados do Censo Demográfico de 2022, o município possui uma população de 70.616 habitantes e abrange uma área territorial de 57.970,768 km² (IBGE, 2022). Para iniciar a pesquisa, foi solicitado junto a Secretaria Municipal de Saúde, a anuência para realização da pesquisa por meio de documento formal. As

comunidades ribeirinhas selecionadas para a realização da pesquisa integram as redes de serviço de saúde do município, sendo atendidas por ações e programas voltados à atenção básica e à promoção da saúde.

O estudo foi realizado em duas comunidades tradicionais ribeirinhas da Costa do Juçara: Nossa Senhora Aparecida e Nossa Senhora de Fátima, com moradores residentes na comunidade, suas residências são, em sua maioria, construídas com material de madeira; algumas construções mistas, ou seja, alvenaria e madeiras com coberturas de alumínio, as comunidades estão localizadas geograficamente na margem direita do médio Solimões, no referido município. A seleção das comunidades foi realizada por amostragem por conveniência, um método em que os participantes são escolhidos com base na acessibilidade, disponibilidade e viabilidade logística. Essa abordagem permite maior praticidade e agilidade na coleta de dados, especialmente em regiões de difícil acesso, como áreas ribeirinhas.

Ambas as comunidades são de acesso exclusivamente fluvial, realizado por meio de canoa rabeta³, lancha ou barco. A primeira comunidade localiza-se a aproximadamente 30 minutos da sede do município, enquanto a segunda está a uma distância estimada de 1 hora e 30 minutos. Na primeira, residem 24 famílias, totalizando 85 pessoas; já na segunda, vivem 54 famílias, correspondendo a 160 moradores.

As comunidades apresentam carência significativa de serviços de saneamento básico: não dispõem de água encanada, sistema de tratamento de esgoto sanitário, nem de coleta e destinação adequadas para o lixo doméstico. O fornecimento de energia elétrica em ambas é realizado por meio de rede privada. No que se refere à educação, apenas uma das comunidades conta com uma escola, que atende não apenas seus próprios moradores, mas também os de comunidades vizinhas, o que evidencia a limitação no acesso à educação formal na região.

Os moradores dessas comunidades têm como principais fontes de subsistência a agricultura familiar, a pesca e os auxílios provenientes de programas do Governo Federal. Para suprir suas necessidades básicas, como alimentos, roupas, combustível, entre outros, deslocam-se até a sede do município, onde também comercializam parte de sua produção, especialmente hortaliças e legumes. O acesso ao município é realizado exclusivamente por via fluvial, por meio de canoas, lanchas (próprias ou contratadas) e barcos. No que se refere à saúde, as comunidades não dispõem de unidades de atendimento local. Diante disso, sempre que necessitam de cuidados médicos, os moradores precisam se deslocar até a sede do município. A assistência em saúde para esses grupos é prestada, principalmente, por meio da Unidade Básica de Saúde Ribeirinha (UBSR) e do Hospital Regional da cidade.

³ É uma embarcação pequena, geralmente de madeira ou alumínio, adaptada para ter um motor estacionário acoplado diretamente no casco.

Figura 4: Registro da comunidade que foi realizado a pesquisa.



Fonte: Peres (2025).

6.3 Participantes da pesquisa

A seleção dos participantes foi realizada por meio da técnica de amostragem em bola de neve. Conforme Rocon (2019), trata-se de uma forma de amostragem não probabilística, baseada em uma cadeia de referências, sendo especialmente útil para o estudo de grupos de difícil acesso. Nesse método, cada participante indica outros possíveis colaboradores para a pesquisa, o que facilita a identificação e o recrutamento de novos participantes, especialmente em contextos onde não há uma lista formal ou acesso direto à população-alvo.

Os participantes foram identificados por “planta medicina”, autodeclarados pelos participantes no ato da entrevista, acompanhados de um número de “1” a “10”, para preservação do anonimato. Não haverá benefícios financeiros, diretos ou indiretos, relacionados à realização desta pesquisa.

A abordagem junto aos moradores das comunidades, foi de conscientizar e sensibilizar os participantes, utilizando-se das seguintes estratégias: comunicar os coordenadores das comunidades e Agente Comunitários de Saúde (ACS) a respeito do objetivo e sua importância de propagar os conhecimentos compartilhando com os demais moradores. Os coordenadores e moradores ribeirinhos foram comunicados por meio de reuniões realizadas pela Associação Comunitária dos Produtores Rurais da Comunidade Nossa Senhora Aparecida

(APRODUCIDA). Os moradores e coordenadores foram comunicados previamente pela pesquisadora e seus colaboradores quanto ao estudo. A pesquisadora e sua equipe realizarão a coleta, após a realização da reunião da APRODUCIDA, foram realizados agendamentos para realização de entrevista para a coleta de dados.

6.4 Critérios de Elegibilidade

Os participantes do estudo eram moradores da comunidade ribeirinha incluída na pesquisa, todas com idade igual ou superior a 18 anos. Tratava-se de pessoas que já haviam utilizado saberes e práticas tradicionais ribeirinhas no autocuidado de feridas, recorrendo a esses conhecimentos no tratamento de feridas agudas nos últimos dois anos. Além disso, encontravam-se em condições físicas e cognitivas adequadas para participar tranquilamente da entrevista.

6.5 Critérios de Inelegibilidade

Foram excluídas do estudo as pessoas que não residiam nas comunidades selecionadas e aquelas com idade inferior a 18 anos. Também não foram incluídos indivíduos que utilizavam saberes e práticas tradicionais ribeirinhas no autocuidado de feridas, mas cujo uso dessas práticas ocorrera em um período superior ao estabelecido, ultrapassando o limite de experiência nos últimos dois anos. Além disso, foram excluídas as pessoas que, no momento da entrevista, estavam sob efeito de substâncias psicoativas que pudessem comprometer a clareza e a validade das respostas, bem como aquelas que demonstraram desconforto emocional ou resistência ao tema abordado, mesmo após os devidos esclarecimentos. Indivíduos que não conseguiram permanecer no local até o fim da coleta de dados, assim como aqueles com condições de saúde que os deixavam acamados ou com limitações severas de comunicação, também não puderam participar da pesquisa.

6.6 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos. No primeiro momento, foi feita uma visita prévia às comunidades com o objetivo de identificar possíveis participantes e compreender a dinâmica local. No segundo momento, foi apresentado aos moradores o objetivo da pesquisa e a importância de sua participação. Após os devidos esclarecimentos, aqueles que concordarem em participar foram convidados a assinar o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE), conforme estabelece a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a ética em pesquisas envolvendo seres humanos (CNS, 2015).

Para a coleta foi desenvolvido um formulário semiestruturado composto por seções: “A” perfil sociodemográfico, “B” saberes e práticas populares no autocuidado com feridas.

As entrevistas foram realizadas com perguntas abertas, abordando os saberes e as práticas utilizadas pelos ribeirinhos no autocuidado de feridas agudas. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, com o apoio de uma enfermeira, um bibliotecário e um pedagogo, no período de agosto a dezembro de 2025, na figura 3 um dos registros do momento da entrevista. As entrevistas foram realizadas em local reservado, preferencialmente na residência dos participantes, garantindo privacidade e conforto. As conversas foram gravadas com o uso de um smartphone, para posterior transcrição e análise do conteúdo.

Foi utilizado também na coleta de dados o uso do diário de campo, com intuito de registrar as observações feitas durante ou imediatamente, após as entrevistas, esses registros foram significativos para validar a percepção da pesquisadora.

Os documentos resultantes da coleta de dados ficarão sob a guarda da pesquisadora, armazenados em local seguro pelo período de cinco anos e, após este tempo, foram arquivados no banco de dados virtuais do grupo de pesquisa ao qual a responsável pela pesquisa participa.

Figura 5: Entrevista realizada durante a etapa de coleta de dados da pesquisa.



Fonte: Peres (2025).

6.7 Análises dos dados

O IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) é um software livre, baseado nos ambientes R e Python, que tem se consolidado como uma ferramenta estratégica para análise estatística de dados textuais e produção científica, especialmente no campo das ciências humanas, sociais e da saúde. O grande diferencial do IRaMuTeQ está na possibilidade de organizar, categorizar e visualizar dados de forma automatizada, o que favorece um mergulho analítico mais profundo, especialmente em pesquisas qualitativas (Martins et.al, 2022).

Entre as principais funcionalidades do IRaMuTeQ, destacam-se: a) Classificação Hierárquica Descendente (CHD): segmenta o corpus em classes de segmentos de texto com vocabulário semelhante, auxiliando na identificação de temas recorrentes.; b) Análise de Similitude: cria grafos que representam as coocorrências entre palavras, evidenciando conexões semânticas e estruturais no texto; c) Análise Fatorial de Correspondência (AFC): permite visualizar relações entre categorias de variáveis e palavras, útil para identificar padrões e associações em dados categóricos.; d) Análise de Especificidades: destaca palavras que são estatisticamente mais frequentes em determinadas partes do corpus, facilitando a identificação de termos característicos de subgrupos e e) Nuvem de Palavras: gera representações visuais das palavras mais frequentes, proporcionando uma compreensão rápida dos termos mais relevantes no corpus.

A literatura tem demonstrado o potencial do IRaMuTeQ na condução e na sistematização de análises com base na Análise Textual Discursiva (ATD). Martins et al. (2022) reforçam que o uso do software agiliza as etapas iniciais da ATD, contribuindo para a construção de categorias intermediárias e finais com mais robustez, e facilitando a interpretação de grandes volumes de dados. Além disso, os autores destacam como os diagramas em árvore e os planos cartesianos gerados pelo IRaMuTeQ oferecem novas possibilidades visuais para apresentação dos resultados, ampliando a imersão e a reflexão do pesquisador sobre o corpus.

Já Carvalho et al. (2024), em um estudo bibliométrico sobre o uso do IRaMuTeQ, mostram que a adoção do software na produção científica tem crescido de forma expressiva, especialmente em trabalhos que envolvem análise de discurso, educação em saúde e práticas investigativas com grandes conjuntos textuais. Segundo as autoras, o IRaMuTeQ tem se tornado uma escolha frequente justamente por unir potência estatística com interpretação qualitativa, o que o torna uma ferramenta essencial para pesquisadores que atuam em contextos complexos como o nosso, da saúde pública na Amazônia. Assim, o IRaMuTeQ não é apenas uma ferramenta técnica, mas uma estratégia metodológica que potencializa a produção de

conhecimento sensível, crítico e cientificamente rigoroso.

Deste modo, para este estudo, o corpus textual foi constituído a partir de 15 (quinze) entrevistas realizadas com Comunitários Ribeirinhos, organizadas e discutidas em conformidade com os objetivos investigativos previamente definidos. As análises foram sistematizadas de modo a garantir a comparabilidade entre os depoimentos, possibilitando a elaboração de núcleos interpretativos distintos. Essa estratégia metodológica assegurou maior rigor analítico, permitindo não apenas a organização mais clara dos resultados, mas também a construção de interpretações comparativas e aprofundadas, coerentes com a proposta do estudo. O corpus textual foi codificado para melhor organização e posterior análise no software IRaMuTeQ® versão 0.8 alpha, conforme apresentado no Quadro.

Quadro 2: Codificação das variáveis do corpus textual para análise no IRaMuTeQ®.

VÁRIÁVEL	CODIFICAÇÃO
Participante 1 à 15	**** *Part_1 à *Part_15

Fonte: autores da pesquisa, 2025.

6.8 Aspectos éticos

Para participar do estudo, os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), declarando ciência e concordância com sua participação, bem como pleno conhecimento sobre seus direitos. Entre esses direitos, destaca-se a liberdade de desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízo algum, além da garantia de sigilo absoluto das informações fornecidas. Nos casos de participantes com baixa escolaridade, o conteúdo do TCLE foi lido e explicado detalhadamente, e a concordância foi registrada por meio de dactiloscopia (impressão digital). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, de acordo com o parecer: 7.197.15 CAAE 82601224.8.0000.5020 em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

6.9 Análise dos Riscos e benefícios

Após a conclusão do estudo, foi realizada a devolutiva dos resultados aos participantes por meio de apresentação comunitária, garantindo que as informações coletadas e as conclusões do estudo sejam compartilhadas de forma clara, acessível e ética, respeitando a privacidade e a compreensão de cada participante.

6.9.1 Riscos

Embora toda pesquisa envolvendo seres humanos implique alguns riscos, foi mantida atenção constante a sinais verbais e não verbais de desconforto, como cansaço, constrangimento, insegurança ao responder, vergonha, aborrecimento ou estresse durante a entrevista. Caso algum desses sintomas fossem identificados, garantimos ao participante a liberdade de interromper sua participação a qualquer momento, inclusive recusando-se a responder qualquer pergunta sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo. Todos os cuidados foram tomados para minimizar esses riscos, como a revisão criteriosa do roteiro de perguntas, garantindo que sejam claras e adequadas ao contexto dos participantes.

Além disso, os sigilos absolutos dos dados foram mantidos. Para proteger a identidade dos participantes, utilizamos números e códigos, de modo a preservar o anonimato de todos os envolvidos.

6.9.2 Benefícios

A pesquisa contribuirá de forma significativa para o avanço do conhecimento sobre as práticas de autocuidado em feridas agudas nas comunidades ribeirinhas. A disponibilização dos dados gerados, por meio de artigos científicos, poderá beneficiar profissionais de enfermagem, ampliando seu entendimento sobre o cuidado e tratamento de feridas em populações ribeirinhas. Espera-se que os resultados da pesquisa forneçam embasamento teórico e prático para melhorar a qualidade da assistência à saúde nessas comunidades específicas, promovendo avanços no cuidado a pacientes com feridas agudas.

RESULTADOS



Fonte: Peres (2025).

7. RESULTADOS

A seguir, são apresentados os resultados correspondentes às quinze entrevistas realizadas com os participantes, organizados de acordo com os critérios metodológicos previamente estabelecidos. Para esta etapa, o corpus textual foi estruturado de modo que todas as informações extraídas das entrevistas fossem reunidas e compiladas em um único arquivo compatível com o IRaMuTeQ®, permitindo o reconhecimento adequado dos segmentos de texto pelo software e assegurando a segmentação e a extração sistemática das informações. A utilização de variáveis específicas para a identificação dos(as) participantes garantiu a padronização do corpus, favorecendo a rastreabilidade dos dados e a consistência analítica em todas as etapas do processamento.

Essa estratégia possibilitou a geração de inferências estatísticas e textuais robustas, o que permitiu a identificação de padrões, recorrências e relações semânticas relevantes no interior do material analisado, além de possibilitar a leitura comparativa entre as entrevistas. A organização do corpus por meio de linhas de comando (metadados), conforme os parâmetros exigidos pelo IRaMuTeQ®, viabilizou análises alinhadas aos objetivos da investigação e permitiu identificar núcleos temáticos, bem como padrões semânticos compartilhados e divergentes entre os participantes, contribuindo para a construção de eixos interpretativos sólidos.

A partir desse arranjo, o IRaMuTeQ® possibilitou a realização de diferentes procedimentos estatísticos e textuais, incluindo a análise de estatística lexical, que permitiu identificar os termos mais recorrentes; a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que evidenciou associações entre palavras e variáveis categóricas; a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), responsável pela organização dos segmentos em classes de sentido; a análise de similitude, que revelou conexões e redes semânticas entre os termos; e a nuvem de palavras, utilizada como recurso exploratório para a identificação preliminar dos principais eixos discursivos. A integração desses procedimentos proporcionou um panorama abrangente e consistente das respostas, permitindo reconhecer regularidades, relações de sentido e núcleos temáticos emergentes ao longo do corpus.

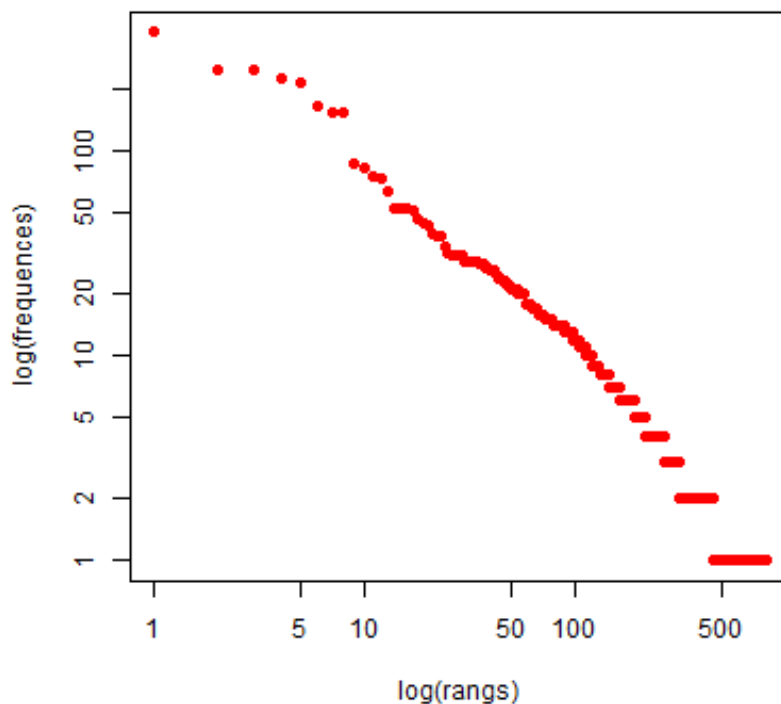
Dessa forma, o uso do IRaMuTeQ® ultrapassou o caráter meramente operacional e assumiu papel central enquanto aporte metodológico para a interpretação crítica dos dados, oferecendo suporte técnico-científico essencial para a produção de inferências coerentes com os objetivos do estudo. Em conjunto, as análises realizadas aprofundaram a compreensão do conteúdo das entrevistas, revelando sentidos latentes, padrões discursivos e conexões semânticas relevantes ao objeto investigado, o que conferiu maior densidade interpretativa e

rigor ao processo analítico desenvolvido.

Ao analisar o corpus sob a ótica da Análise de Estatística Textual, observa-se que ele foi composto por 15 textos, totalizando 5.971 ocorrências distribuídas em 811 formas lexicais distintas. Dentre essas formas, 360 correspondem a hapax (vocabúlos que aparecem apenas uma vez no corpus), representando 6,03% das ocorrências e 44,39% do total de formas, o que indica um nível expressivo de diversidade lexical. A média de ocorrências por texto foi de 398,07, evidenciando um equilíbrio entre extensão textual e variedade de vocabulário empregada pelos participantes.

A distribuição das frequências lexicais segue o padrão amplamente descrito pela Lei de Zipf, em que um número reduzido de palavras apresenta alta recorrência enquanto a maioria ocorre esporadicamente. Essa configuração é característica de corpora naturais e demonstra que o material apresenta um equilíbrio adequado entre repetição e diversidade lexical, condição essencial para análises estatísticas robustas no IRaMuTeQ®

Figura 6: Diagrama de ziph da frequência das palavras e frequência de formas.



Fonte: Peres (2025).

O gráfico apresentado corresponde à distribuição das frequências das formas lexicais do corpus em escala logarítmica (log-log), um recurso utilizado pelo IRaMuTeQ® para visualizar o comportamento estatístico do vocabulário segundo a Lei de Zipf. No eixo horizontal observa-se o logaritmo do ranking das palavras, ordenadas da mais frequente para a menos frequente;

no eixo vertical, apresenta-se o logaritmo das frequências.

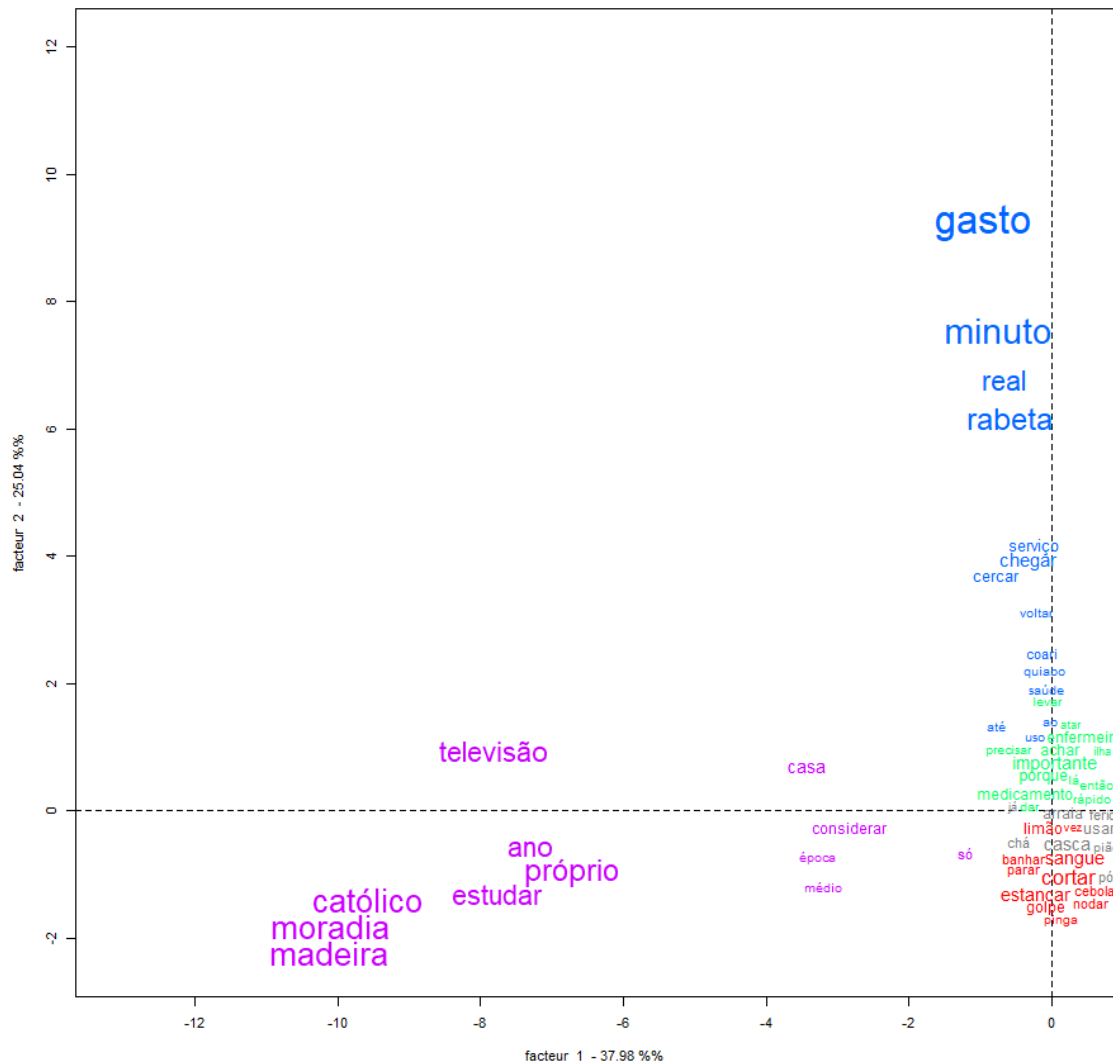
A curva resultante evidencia o padrão característico do conjunto de texto analisados: poucas palavras possuem alta frequência, enquanto a maioria ocorre de forma esporádica. No início da curva, observa-se um conjunto reduzido de termos com elevada recorrência, representados por pontos situados nas regiões superiores do gráfico. À medida que o ranking avança, a frequência das palavras diminui de forma progressiva, produzindo a trajetória descendente típica da distribuição zipfiana.

Na porção intermediária do gráfico, a curva apresenta inclinação estável, indicando diversidade lexical equilibrada e presença de palavras de média recorrência que contribuem para a coesão discursiva do corpus. Já na extremidade direita, observa-se uma grande concentração de pontos próximos à base da escala vertical, evidenciando as numerosas formas com frequência igual a 1 (hapax). Esse comportamento confirma os resultados estatísticos previamente identificados, especialmente a representatividade dos hapax no corpus.

A forma suavemente decrescente da linha de distribuição demonstra que o corpus apresenta um comportamento linguístico adequado para análises lexicométricas, visto que mantém simultaneamente diversidade vocabular e repetição suficiente para garantir estabilidade estatística. Assim, o gráfico confirma a conformidade do corpus com a Lei de Zipf, reforçando a qualidade estrutural do material textual e sua aptidão para os procedimentos de análise realizados pelo IRaMuTeQ®.

Ao que se refere à Análise Fatorial de Correspondência (AFC), esta técnica foi empregada com o propósito de identificar a distribuição lexical do corpus no espaço semântico e examinar as associações entre os termos decorrentes das entrevistas. O plano fatorial gerado (Figura 2) representa a projeção dos vocábulos nos dois primeiros eixos, responsáveis pela maior parcela da variância explicada. Esses eixos sintetizam as principais oposições semânticas presentes no corpus e permitem observar a organização dos discursos segundo campos de sentido compartilhados.

Figura 7: Representação gráfica da AFC das variáveis fixas no plano fatorial.



Fonte: Peres (2025).

A disposição espacial evidencia agrupamentos lexicais bem definidos, indicando a emergência de núcleos semânticos específicos. À esquerda do eixo 1, observa-se um conjunto de palavras associado ao contexto sociocultural e cotidiano dos participantes, composto por termos como “moradia”, “madeira”, “católico”, “televisão”, “estudar”, “ano”, “próprio” e “casa”. A posição afastada desse grupo sugere forte coerência interna e distinção temática em relação às demais regiões do plano fatorial.

No quadrante inferior direito, forma-se um núcleo relacionado a situações de risco, ferimentos e práticas populares de cuidado, com termos como “cortar”, “sangue”, “estancar”, “golpe”, “cebola”, “parar”, “banhar”, “pinga” e “corte”. A proximidade desses vocábulos evidencia padrões recorrentes e reforça a centralidade desse domínio temático no discurso analisado.

Próximo ao eixo horizontal, ainda à direita, encontra-se o conjunto de termos referentes ao acesso ao sistema de saúde e ao papel dos profissionais, formado por palavras como “importante”, “porque”, “achar”, “enfermeiro”, “medicamento”, “saber”, “atendimento”, “comunidade” e “médico”. A posição intermediária desse grupo sugere que tais termos desempenham função articuladora entre diferentes dimensões do corpus, conectando experiências cotidianas a práticas de cuidado formal.

No quadrante superior direito, observa-se a concentração de termos associados a deslocamento, tempo gasto e barreiras territoriais para acesso aos serviços, representada por palavras como “gasto”, “minuto”, “real”, “rabetá”, “serviço”, “chegar”, “cercar”, “Coari”, “voltar” e “uso”. A distribuição vertical desses itens reforça o peso das condições geográficas e logísticas nas falas dos participantes.

De modo geral, o plano fatorial demonstra que os eixos não apenas sintetizam padrões de frequência, mas revelam oposições e proximidades lexicais que estruturam semanticamente o discurso. A AFC evidencia como os participantes organizam seus relatos em torno de grandes blocos temáticos, cotidiano sociocultural, práticas tradicionais de cuidado, experiências com ferimentos, relação com profissionais e serviços de saúde, e dificuldades de deslocamento, permitindo uma leitura integrada da estrutura semântica do corpus.

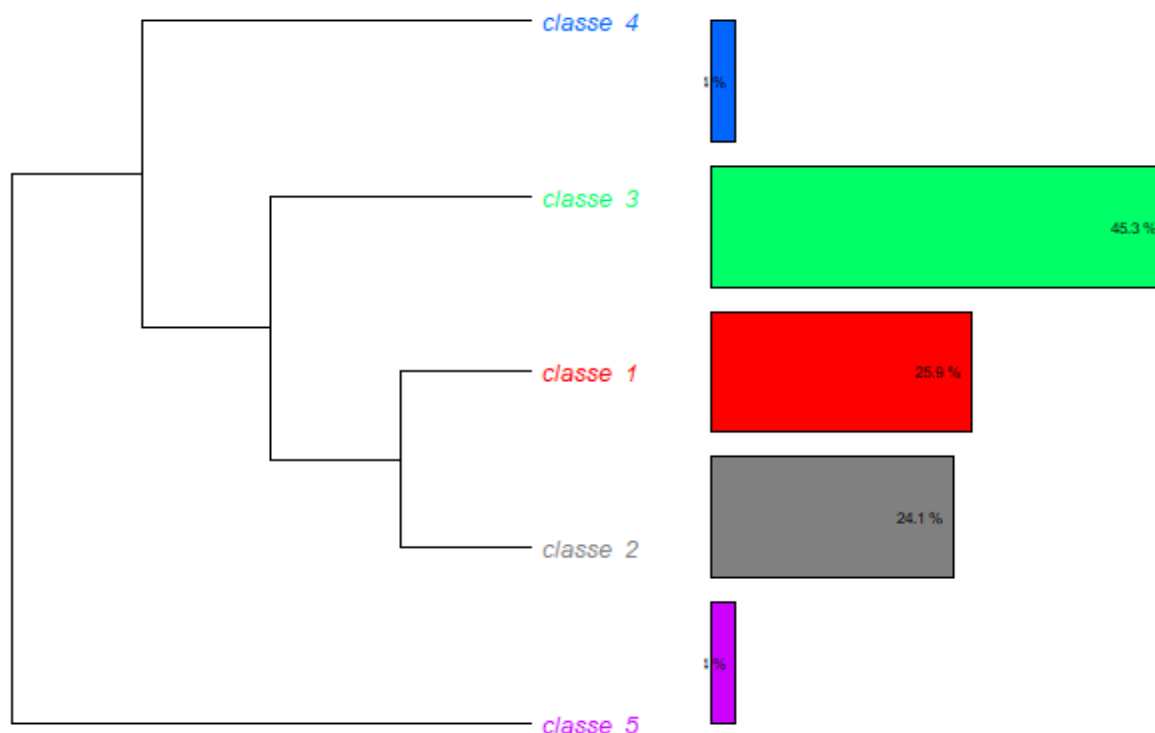
No que se refere à Classificação Hierárquica Descendente (CHD), também conhecida como Análise de Reinert, o corpus analisado foi composto por 15 textos, segmentados em 170 unidades de texto (UTs). Esse material totalizou 5.971 ocorrências distribuídas em 1.207 formas lexicais distintas, das quais 811 foram reconhecidas como lemas. Entre essas formas, 708 foram classificadas como ativas, sendo efetivamente consideradas no processo estatístico que organiza os segmentos de texto em classes lexicais. Adicionalmente, foram identificadas 96 formas suplementares, geralmente associadas a variáveis descritivas ou termos auxiliares.

Quanto aos critérios mínimos de frequência, 246 formas ativas apresentaram três ou mais ocorrências, atendendo aos parâmetros básicos de robustez recomendados para a CHD. A média de 35,12 formas por segmento indica um nível adequado de densidade lexical, contribuindo para a estabilidade do modelo estatístico e para a fidelidade das associações estabelecidas entre palavras e segmentos.

O processamento da CHD resultou na formação de cinco clusters, com classificação integral dos segmentos, uma vez que as 170 unidades de texto foram alocadas, totalizando 100% de aproveitamento. Esse desempenho indica que o corpus apresentou qualidade suficiente para permitir a estruturação das classes sem perda de material, o que reforça a consistência do processo de segmentação e da organização interna do vocabulário. O dendrograma resultante representa graficamente a distribuição das cinco classes lexicais e evidencia a estrutura

hierárquica que orienta a divisão sucessiva dos segmentos, permitindo visualizar a relação entre os núcleos semânticos identificados e a forma como cada classe se diferencia das demais no interior do corpus.

Figura 8: Dendrograma de classe operacionalizado no software IRaMuTeQ®.



Fonte: Peres (2025).

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) gerada pelo IRaMuTeQ estruturou o corpus em cinco classes lexicais, distribuídas de forma assimétrica no dendrograma, evidenciando diferentes pesos temáticos no conjunto das entrevistas. Cada classe representa um agrupamento de unidades de texto que compartilham vocabulário estatisticamente semelhante, formando núcleos de sentido característicos.

A classe 3, representada em verde, corresponde à maior porção do corpus, reunindo 45,3% dos segmentos. Sua amplitude indica que esse agrupamento concentra o núcleo temático mais recorrente entre as entrevistas, funcionando como eixo estruturante do discurso. Logo abaixo, em termos de frequência relativa, encontra-se a classe 1 (vermelha), responsável por 25,9% dos segmentos, seguida pela classe 2 (cinza), que representa 24,1% do material analisado.

Ambas apresentam pesos aproximados, sugerindo similar relevância na composição semântica do corpus, ainda que tratem de campos discursivos distintos. As classes 4 (azul) e 5 (roxa) representam, respectivamente, 3% e 1% dos segmentos de texto. Embora menos

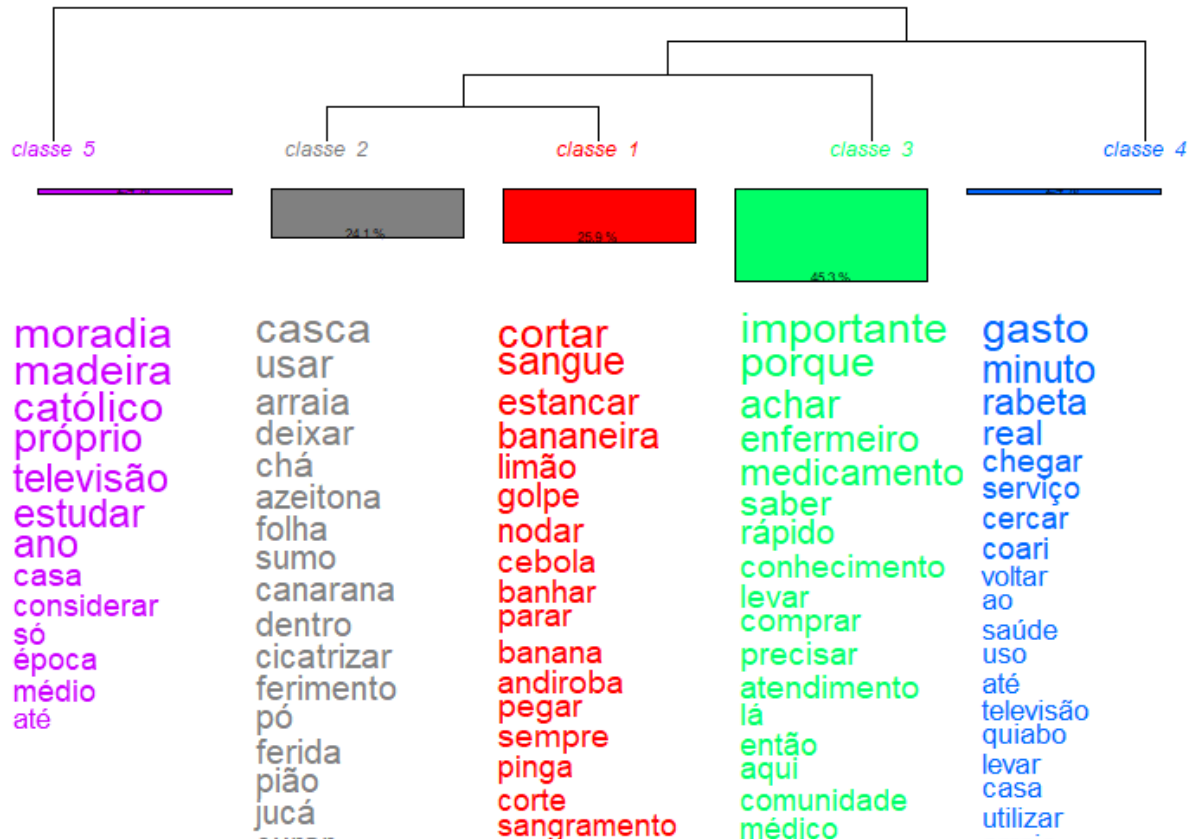
expressivas em volume, sua presença indica a existência de temas mais específicos, porém relevantes, que aparecem de forma pontual, mas com coerência interna suficiente para formar agrupamentos próprios.

A estrutura hierárquica do dendrograma mostra que as classes não se formam de modo aleatório; ao contrário, distribuem-se em ramos que revelam aproximações e distanciamentos semânticos. A classe 5 aparece isolada na base da árvore, sugerindo um campo temático mais específico e menos conectado aos demais. Já as classes 1 e 2 surgem como ramos próximos, indicando compartilhamento parcial de vocabulário ou de situações discursivas semelhantes. A classe 3 se posiciona como um agrupamento mais abrangente, conectando-se a esses ramos intermediários e servindo como ponto de articulação temático. Por fim, a classe 4 aparece no topo da árvore com baixa frequência, mas mantendo distância semântica considerável, o que reforça seu caráter temático particular.

De modo geral, o dendrograma evidencia a formação de cinco campos lexicais distintos, cada qual representando dimensões específicas do discurso dos participantes. A predominância da classe 3 demonstra sua centralidade na narrativa, enquanto as demais classes representam aprofundamentos ou desdobramentos temáticos que complementam a compreensão global do corpus. O conjunto dessas classes permite identificar a estrutura semântica do material e orientar a interpretação qualitativa a partir dos sentidos compartilhados e das especificidades emergentes.

Já em relação ao dendrograma em cascata de palavras da CHD revela a organização do corpus em cinco classes lexicais distintas, cada uma caracterizada por conjuntos específicos de palavras estatisticamente associadas, conforme pode ser melhor observado na imagem a seguir.

Figura 9: Dendrograma em cascata de palavras operacionalizado pelo software IRaMuTeQ®.



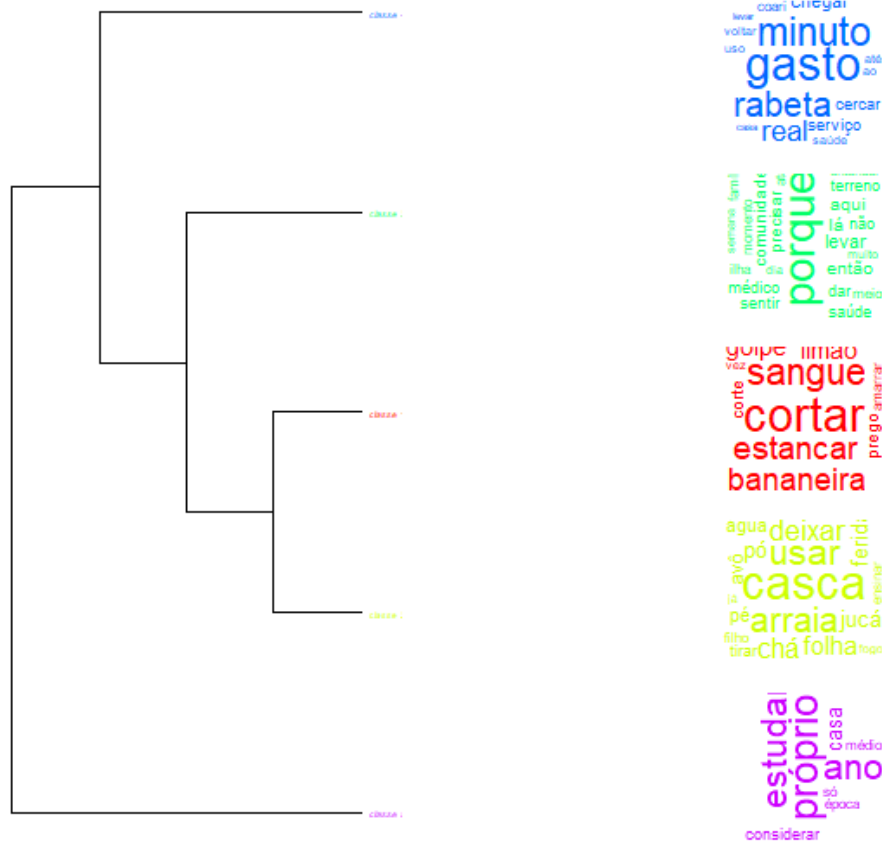
Fonte: Peres (2025).

A Classe 3 (verde, 45,3%) é a mais representativa e reúne termos como “importante”, “enfermeiro”, “medicamento” e “atendimento”, indicando centralidade dos discursos sobre o cuidado em saúde. A Classe 1 (vermelha, 25,9%) agrupa palavras como “cortar”, “sangue”, “estancar” e “cebola”, remetendo às práticas populares utilizadas em situações de ferimentos. A Classe 2 (cinza, 24,1%) inclui termos como “casca”, “chá”, “folha” e “cicatrizar”, associados ao uso de plantas e recursos naturais no cuidado cotidiano. A Classe 5 (roxa, 1%) reúne palavras como “moradia”, “madeira”, “católico” e “televisão”, relacionadas ao contexto sociocultural dos participantes. Já a Classe 4 (azul, 3%) concentra vocábulos como “gasto”, “minuto”, “rabeta” e “Coari”, refletindo dificuldades de deslocamento e barreiras territoriais. O arranjo hierárquico evidencia a proximidade temática entre as classes 1 e 2, enquanto a Classe 5 se destaca como o agrupamento mais isolado.

O dendrograma em nuvem de palavras da CHD resultou na formação de cinco classes lexicais distintas, cuja distribuição semântica é apresentada no dendrograma acompanhado das respectivas nuvens de palavras. Esse recurso gráfico permite visualizar, de forma integrada, tanto a relação hierárquica entre as classes quanto o conjunto de vocábulos mais representativos de cada uma delas. As nuvens evidenciam, por meio do tamanho e da frequência das palavras, os termos que possuem maior peso estatístico na constituição de cada classe, facilitando a

identificação dos núcleos temáticos predominantes no corpus. A seguir, são descritas as classes resultantes, considerando sua posição no dendrograma e as palavras-chave que emergiram em cada agrupamento lexical.

Figura 10: Dendrograma em nuvem de palavras operacionalizado pelo software IRaMuTeQ®.



Fonte: Peres (2025).

Esse recurso integra a estrutura hierárquica das segmentações com a visualização dos termos mais representativos de cada classe, permitindo observar simultaneamente como os segmentos se agrupam e quais palavras sustentam esses agrupamentos. Nas nuvens, o tamanho dos vocábulos expressa sua força estatística dentro de cada classe, destacando os núcleos semânticos que organizam o discurso dos participantes.

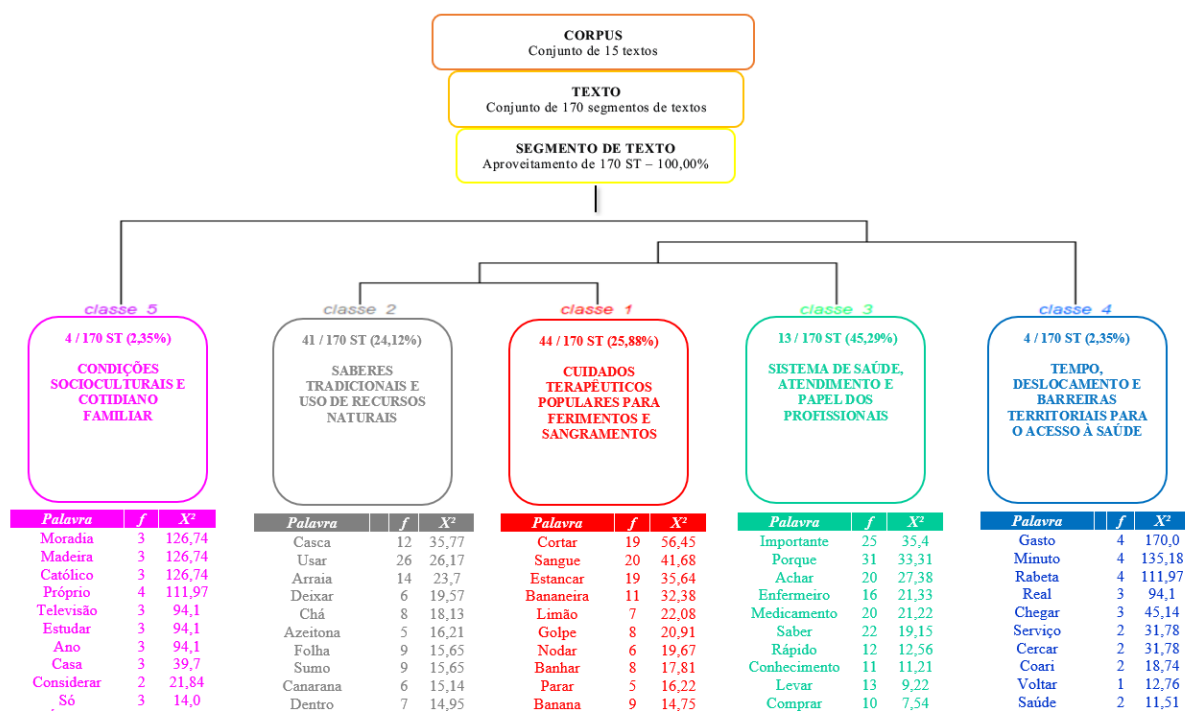
Dessa forma, o dendrograma com nuvens de palavras oferece uma visão abrangente dos principais eixos temáticos do corpus, facilitando a leitura comparativa entre as classes e a identificação das especificidades discursivas que emergem em cada agrupamento. A seguir, são descritas de forma objetiva as classes resultantes e seus respectivos núcleos de significado.

Por fim, elaborou-se o dendrograma adaptado apresentado na Figura 6. Essa representação, derivada da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), possibilita visualizar a estrutura interna dos agrupamentos lexicais, formados a partir da proximidade

semântica entre os segmentos de texto. Tal recurso favorece a interpretação crítica dos resultados, permitindo aos pesquisadores estabelecer relações entre classes e categorizar os discursos conforme sentidos emergentes nas falas, em diálogo com as vivências e significados atribuídos durante os grupos focais.

Para fins de clareza expositiva, o gráfico foi reorganizado no Microsoft Word, preservando a hierarquia entre as classes e a proporção percentual gerada pelo IRaMuTeQ®, de modo a oferecer uma apresentação visual mais adequada e acessível.

Figura 11: Dendograma de classes adaptado do IRaMuTeQ® e criado no Microsoft Word®.



f = frequência

x^2 = qui-quadrado.

Fonte: Peres (2025).

O dendrograma adaptado (Figura 6) apresenta a segmentação do corpus em cinco classes lexicais, a partir de 170 Segmentos de Texto (ST), classificados integralmente (100% de aproveitamento). Cada classe foi nomeada a partir dos vocábulos mais representativos e das frequências associadas, permitindo evidenciar os núcleos temáticos da análise.

O dendrograma resultante do método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) apresenta a segmentação do corpus em cinco classes lexicais distribuídas em 170 Segmentos de Texto (ST), todos aproveitados pelo software (100%). Cada classe foi nomeada a partir dos vocábulos com maiores valores de frequência (f) e qui-quadrado (χ^2), o que permite identificar com precisão os núcleos temáticos que organizam o discurso dos participantes. A estrutura

resultante distribui-se de maneira assimétrica, com predomínio de uma classe central e quatro classes periféricas que representam dimensões complementares da experiência narrada.

A classe 3, correspondente à categoria “Sistema de saúde, atendimento e papel dos profissionais”, representou 45,29% dos segmentos de texto (13/170), reunindo os vocábulos mais fortemente associados ao funcionamento do cuidado formal. Entre os termos de maior destaque estatístico encontram-se “importante” ($f = 25$; $\chi^2 = 35,4$), “porque” ($f = 31$; $\chi^2 = 33,31$), “achar” ($f = 20$; $\chi^2 = 27,38$), “enfermeiro” ($f = 16$; $\chi^2 = 21,33$), “medicamento” ($f = 20$; $\chi^2 = 21,22$), “saber” ($f = 22$; $\chi^2 = 19,15$) e “conhecimento” ($f = 11$; $\chi^2 = 11,21$). Esses termos indicam a centralidade atribuída ao profissional de saúde, especialmente ao enfermeiro, no processo de cuidado e na articulação entre o saber técnico e as práticas terapêuticas utilizadas na comunidade.

Essa expectativa aparece de forma explícita nos discursos, nos quais os participantes destacam a importância de que o enfermeiro conheça os tratamentos caseiros como parte do cuidado em saúde:

Acho que é bom que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, tenham esse conhecimento do cuidado ribeirinho. É bom ele saber disso aí para um dia eles precisarem fazer isso aí.
(Acerola)

Os relatos também evidenciam que o uso de medicamentos caseiros está diretamente relacionado à acessibilidade e à resolutividade do cuidado, sendo percebido como uma alternativa eficaz diante das limitações do sistema formal:

A gente usa o medicamento caseiro porque é o que está acessível e eu acho que faz um efeito satisfatório. O enfermeiro deve saber disso porque é importante para o cuidado.
(Abacaxi)

Além disso, os participantes demonstram um entendimento empírico sobre a composição dos medicamentos caseiros, reconhecendo semelhanças com os fármacos industrializados, o que reforça a necessidade de reconhecimento desses saberes pelos profissionais de saúde:

As composições que tem no remédio caseiro, como copaíba, andiroba, banha de cobra e mel de abelha, são as mesmas composições dos remédios de farmácia para gripe, bronquite e rouquidão.
(Coqueiro)

As falas também apontam fragilidades no acesso aos medicamentos industrializados e à atuação dos serviços de saúde, o que reforça a valorização dos saberes tradicionais como estratégia de cuidado cotidiana:

Para ajudar na cicatrização uso remédios caseiros porque saram rápido e muitas vezes o remédio de farmácia não está disponível.

Acredito ser importante que enfermeiros conheçam esses saberes, pois fazem parte da realidade da comunidade e ajudam na prática deles.
(Abacaxi)

Dessa forma, o peso estatístico dos termos e a articulação com os discursos dos participantes indicam que esta classe funciona como eixo organizador do corpus, ao evidenciar a centralidade do enfermeiro, a importância do conhecimento técnico-cultural e a integração entre cuidado formal e práticas tradicionais como elementos fundamentais para a efetividade do cuidado em contextos ribeirinhos.

A classe 1, denominada “Cuidados terapêuticos populares para ferimentos e sangramentos”, abrange 25,88% dos segmentos de texto (44/170) e reúne vocábulos que descrevem práticas comunitárias de cuidados frente a lesões, acidentes e situações de sangramento. Os termos de maior associação incluem “cortar” ($f = 19$; $\chi^2 = 56,45$), “sangue” ($f = 20$; $\chi^2 = 41,68$), “estancar” ($f = 19$; $\chi^2 = 35,64$), “bananeira” ($f = 11$; $\chi^2 = 32,38$), “limão” ($f = 7$; $\chi^2 = 22,08$), “golpe” ($f = 8$; $\chi^2 = 20,91$), “noda” ($f = 6$; $\chi^2 = 19,67$), “banana” ($f = 9$; $\chi^2 = 14,75$) e “andiroba” ($f = 10$; $\chi^2 = 13,79$). Esse agrupamento lexical indica a existência de um sistema consolidado de primeiros socorros populares, baseado no uso de recursos naturais disponíveis no território.

Os discursos evidenciam que a seiva da bananeira (“noda”) ocupa papel central no estancamento imediato de sangramentos decorrentes de cortes e acidentes de trabalho, sendo amplamente reconhecida por sua eficácia prática:

Para estancar o sangue o melhor é o leite da bananeira. Vai cortar o talo da bananeira e botar em cima apertado. Se for um corte pequeno, pinga o leite em cima e o sangue já para.
(Coqueiro)

Práticas semelhantes são descritas por outros participantes, que relatam a aplicação direta da seiva sobre o ferimento, muitas vezes dispensando a busca imediata por serviços de saúde:

Quando a gente se corta, corta a bananeira e joga a noda em cima do golpe. A noda estanca o sangue e muitas vezes nem íamos ao hospital.
(Abacaxi)

Além da nodinha de bananeira, o limão e outros recursos naturais aparecem como estratégias complementares para conter sangramentos e prevenir inflamações, ainda que reconhecidos como dolorosos no momento da aplicação:

Se o camarada pega um corte no dedo e bota o limão em cima e aperta, o sangue coalha e para de sair. Dói, mas estanca.
(Coqueiro)

Outras práticas incluem o uso de cebola, alho e cinzas, especialmente em casos de

ferimentos perfurantes, como a “furada de prego”, com a finalidade de evitar infecção:

Para furada de prego é só cortar a cebola de cabeça e colocar em cima que é muito bom para não inflamar. Já usei em mim e sarou rápido.
(Juca)

O cuidado com a cicatrização também é amplamente relatado, destacando-se o uso de banha de cobra, andiroba e copaíba, aplicadas topicamente e, em alguns casos, ingeridas em pequenas quantidades, conforme o saber tradicional:

A gente usa muito banha de cobra e andiroba para cicatrizar, passando em cima da ferida e às vezes tomando umas gotinhas misturadas no café. Em média leva duas a três semanas para cicatrizar, mas para estancar o sangue é imediato.
(Açaizeiro)

Os relatos indicam ainda que essas práticas são aprendidas no âmbito familiar, transmitidas entre gerações, e acionadas como primeiros cuidados, especialmente em contextos de difícil acesso aos serviços de saúde:

A maioria das vezes a gente aprende com nossos pais, e eles aprenderam com nossos avós. A gente faz esses primeiros socorros e, dependendo da gravidade, depois procura a unidade de saúde.
(Açaizeiro)

Com isso, o elevado valor de χ^2 associado aos principais termos confirma a forte coesão interna e o caráter distintivo da classe, evidenciando um sistema terapêutico popular estruturado, funcional e adaptado à realidade ribeirinha. As práticas descritas cumprem papel fundamental no cuidado imediato de ferimentos, na redução de sangramentos e na cicatrização, configurando-se como componente essencial do cuidado em saúde nesses territórios.

A classe 2, correspondente à categoria “Saberes tradicionais e uso de recursos naturais”, é responsável por 24,12% dos segmentos de texto (41/170) e amplia o campo semântico das práticas tradicionais de cuidado em saúde. Os vocábulos mais significativos incluem “casca” ($f = 12$; $\chi^2 = 35,77$), “usar” ($f = 26$; $\chi^2 = 26,17$), “arraia” ($f = 14$; $\chi^2 = 23,7$), “chá” ($f = 8$; $\chi^2 = 18,13$), “folha” ($f = 9$; $\chi^2 = 15,65$), “sumo” ($f = 9$; $\chi^2 = 15,65$), “canarana⁴” ($f = 6$; $\chi^2 = 15,14$) e “cicatrizar” ($f = 14$; $\chi^2 = 14,82$). Diferentemente da classe 1, esta classe enfatiza o uso sistemático de componentes naturais como cascas, folhas, chás e sumos, mostram não apenas a situações emergenciais, mas também em práticas contínuas e planejadas de cuidado.

Os relatos evidenciam um conhecimento detalhado sobre o preparo e a aplicação desses recursos, indicando um repertório terapêutico estruturado. O uso do jucá, por exemplo, é descrito, evidenciando processos de adaptação do cuidado à realidade local:

⁴ Canarana é um termo popular utilizado no Brasil principalmente para se referir a tipos de capim nativo (forrageiras) que crescem em áreas alagadas, muito valorizados na pecuária, mas também pode designar uma planta medicinal.

O jucá é utilizado como iodo caseiro. A gente coloca o jucá dentro do álcool e deixa passar uns dias e utiliza aquilo como iodo para sarar ferimento.

(Jucá)

As práticas voltadas ao tratamento de ferradas de arraia e mordidas de animais aparecem com frequência nesta classe, destacando o uso de folhas, chás e sumos com função analgésica, anti-inflamatória e cicatrizante. Um dos participantes relata:

Na terceira ferrada de arraia usei mastruz batido. Pegava o sumo batido e botava em cima do ferimento, amarrando com um pano para tentar cicatrizar.

(Abacaxi)

Outros discursos reforçam o uso da canarana, tanto por via tópica quanto por ingestão, demonstrando a complexidade do saber tradicional aplicado conforme o tipo de agravo:

Para corte a gente usa remédio caseiro como casca de pau travosa, como caju, azeitona e jucá, lavando o ferimento. Para mordida de cobra, minha sogra usava o sumo da canarana batido e dava para a pessoa tomar.

(Mastruz)

Além das plantas mais citadas, observa-se a diversidade de espécies utilizadas e a adaptação das técnicas conforme a evolução do ferimento, incluindo lavagem, aplicação de pós e renovação do curativo:

Eu fervia ou deixava de molho as cascas travosas para lavar o ferimento. Depois usava o pozinho do taperebá⁵ em cima para cicatrizar e o curativo tinha que ser feito a cada vinte e quatro horas.

(Abacate)

Os relatos também revelam que essas práticas são construídas a partir da experiência familiar e da observação dos resultados ao longo do tempo, reforçando a transmissão intergeracional dos saberes:

Aqui a gente vai juntando o que funciona para cada tipo de ferida. Minha mãe dizia que a folha de pião era boa e eu continuei usando até aprender.

(Couve)

Assim, o valor de χ^2 associado aos termos “usar” e “casca” confirma que esta classe expressa um eixo tradicional de cuidado, sustentado por conhecimentos empíricos, técnicas específicas de preparo e critérios próprios de eficácia. A convergência temática com a classe 1 reforça a existência de um sistema terapêutico local integrado, no qual os saberes tradicionais ocupam papel central na prevenção, no tratamento e na recuperação da saúde em contextos ribeirinhos.

⁵ É uma fruta amazônica, também conhecida como cajú ou cajú-mirim (*Spondias mombin*).

A classe 4, associada à categoria “Tempo, deslocamento e barreiras territoriais para o acesso à saúde”, representa 2,35% dos segmentos de texto (4/170) e evidencia os obstáculos geográficos e econômicos enfrentados pelos participantes no acesso aos serviços formais de saúde. Os termos mais significativos incluem “*gasto*” ($f = 4$; $\chi^2 = 170,0$), “*minuto*” ($f = 4$; $\chi^2 = 135,18$), “*rabeta*” ($f = 4$; $\chi^2 = 111,97$), “*real*” ($f = 3$; $\chi^2 = 94,1$), “*chegar*” ($f = 3$; $\chi^2 = 45,14$), “*serviço*” ($f = 2$; $\chi^2 = 31,78$) e “*Coari*” ($f = 2$; $\chi^2 = 18,74$). O elevado valor de χ^2 associado aos termos “*gasto*”, “*minuto*” e “*rabeta*” demonstra que o tempo de deslocamento, os custos financeiros e a dependência do transporte fluvial configuram fatores críticos que modulam o acesso ao cuidado em saúde.

Os relatos explicitam que o deslocamento até o município de Coari envolve planejamento, gastos com combustível e disponibilidade de transporte, o que pode dificultar ou postergar a busca por atendimento nos serviços de saúde:

Para chegar até Coari utilizo rabeta, levo trinta minutos de deslocamento e gasto cerca de quatro litros de gasolina.
(Laranja)

Outros participantes reforçam que, além do tempo, o custo financeiro do deslocamento representa um custo significativo para as famílias ribeirinhas:

De rabeta uns cinquenta minutos ida e volta, gasto uns trinta ou quarenta reais.
(Acerola)

A utilização de diferentes meios de transporte fluvial, como botes e rabetas, também aparece associada à necessidade de otimizar gastos e tempo, especialmente quando o deslocamento ocorre exclusivamente para acesso aos serviços de saúde:

Para chegar ao serviço de saúde vamos de bote e rabeta. O tempo de deslocamento até Coari é de trinta minutos e gasto cerca de treze reais para ir e voltar.
(Mastruz)

Esses relatos evidenciam que as barreiras territoriais e econômicas influenciam diretamente as decisões relacionadas à busca por cuidado formal, contribuindo para que os participantes recorram, em muitas situações, às práticas tradicionais descritas nas classes 1 e 2. Dessa forma, esta classe, embora represente menor percentual do corpus, desempenha papel explicativo relevante ao contextualizar os limites estruturais que condicionam o acesso ao sistema de saúde em territórios ribeirinhos.

A classe 5, denominada “Condições socioculturais e cotidiano familiar”, corresponde a 2,35% dos segmentos de texto (4/170) e reúne vocábulos que descrevem aspectos identitários, habitacionais e do cotidiano dos participantes. Entre os termos de maior associação destacam-se “*moradia*” ($f = 3$; $\chi^2 = 126,74$), “*madeira*” ($f = 3$; $\chi^2 = 126,74$), “*católico*” ($f = 3$; $\chi^2 =$

126,74), “*próprio*” ($f = 4$; $\chi^2 = 111,97$), “*televisão*” ($f = 3$; $\chi^2 = 94,1$), “*estudar*” ($f = 3$; $\chi^2 = 94,1$) e “*ano*” ($f = 3$; $\chi^2 = 94,1$). Embora represente uma parcela reduzida do corpus, esta classe é fundamental para contextualizar as práticas de saúde nas condições concretas de vida da comunidade.

Os relatos evidenciam diferentes estruturas familiares, níveis de escolaridade, pertencimentos religiosos e condições de moradia, elementos que estruturam o cotidiano e influenciam diretamente a forma como o cuidado em saúde é percebido e praticado. Uma das participantes descreve sua condição sociofamiliar e os bens presentes no domicílio:

Sou solteira no documento, mas sou casada. Tenho o ensino médio completo e sou evangélica. Minha casa é própria de alvenaria e na minha casa tem televisão, celular e internet.
(Jambo)

Outros relatos indicam trajetórias educacionais mais curtas e condições habitacionais marcadas pela moradia em casas de madeira, além de menor acesso a bens de consumo:

Sou solteira, estudei até o quarto ano. Minha religião é católica, minha cor é parda e minha moradia é própria de madeira. Na minha casa só tem televisão.
(Mastruz)

A identificação étnica, a ocupação e o estado civil também aparecem como elementos constitutivos da identidade e do modo de vida dos participantes:

Tenho cinquenta e três anos, sou casada em união estável, estudei só a primeira série, sou católica e me considero indígena. Minha moradia é própria de madeira, sou agricultora e pescadora.
(Acerola)

De modo semelhante, outro participante relata condições de vida marcadas pela baixa escolaridade e pela convivência conjugal informal:

Tenho sessenta e três anos, vivo junto, estudei só a primeira série, sou católico e me considero branco indígena. Minha moradia é própria de madeira.
(Laranja)

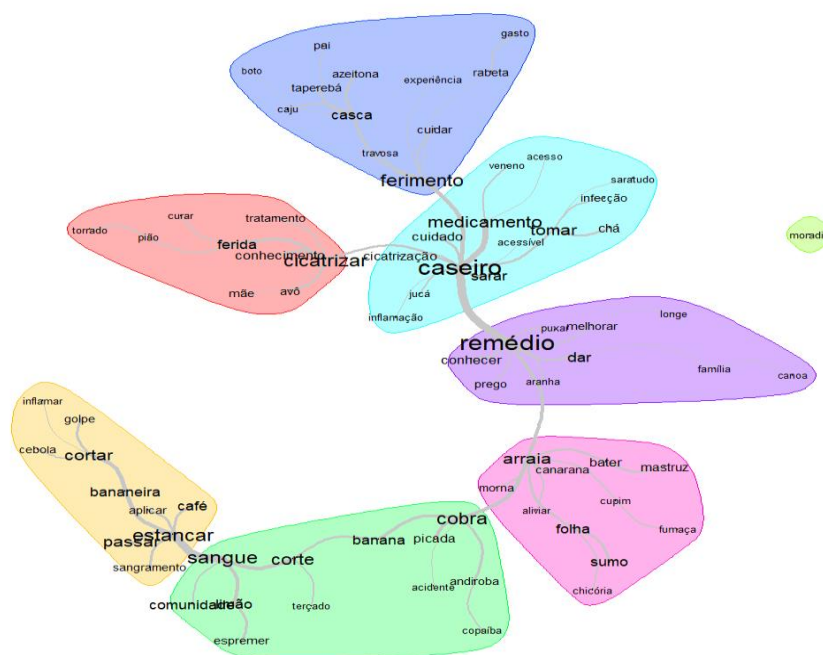
Esses elementos socioculturais como tipo de moradia, escolaridade, religiosidade e composição familiar influenciam diretamente a interpretação da doença, a tomada de decisão frente aos agravos à saúde e a articulação entre práticas tradicionais e o sistema formal de cuidado. Assim, embora quantitativamente reduzida, esta classe cumpre papel analítico relevante ao situar as práticas terapêuticas e o autocuidado no contexto das condições de vida e do cotidiano familiar da população ribeirinha.

A integração das cinco classes revela uma ecologia do cuidado estruturada em dois grandes eixos: o eixo tradicional, formado pelas categorias “cuidados terapêuticos populares

para ferimentos e sangramentos” e “saberes tradicionais e uso de recursos naturais”, e o eixo formal, representado pela categoria “sistema de saúde, atendimento e papel dos profissionais”. Esses eixos são modulados por barreiras territoriais, expressas pela categoria “tempo, deslocamento e barreiras territoriais para o acesso à saúde”, e sustentados pelas “condições socioculturais e cotidiano familiar”. Cada classe, ao apresentar termos com altos valores de f e χ^2 , revela componentes essenciais do modo como a comunidade compreende e vivencia o cuidado em saúde, articulando conhecimento técnico-científico, práticas tradicionais, condições materiais e valores culturais.

Já a análise de similitude, gerada a partir do algoritmo de grafos baseado na teoria das coocorrências de Reinert, permite visualizar a arquitetura relacional do corpus, evidenciando como os vocábulos se conectam entre si e se agrupam em núcleos semânticos coesos. Esse procedimento destaca tanto a proximidade entre os termos quanto a força das associações lexicais, possibilitando identificar o centro organizador do discurso e os agrupamentos temáticos periféricos que dele emergem. Para esta etapa, foram selecionadas 80 palavras com coocorrência, extraídas de um conjunto de 246 formas que apresentaram frequência ≥ 3 ocorrências no corpus. A representação gráfica da árvore de similitude, apresentada na figura a seguir, sintetiza essas conexões e favorece a compreensão dos vocábulos mais recorrentes e das relações que estruturam o campo semântico analisado.

Figura 12: Árvore de similitude das palavras com maior proximidade gerada pelo IRaMuTeQ®.



Fonte: Peres (2025).

A análise de similitude (Figura 7) revela a estrutura relacional do corpus por meio da

articulação entre diferentes núcleos lexicais, destacando o termo “caseiro” como centro organizador do grafo. A partir dele irradiam-se diversas ramificações que conectam práticas tradicionais, cuidado de ferimentos, uso de plantas medicinais, experiências com acidentes e interações com o sistema formal de saúde. O mapa evidencia, portanto, que o cuidado realizado pelos participantes é multifacetado, envolvendo simultaneamente elementos empíricos, saberes transmitidos intergeracionalmente e referências ao uso de medicamentos formais.

O núcleo central, formado por vocábulos como “caseiro”, “remédio”, “medicamento”, “sara”, “cicatrizar” e “cuidado”, indica que as falas se estruturam em torno da ideia de tratamento prático, acessível e frequentemente associado ao uso de recursos naturais. As conexões entre “remédio” e termos como “dar”, “melhorar”, “conhecer” e “puxar” mostram que, mesmo quando o medicamento industrializado aparece, ele é integrado ao repertório cotidiano, sendo avaliado a partir de sua eficácia percebida, das orientações familiares e das possibilidades de acesso.

Uma das ramificações mais extensas liga o núcleo central às práticas do cuidado de acidentes e ferimentos, evidenciadas pelas palavras “ferimento”, “ferida”, “corte”, “sangue”, “estancar”, “passar”, “bananeira”, “cebola” e “banhar”. Esse bloco temático indica que acidentes domésticos e comunitários são eventos recorrentes na experiência dos participantes, exigindo respostas imediatas. A forte ligação entre “sangue” e termos como “estancar”, “corte”, “café”, “banana”, “cebola” e “espremer” evidencia o uso de técnicas locais para controlar sangramentos. Trata-se de um repertório formado por procedimentos pragmáticos, transmitidos ao longo do tempo, e que se relaciona diretamente com a dificuldade de acesso rápido a serviços de saúde.

Outro núcleo importante refere-se às práticas com plantas medicinais e produtos naturais, expressas nos agrupamentos em torno de “folha”, “sumo”, “arraia”, “mastruz”, “canarana”, “cupim”, “andiroba”, “copaíba”, “azeitona”, “casca” e “chá”. Esses termos formam clusters semânticos densos, indicando que a fitoterapia desempenha papel central na resolução de problemas cotidianos, incluindo inflamações, picadas de animais, cortes, dores e infecções leves. A associação entre “espremer”, “botar”, “tirar”, “aliviar” e “picada” revela práticas corporais e manipulações diretas de plantas e substâncias naturais para promover alívio, cura ou proteção, mostrando um sistema de cuidado orgânico e altamente integrado à vida local.

Uma ramificação específica destaca o conjunto semântico referente a acidentes com animais aquáticos e terrestres, marcado pelas palavras “arraia”, “cobra”, “picada”, “acidente”, “morna”, “terçado”, “bater” e “fumaça”. Esse agrupamento mostra que os participantes enfrentam, no cotidiano, riscos ambientais concretos, especialmente relacionados ao trabalho, ao deslocamento e às atividades ribeirinhas. As estratégias de cuidado como aplicar calor, usar

folhas específicas, “bater” ou “puxar” a região picada, evidenciam saberes muito específicos, ajustados ao ambiente amazônico.

Outra ramificação articula os vocábulos “pai”, “mãe”, “avó”, “família”, “comunidade” e “experiência”, indicando que o cuidado não é uma prática individual, mas um fenômeno socialmente distribuído. O fato de esses termos se conectarem a clusters terapêuticos mostra que a transmissão de conhecimentos ocorre no interior das relações familiares e comunitárias, por meio da observação, do ensino informal e do compartilhamento de práticas de cuidado. Isso demonstra que o saber tradicional não é apenas técnico; é também moral, identitário e vinculado ao pertencimento comunitário.

No extremo superior, observa-se o agrupamento referente às condições de uso e manuseio de plantas, ilustrado pelas palavras “casca”, “taperabá”, “travosa” e “caju”. Esses vocábulos confirmam a variedade de espécies conhecidas e mobilizadas pelos participantes, demonstrando um repertório botânico amplo e articulado a usos específicos, cicatrização, alívio de dor, modulação de inflamação, tratamento de feridas ou picadas.

Por fim, um pequeno agrupamento isolado, contendo o vocábulo “moradia”, sugere que determinadas condições de vida ou aspectos socioculturais aparecem no corpus de maneira menos integrada às práticas de cuidado, mas ainda assim contribuem para contextualizar a experiência dos participantes no território.

Em síntese, a análise de similitude revela um sistema de cuidado complexo, no qual práticas tradicionais e uso de medicamentos coexistem e se complementam. Os núcleos lexicais ligados a plantas medicinais, ferimentos, picadas e primeiros socorros evidenciam uma racionalidade prática orientada pela experiência, pela disponibilidade de recursos naturais e pela necessidade de respostas rápidas a acidentes. Paralelamente, a presença de termos associados ao cuidado formal sugere que a comunidade integra elementos biomédicos ao seu repertório tradicional, de modo seletivo e contextualizado. Esse conjunto de relações demonstra que o cuidado, nesse território, opera como uma ecologia de saberes, em que natureza, cultura e práticas de saúde se entrelaçam continuamente.

Por fim, realizou-se uma análise complementar de natureza visual, materializada na construção de uma Nuvem de Palavras por meio do software IRaMuTeQ®. Nessa representação foram considerados os 246 termos que alcançaram frequência mínima de três ocorrências no corpus, em conformidade com os parâmetros previamente definidos. O recurso gráfico possibilitou identificar, de maneira imediata, os vocábulos de maior destaque nos discursos analisados, uma vez que o tamanho das palavras reflete diretamente sua incidência relativa: quanto mais recorrente o termo, maior sua proeminência na figura gerada.

Figura 13: Nuvem de palavras de maior frequência presente no corpus textual, operacionalizadas pelo software IRaMuTeQ®.

o funcionamento dos produtos. Em paralelo, observa-se o destaque de vocábulos como “caseiro”, “chá”, “casca”, “folha”, “sumo”, “andiroba”, “bananeira” e “limão”, indicando que os modos tradicionais de cuidado seguem amplamente presentes e reconhecidos como recursos eficazes para lidar com ferimentos, inflamações, sangramentos e outras demandas de saúde.

Termos como “cortar”, “corte”, “sangue”, “estancar”, “ferimento”, “cicatrizar”, “ferrado”, “picada”, “golpe”, “arranhar” e “arraia” revelam a importância de situações que envolvem lesões corporais no cotidiano dos participantes. Isso reforça o que já aparece na CHD: acidentes, cortes, golpes e feridas constituem eventos frequentes na experiência comunitária, exigindo respostas rápidas e acessíveis. As palavras associadas à flora local, como “andiroba”, “bananeira”, “limão”, “cebola”, “sumo” e “casca”, evidenciam uma racionalidade de cuidado baseada em saberes transmitidos intergeracionalmente, onde plantas são utilizadas para estancar sangramentos, reduzir dor ou acelerar a cicatrização.

A presença de termos como “enfermeiro”, “atendimento”, “comunidade”, “conhecimento” e “serviço” indica que o cuidado formal também ocupa lugar relevante na experiência dos participantes. Entretanto, palavras relacionadas a barreiras territoriais e socioeconômicas, como “rabeta”, “minuto”, “gasto”, “serviço”, “chegar”, “acesso”, “farmácia” e “comprar”, sugerem que a relação com o sistema de saúde é mediada por dificuldades estruturais, como custos, deslocamentos longos e limitações de oferta. Esse padrão lexical corrobora o que foi identificado nas classes da CHD: há tensão permanente entre o cuidado tradicional, prontamente disponível, e o cuidado formal, percebido como necessário, mas muitas vezes difícil de acessar.

A nuvem de palavras evidencia ainda o entrelaçamento entre dimensões socioculturais e práticas de cuidado. Termos como “gente”, “comunidade”, “morar”, “pai”, “filho”, “família”, “ensinarem” e “aprender” indicam que a produção do cuidado é coletiva, socialmente compartilhada e transmitida entre gerações. O uso de expressões como, “como”, “quando”, “vez”, “também”, “só”, “assim” e “mesmo” reforça que os participantes narram o cuidado a partir de experiências situadas, contextualizadas e justificadas no cotidiano.

De forma integrada, a nuvem de palavras revela um campo discursivo marcado pela coexistência de três grandes núcleos semânticos: o núcleo do cuidado tradicional, estruturado em torno de plantas, práticas caseiras e cuidados de ferimentos; o núcleo do cuidado formal, articulado ao uso de medicamentos e ao papel de profissionais e serviços; e o núcleo das condições de acesso, que introduz barreiras socioeconômicas e territoriais que modulam a escolha entre uma prática e outra. Trata-se, portanto, de um cenário complexo, no qual o cuidado não é reduzido a práticas isoladas, mas emerge como combinação dinâmica entre saberes, valores, experiências e condições materiais de vida.



Fonte: Peres (2025).

8. DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciam que o autocuidado com feridas agudas entre populações ribeirinhas do Amazonas se estrutura a partir de uma complexa articulação entre saberes tradicionais, práticas empíricas, condições territoriais e interações seletivas com o sistema formal de saúde. A análise lexicográfica e estatística realizada por meio do IRaMuTeQ® demonstra que o cuidado não se configura como um conjunto aleatório de práticas, mas como um sistema organizado, coerente e funcional, profundamente enraizado no contexto sociocultural e ambiental dessas comunidades. À luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, esse conjunto de ações pode ser compreendido como expressão concreta da agência de autocuidado, ainda que o conceito não apareça explicitamente nos discursos dos participantes.

Os saberes e práticas relacionados ao uso de recursos naturais, identificados tanto na Classificação Hierárquica Descendente quanto na análise de similitude, confirmam achados recorrentes da literatura sobre saúde em populações tradicionais amazônicas. Segundo Andrade et al. (2022), as comunidades do interior do Amazonas detêm amplo conhecimento sobre plantas medicinais, utilizadas tanto para prevenção quanto para o tratamento de diversas enfermidades. Esses achados reforçam que tais práticas não representam improvisação, mas um repertório estruturado de cuidado, mobilizado cotidianamente para atender às necessidades de saúde.

Estudos etnográficos e de saúde coletiva apontam que o conhecimento sobre plantas medicinais, técnicas de contenção de sangramentos e cuidado de ferimentos constitui um patrimônio cultural transmitido intergeracionalmente, frequentemente associado à sobrevivência em territórios marcados por isolamento geográfico e acesso limitado aos serviços de saúde (Badke, 2016; Cock, 2021; Santos, 2021). Sob a perspectiva de Orem, esse patrimônio cultural sustenta a capacidade dos indivíduos e das famílias de identificar necessidades de cuidado e agir deliberadamente para supri-las, caracterizando uma forma coletiva e socialmente construída de agência de autocuidado (Berbiglia, 2014).

A expressiva presença de termos como “caseiro”, “bananeira”, “andiroba”, “limão”, “cebola”, “casca”, “folha” e “chá” evidencia que a fitoterapia e o uso de recursos naturais ocupam lugar central no cuidado cotidiano com feridas. Esses resultados dialogam com pesquisas de Lima (2017) e Dos Santos et al. (2025), que indicam que, em comunidades ribeirinhas, o tratamento inicial de cortes, sangramentos e inflamações leves ocorre prioritariamente no âmbito doméstico, utilizando-se plantas com propriedades cicatrizantes, anti-inflamatórias e hemostáticas. No referencial de Orem, essas ações correspondem

diretamente à demanda terapêutica de autocuidado, uma vez que visam manter a integridade corporal, prevenir infecções e favorecer a cicatrização (Orem, 2001).

No cuidado de feridas agudas, observa-se que as práticas tradicionais são orientadas por uma racionalidade pragmática, voltada à resolução imediata do problema. A recorrência de vocábulos como “cortar”, “sangue”, “estancar”, “banhar” e “parar” indica que os participantes possuem saberes consolidados de primeiros socorros, mobilizados diante de acidentes frequentes no cotidiano ribeirinho, como cortes com instrumentos de trabalho, quedas, ferimentos durante a pesca ou picadas de animais. Esses achados são consistentes com estudos de Wagner (2024), que apontam elevada incidência de lesões traumáticas em contextos ribeirinhos, associadas às atividades produtivas e às condições ambientais, reforçando a necessidade de respostas rápidas e acessíveis às demandas de cuidado.

A análise de similitude reforça essa interpretação ao revelar a forte conexão entre os termos relacionados a ferimentos e aqueles associados às práticas tradicionais, formando núcleos semânticos densos e bem definidos. Conforme Almeida (2021), essa organização semântica indica que o cuidado com feridas não é percebido como evento excepcional, mas como parte integrante da vida cotidiana, exigindo respostas imediatas e baseadas no conhecimento disponível localmente. Nessa perspectiva, o autocuidado emerge como estratégia central de manutenção da saúde, especialmente em contextos onde o acesso ao cuidado profissional é limitado (Silva, 2016; Cock, 2021).

As dificuldades de deslocamento, amplamente evidenciadas na Classe 4 da CHD, constituem elemento fundamental para a compreensão das escolhas terapêuticas realizadas pelos participantes. Termos como “rabeta”, “gasto”, “minuto”, “real” e “chegar” explicitam que o tempo e o custo envolvidos no deslocamento até os serviços de saúde influenciam diretamente a decisão de buscar o cuidado formal ou recorrer às práticas tradicionais. Esse achado corrobora Malosso et al. (2024), ao apontarem que o tratamento por meio de plantas medicinais, em muitos casos, representa a única alternativa disponível devido à dificuldade de acesso aos serviços convencionais. Estudos de Fausto (2022; 2023) reforçam que a dimensão territorial constitui determinante social da saúde na Amazônia, configurando barreiras estruturais ao acesso oportuno aos serviços.

À luz da Teoria do Autocuidado, essas barreiras não devem ser interpretadas como incapacidade individual ou cultural, mas como expressão de um déficit de autocuidado de natureza estrutural, no qual as demandas terapêuticas excedem as possibilidades de acesso ao cuidado profissional (Berbiglia, 2014). Assim, o autocuidado tradicional emerge como estratégia adaptativa frente às limitações impostas pelo território, reafirmando a racionalidade das escolhas realizadas pelas populações ribeirinhas.

Apesar dessas limitações, o sistema formal de saúde não aparece como elemento ausente ou desvalorizado nos discursos. A Classe 3, que concentra quase metade dos segmentos de texto, evidencia a importância atribuída ao atendimento profissional, especialmente ao papel do enfermeiro, ao uso de medicamentos e à resolutividade do cuidado. A presença de termos como “importante”, “enfermeiro”, “medicamento”, “conhecimento” e “rápido” demonstra o reconhecimento da legitimidade do saber técnico-científico, acionado principalmente quando o ferimento é percebido como grave ou quando as práticas caseiras não produzem o efeito esperado.

Esses resultados reforçam a compreensão de que não há oposição rígida entre saberes tradicionais e a medicina, mas sim uma relação de complementaridade e negociação. Estudos sobre pluralismo terapêutico em contextos amazônicos indicam que as populações tradicionais transitam entre diferentes sistemas de cuidado, acionando-os de forma seletiva, conforme a gravidade do problema, a experiência prévia e as condições de acesso (Cassino, 2010; Da Rocha; De Freitas; Albuquerque, 2022; Silva, 2024).

Entretanto, embora tais práticas revelem organização, coerência interna e forte enraizamento cultural, é necessário problematizar os riscos potenciais associados ao uso inadequado de plantas medicinais e à ausência de critérios mínimos de assepsia no cuidado de feridas (Sampaio, 2023). Para Patrício et al. (2022) a aplicação de substâncias sem higienização prévia adequada, a utilização de plantas sem identificação botânica segura, a manipulação com água não tratada ou instrumentos contaminados e o emprego de materiais caseiros não esterilizados podem favorecer infecções secundárias, retardar o processo de cicatrização e até agravar lesões inicialmente simples. Além disso, determinadas plantas podem provocar reações alérgicas, efeitos irritativos ou interações indesejáveis, sobretudo quando utilizadas em feridas abertas (Da Silva; Do Vale; Brito, 2024).

Nesse contexto, o papel da enfermagem torna-se estratégico na articulação entre saber popular e cuidado seguro, não no sentido de deslegitimar práticas tradicionais, mas de dialogar criticamente com elas, promovendo educação em saúde baseada no respeito cultural e na evidência científica (Sampaio, 2023). À luz da Teoria do Autocuidado de Orem, cabe ao enfermeiro identificar déficits de conhecimento que possam comprometer a segurança do autocuidado, fortalecendo a agência dos sujeitos por meio de orientações sobre higiene adequada, sinais de alerta para complicações, critérios de encaminhamento ao serviço de saúde e formas seguras de preparo e aplicação de recursos naturais (Malosso et al., 2024). Assim, conforme De Souza et al. (2025) cita que a enfermagem atua como mediadora entre o conhecimento tradicional e as práticas seguras, contribuindo para a preservação cultural sem negligenciar a prevenção de riscos e o agravamento de feridas em contextos de vulnerabilidade

territorial.

A incorporação de medicamentos industrializados ao repertório local confirma essa dinâmica. Conforme Pedrosa (2021), os fármacos passam a ser utilizados de maneira seletiva, geralmente reservados para situações consideradas mais graves, enquanto os recursos naturais permanecem como primeira linha de cuidado. Essa lógica evidencia que o autocuidado não se orienta por uma oposição entre saberes, mas por estratégias adaptativas construídas no cotidiano ribeirinho.

A dimensão sociocultural, embora representada por uma classe quantitativamente menor, desempenha papel central na compreensão do autocuidado. Termos relacionados à moradia, religião, família e cotidiano evidenciam que as práticas de saúde estão profundamente imbricadas nas condições de vida e nos valores comunitários. A transmissão dos saberes ocorre principalmente no âmbito familiar, por meio da observação e da experiência compartilhada, reforçando o caráter coletivo do autocuidado (Malosso et al., 2024).

A análise integrada das classes lexicais permite compreender o autocuidado com feridas agudas como uma verdadeira “ecologia de saberes”, na qual conhecimentos tradicionais e referências biomédicas coexistem e se articulam. Essa perspectiva dialoga com abordagens contemporâneas da saúde coletiva que defendem a valorização dos saberes populares e a construção de práticas de cuidado culturalmente sensíveis, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (Paiva; Da Costa; Amaral, 2025). Para a enfermagem, esses achados são particularmente relevantes, pois reforçam a necessidade de atuar por meio de sistemas de apoio-educação, conforme proposto por Orem, fortalecendo a agência de autocuidado sem desconsiderar os limites impostos pelo contexto territorial (Rossato; Badke et al., 2024).

Embora os resultados desta pesquisa contribuam para ampliar a compreensão acerca do autocuidado em contextos ribeirinhos amazônicos, algumas limitações precisam ser consideradas na interpretação dos achados. Para De Souza et al. (2025) as especificidades geográficas e socioculturais das comunidades rurais, estão associadas às dificuldades de deslocamento e acesso às localidades ribeirinhas, podem ter influenciado a abrangência da coleta de dados e a diversidade de participantes incluídos no estudo. Por retratar experiências situadas em determinados territórios amazônicos, os resultados não possuem caráter generalizável para todas as populações ribeirinhas da Amazônia, considerando a pluralidade cultural existente entre essas comunidades, ainda assim, tais limitações não reduzem a relevância do estudo, mas reforçam a necessidade de novas pesquisas que contemplem diferentes contextos amazônicos, fortalecendo a produção científica sobre os saberes tradicionais e o cuidado intercultural em saúde.

Dessa forma, os resultados desta pesquisa ampliam a compreensão sobre o autocuidado

em contextos ribeirinhos amazônicos, evidenciando que as práticas de cuidado com feridas agudas são fruto de uma racionalidade situada, construída a partir das experiências vividas no território. Ao reconhecer a legitimidade desses saberes e práticas, a enfermagem e os demais profissionais de saúde podem atuar de maneira mais efetiva, promovendo um cuidado integral, intercultural e alinhado às reais necessidades dessas populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa permitiram compreender, de forma aprofundada, os saberes e as práticas de populações ribeirinhas do Amazonas no autocuidado com feridas agudas, evidenciando que o cuidado em saúde, nesses contextos, é construído a partir de uma articulação dinâmica entre conhecimentos tradicionais, experiências cotidianas e referências ao sistema formal de saúde. A utilização do IRaMuTeQ® como ferramenta metodológica possibilitou identificar padrões lexicais, núcleos semânticos e relações discursivas, conferindo solidez analítica ao estudo e permitindo acessar tanto os sentidos manifestos quanto os significados latentes presentes nas falas dos participantes.

As análises revelaram que o autocuidado com feridas agudas constitui uma prática socialmente compartilhada, profundamente enraizada no território e nas condições de vida ribeirinhas. À luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, essas práticas evidenciam autocuidado, expressa na capacidade dos indivíduos e famílias de reconhecer agravos, avaliar a gravidade das lesões e mobilizar ações intencionais para manter a integridade da pele e prevenir complicações. As práticas caseiras, o uso de plantas medicinais e os saberes empíricos emergem como primeira linha de cuidado diante de ferimentos, visando controle de sangramentos, dor, inflamação e prevenção de infecção, sobretudo em virtude das dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Esses achados reforçam que o conhecimento tradicional não se limita a um conjunto de técnicas isoladas, mas configura um sistema coerente de cuidado, transmitido no âmbito familiar e comunitário, sustentado por valores culturais, experiências acumuladas e pela observação do cotidiano. Ao mesmo tempo, os resultados demonstram que o sistema formal de saúde e o uso de medicamentos industrializados ocupam lugar relevante na experiência dos participantes, sendo reconhecidos como necessários especialmente em situações consideradas mais graves ou quando as práticas tradicionais não alcançam a resolutividade esperada.

Sob a perspectiva de Orem, esses momentos sinalizam a ampliação da demanda terapêutica de autocuidado e a ocorrência de déficits de autocuidado, nos quais os recursos disponíveis no contexto domiciliar e comunitário tornam-se insuficientes para atender às necessidades de saúde. Entretanto, esses recursos não substituem os saberes tradicionais, mas são utilizados de forma complementar. As populações ribeirinhas recorrem ao atendimento formal e aos medicamentos principalmente quando o ferimento é considerado mais grave ou quando o cuidado caseiro não apresenta o efeito esperado.

Assim, diferentes formas de cuidado são combinadas no dia a dia, de acordo com a gravidade da lesão, a experiência anterior e as condições de acesso aos serviços de saúde,

evidenciando que o saber popular e o saber científico coexistem de maneira integrada.

As barreiras territoriais, como o tempo de deslocamento, o custo financeiro e a dependência do transporte fluvial, mostraram-se determinantes na organização do autocuidado e nas decisões terapêuticas adotadas pelas populações ribeirinhas. À luz da Teoria do Autocuidado, tais fatores configuram condicionantes externos que influenciam diretamente a capacidade de autocuidado e contribuem para o surgimento de déficits de autocuidado, especialmente quando há necessidade de intervenção profissional. Nesse sentido, o território amazônico não deve ser compreendido apenas como cenário, mas como elemento ativo que molda as práticas de saúde, os itinerários terapêuticos e as estratégias de sobrevivência dessas populações.

No campo da Enfermagem, os achados deste estudo possuem implicações significativas. A partir da Teoria de Orem, evidencia-se que a atuação do enfermeiro nesses contextos se insere predominantemente no sistema de enfermagem apoio-educação, no qual o profissional reconhece e valoriza o autocuidado já existente, atuando de forma dialógica na orientação, qualificação e ampliação das práticas de cuidado. No âmbito da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro ocupa posição estratégica para estabelecer pontes entre o saber técnico-científico e os saberes tradicionais, promovendo ações educativas culturalmente sensíveis, que favorecem o fortalecimento do vínculo, a adesão às orientações de saúde e a construção de um cuidado mais integral e resolutivo.

Além disso, compreender as práticas de autocuidado com feridas agudas permite à enfermagem planejar intervenções mais adequadas à realidade amazônica, incorporando o uso seguro de práticas tradicionais, orientando quanto aos riscos de determinadas condutas e ampliando o acesso à informação de forma contextualizada. Reconhecer o autocuidado como prática legítima e necessária, conforme proposto por Orem, não implica negligenciar o cuidado profissional, mas, ao contrário, potencializa a atuação da enfermagem como mediadora de saberes, promotora da autonomia e agente de qualificação do cuidado no território.

Como limitação deste estudo, destaca-se o número reduzido de participantes e a realização da pesquisa em um contexto territorial específico do interior do Amazonas, o que não permite a generalização dos resultados para todas as populações ribeirinhas da região amazônica. Além disso, as particularidades culturais e territoriais de cada comunidade podem influenciar diretamente as práticas de autocuidado e os itinerários terapêuticos adotados.

Como desfecho, este estudo contribui para a ampliação do conhecimento científico sobre o cuidado em saúde em populações ribeirinhas do Amazonas, ao evidenciar que o autocuidado com feridas agudas se organiza como uma ecologia de saberes, na qual natureza, cultura, experiência e ciência se entrelaçam. Ao dialogar explicitamente com a Teoria do

Autocuidado de Dorothea Orem, os resultados reforçam a importância de políticas públicas e práticas profissionais que considerem as especificidades territoriais e culturais da Amazônia, promovendo a integração entre saberes tradicionais e o sistema formal de saúde. Espera-se que esta pesquisa subsidie futuras investigações, ações de enfermagem e estratégias de cuidado mais equitativas, humanizadas e alinhadas às realidades das populações ribeirinhas, contribuindo para a qualificação do cuidado e para a valorização dos modos de vida amazônicos.

REFERÊNCIA

ALCÂNTARA, Jeanne Vinagre. A Saúde Ambiental de Ribeirinhos no Baixo Acará. 2008. 135 f. **Dissertação (Mestrado em Planejamento do Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido)** - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Belém, 2008.

ALENCAR, Aline Cristiane Côrte de. **Abordagem das condições de saúde e doenças específicas da população Ribeirinha** [livro eletrônico]: curso de atenção à saúde da população Ribeirinha / organização Aline Cristiane Côrte de Alencar. -- 1. ed. -- Manaus, AM: Universidade do Estado do - UEA, 2021. ISBN 978-65-87214-47-4.

ALMEIDA, Jardel Rocha Almeida; CALDEIRA, Francois Isnaldo Dias; GOMES, Claudia. DO MODELO BIOMÉDICO AO MODELO BIOPSISSOCIAL: A Formação de Profissionais da Saúde no Brasil. **REBESDE** – v. 3, n. 2, 2022: e-017. **Relato de Experiência** • Rev. bras. educ. med. 30 (1). Abr 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/63Ck5wPNn4gxyN39SZfCZsv/>, 2006. Acessado em: 26 maio 2025.

ALVES, Alice Sant'Anna de Andrade Mascarenhas; CAVALCANTE, Felipe Sant'Anna; LIMA, Renato Abreu. As plantas medicinais no tratamento de feridas: uma revisão bibliográfica do ponto de vista da enfermagem. **Revista EDUCAmazônia - Educação Sociedade e Meio Ambiente**, v.13, n.2, p.117-141, 2021.

ALVES, Héryka Laura Calú et al. Uso das teorias de enfermagem nas teses brasileiras: estudo bibliométrico. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, e71743, 2021.

ANDRADE, Romário Maurício de et al. Sabedoria popular: o uso de remédios caseiros no tratamento dos sintomas da Covid-19 na Comunidade Indígena Tikuna Bom Jesus II, no município de São Paulo de Olivença, Amazonas/Brasil. 2022.

ARAÚJO, Cleusa Suzana de Oliveira. **Educação e saúde no contexto escolar**. 1ª ed. Manaus, AM: UEA, 2013.

ARAÚJO, Juliana Pereira de et al. Saberes e práticas tradicionais de saúde da população amazônica. **Revista Saúde Coletiva**, v. 13, n. 84, p. 12220-12235, 2022. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2023v13i84p12220-12235>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos-Apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.

BADKE, Marcio Rossato et al. Saber popular: uso de plantas medicinais como forma terapêutica no cuidado à saúde. **Rev Enferm UFSM [Internet]**, 2016.

BARBOSA, Anizelma Dantas et al. Tratamentos não convencionais em feridas por acidente ofídico por ribeirinhos da Amazônia. **REAS**, v.24, n.9, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e17609.2024>. Acesso em: 21 jun. 2025.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. **Lisboa**: Edições 70, 2011.

- BERBIGLIA, Violeta Ann. Orem's self-care deficit theory in nursing practice. **Nursing theory: Utilization & application (5ta ed.)**. St. Louis, Missouri: Mosby, p. 222-244, 2014.
- BORGES, TALITA, PAVARINI, et al. **Manual de práticas integrativas e complementares / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**. São Paulo: COREN-SP, 2023. ISBN 978-65-981637-1.
- BOUSSO, Regina Szyllit; POLES, Kátia; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro. Conceitos e Teorias na Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, p. 144-148, 2014. DOI: 10.1590/S0080-623420140000100018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014. **Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html. Acesso em: 02 junh. 2025.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Artigo 196. Brasília: Senado Federal, 1988.
- CAETANO, Joselany Áfio; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Análise descritiva da teoria dos sistemas de enfermagem de OREM: aplicabilidade no ensino do autoexame ocular dos portadores do HIV/AIDS. **Escola Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 89-96, 2003.
- CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Florianópolis: **Universidade Federal de Santa Catarina**, p. 1-18, 2013.
- CAMPOS, Maria Genilde das Chagas Araújo et al. Tatado de feridas e curativos: uma abordagem teórica e prática. **Editora brasileira &passos**. ISBN: 978-65-88788-04-2, 2022.
- CARVALHO, Tatyelle Bezerra et al. Validação com especialistas de um instrumento para classificar a complexidade de feridas agudas e crônicas. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.**, v20, e1322, 2022.
- CARVALHO, D. N. R. de et al. Um olhar sobre o uso do software IRaMuTeQ® na produção científica: um estudo bibliométrico. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 13, n. 1, e4280, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v13i1.4280>. Acesso em: 16 abr. 2025.
- CASSINO, Mariana Franco. Estudo etnobotânico de plantas medicinais em comunidades de várzea do rio Solimões, Amazonas e aspectos farmacognósticos de *Justicia pectoralis* Jacq. forma mutuquinha (ACANTHACEAE). 2010
- CASTRO, Marta Rocha; FIGUEIREDO, Fábio Fonseca. Saberes tradicionais, biodiversidade, práticas integrativas e complementares: o uso de plantas medicinais no SUS. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 31, p. 56, 2019.
- CHIBANTE, Carla Lube de Pinho. **Saberes e práticas no cuidado centrado na pessoa com feridas**. – Niterói: [s.n.], 2017.
- COCK, Nayara Rudeck Oliveira Sthel. SABERES E PRÁTICAS POPULARES: O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO CUIDADO E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE. 2021.

CORTEZ, Antônio Carlos Leal et al. (2019). Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil**, v.18, n.5, p.700-709. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2785>.

COSTA, Cleison Vieira et al. Conhecimento da Enfermagem no tratamento de feridas. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem** | ISSN 2674-7189. v. 15 (2021): Revista Eletrônica Acervo Enfermagem (ISSN 2674-7189) | Volume 15 | 2021.

DA ROCHA, Zedequias Alcantara; DE FREITAS, Manolo Cleiton Costa; DE ALBUQUERQUE, Ana Carolina Gosmes. Uso de plantas medicinais nas comunidades ribeirinhas do rio macacos no município de Breves. 2022.

DE ALMEIDA, Sofia Miguel Caetano. Enfermeiro de Família Como Cuidador Privilegiado de Famílias de Pessoas com Feridas no Domicílio: Perspetiva do Cuidador Informal. 2021. **Dissertação de Mestrado**. Universidade de Aveiro (Portugal).

DE MENEZES, Gleides Medins. Universidade do estado do Amazonas _UEA centro de estudos superiores de tefé _cest mestrado interdisciplinar em ciencias humanas/PPGICH. Dissertação de mestrado. 2019

DIÓGENES, Maria Albertina Rocha; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 24, n.3, p. 286-293, 2003.

DOS SANTOS, Andréia Vieira et al. Uma atualização sobre o uso de plantas medicinais no processo de cicatrização de feridas: revisão integrativa. **Caderno Pedagógico**, v. 22, n. 8, p. e17383-e17383, 2025.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e220382pt, 2023.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1605-1618, 2022.

FAZENDA, Ivani et al. **Metodologia da pesquisa educacional**. 9ª ed. São Paulo, Cortez, 2004.

FELIX, Lidianie Galdino. et al. Análise da Teoria do Autocuidado de Orem segundo os critérios de Fawcett. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 3, n. 2, p. 392-398, 2009.

FERREIRA, Cristina De Moura et al. Inovações tecnológicas no cuidado em feridas e curativos. **Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza**, v. 5, 2023. DOI: 10.51249/easn05.2023.1494.

FREITAS, A. B. C., ARRUDA, D. B., da SILVA CAMURÇA, L., & SCHIMANGOGESKI, S. Atendimento domiciliar: cuidado que transcende as adversidades nas enchentes em território amazônico. “Aqui tem SUS”, **Editora Rede Unida**, p.83. 2025. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/05/Livro-Aqui-tem-SUS.pdf#page=83>. Acesso em: 06 de outubro de 2025.

Galvão, MTRLS; janeiro, JMSV. **O autocuidado em enfermagem**: Autogestao, automonitorizacao e gestao sintomatica como conceitos relacionados. **Rev Min Enferm**. 17(1):225-230, 2013.

GAMA, ASM, Secoli SR. Práticas de automedicação em comunidades ribeirinhas na Amazônia brasileira. **Rev Bras Enferm.** V.73, N.5, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0432>. Acessado em: 2 mar. 2024.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. cap. 7, p. 93-100.

GONÇALVES, Rúben Miranda; DOMINGOS, Isabela Moreira. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. **Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD)**, v. 11, n. 1, p. 99-108, jan.-abr. 2019. DOI: 10.4013/rechtd.2019.111.06.

GUIMARÃES, Ananias F, et al. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Ver Pan-AmazSaude** vol.11 Ananindeua 2020 Epub 21-maio-2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-6223202000178> . Acesso em: 3 mar. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades-e-estado/am/coari.html>. Acesso em: 7 mar. 2024.

JUNIOR, José Carlos Guimarães et al. Enfermagem em áreas remotas: desafios e estratégias para melhorar a qualidade da assistência no interior da região norte do Brasil. **ciências da saúde, ciências sociais, volume 27 - edição 123/jun 2023 / 21/06/2023**. DOI: 10.5281/zenodo.8062621.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Lima CAB, Lima ÂRA, Mendonça CV, Lopes CV, Heck RM. The use of medicinal plants and the role of faith in family care. **Rev Gaucha Enferm.** 2017 May 4;37(spe):e68285. Portuguese, English. doi: 10.1590/1983-1447.2016.esp.68285. PMID: 28492737.

LIMA, Darlene Pandilha de et al. Acidente ofídico: plantas medicinais e práticas culturais de uma comunidade ribeirinha da Amazônia. **International Journal of Development Research**, v. 11, n. 11, pp. 51490-51494, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37118/ijdr.23133.11.2021>. ISSN: 2230-9926.

LIMA, Gêssica Kyvia Soares de et al. Autocuidado de adolescentes no período puerperal: aplicação da teoria de Orem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 10, p. 4217-4225, set. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231185>>. Acesso em: 27 abr. 2025. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i10a231185p4217-4225-2017>.

LIMA, Rodrigo Tobias de Souza et al. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n.6, p.2053-2064, 2021.

LIRA, Talita de Melo; CHAVES, Maria do Perpétuo Socorro Rodrigues. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **INTERAÇÕES**, Campo Grande, MS, v. 17, n. 1, p. 66-76, jan./mar. 2016.

MALOSSO, Milena Gaion et al. A importância das farmácias vivas para a saúde das comunidades interioranas do Amazonas, Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano. 09, Ed. 12, Vol. 01, pp. 111-120. Dezembro de 2024. ISSN: 2448-

0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/farmacias-vivas>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/farmacias-vivas.

MALTA, Brenda Caroline dos Santos et al. Práticas integrativas e complementares e suas aplicabilidades nos campos de formação e atuação de enfermeiro. **Revista Pubsáude**, 5, 108. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsau5.a108>. Acesso em: 14 agost. 2025.

MANUIAMA, André Ribeiro et al. Os conhecimentos etnoherpetológicos de uma população ribeirinha em Atalaia do Norte, Amazônia, Brasil. **Revista Valore**, Volta Redonda, v. 8, e-8094, 2023.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. Primárias socialistas para a eleição presidencial francesa (setembro-outubro de 2011). **Análise de similaridade aplicada a corpora textuais**. p. 687–699, 2012.

MARTINS, K. N. et al. O software IRaMuTeQ como recurso para a análise textual discursiva. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v. 10, n. 24, p. 213–232, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.24.383>. Acesso em: 16 abr. 2025.

MARTINS, K. N.; GOMES, L. P. S.; PAULA, M. C. de. Software IRaMuTeQ: uma ferramenta de auxílio na Análise Textual Discursiva. *Paradigma*, São Paulo, v. 44, p. 205–227, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37618/PARADIGMA.1011-2251.2022.p205-227.id1224>. Acesso em: 16 abr. 2025.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. Les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). **L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels**, p. 687–699, 2012.

MARTINS, K. N. et al. O software IRaMuTeQ como recurso para a análise textual discursiva. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 10, n. 24, p. 213–232, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.24.383>. Acesso em: 16 abr. 2025.

MARTINS, K. N.; GOMES, L. P. S.; PAULA, M. C. de. Software IRaMuTeQ: uma ferramenta de auxílio na Análise Textual Discursiva. **Paradigma**, São Paulo, v. 44, p. 205–227, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37618/PARADIGMA.1011-2251.2022.p205-227.id1224>. Acesso em: 16 abr. 2025

MARCONI MA; Lakatos EM. Fundamentos de Metodologia Científica. 7 Ed. Atlas. São Paulo, 2010.

MATOS, Gabriane da Silva; CRUZ, Jefferson da; LIMA, Renato Abreu. A utilização de macrófitas aquáticas pelas populações tradicionais do Alto Solimões, Amazonas. **Novos Cadernos NAEA**, v. 26, n. 3, p. 257-280, set.-dez. 2023.

MELO, Adriana da Cruz. *Pescadores Artesanais da Cidade de Cametá-PA: Caracterização da Pesca, Saúde e Segurança no Trabalho*. 47 f. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Engenharia de Pesca, Campus Universitário de Belém, **Universidade Federal Rural da Amazônia**, Belém, 2023.

MELO, Larissa Houly de Almeida et al. Aplicação da Teoria de Orem no âmbito das feridas: uma revisão integrativa. **Estima, Braz. J. Enterostomal Ther.**, v.18, e0920, 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. (12ª ed.). São Paulo: **Hucitec**, 2012.

MONTEIRO, I. O. P.; GONÇALVES, M. F. C.; ANDRADE, L. S. O estágio rural e a significação do cuidado de enfermagem às pessoas ribeirinhas amazônicas. **Revista IberoAmericana de Estudos em Educação, Araraquara**, v. 19, esp. 3, e19419, 2024. eISSN: 19825587. DOI: <https://doi.org/10.21723/riace.v19i00.1941901>.

MOREIRA, Maria de Cassia Correa et al. Riscos de acidente e doença na atividade da pesca na região do nordeste Paraense. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 4, p. 13224-13238, jul./aug. 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n4-103.

NASCIMENTO, Adriel Barbosa et al. Incidência de acidentes ofídicos no estado de Sergipe: uma revisão de literatura associada a estudo ecológico. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 4, e30012441364, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41364>.

NEVES, Diogo Rodrigues Pinto Neves et al. Perfil dos portadores de feridas de um hospital público do estado do Tocantins. **Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana**, v.22, n.12, p. 01-19. 2024.

OLIVEIRA, Adriano Teixeira de et al., Conhecimento tradicional de pescadores de arraias de água doce da região Amazônica. **Revista Ibero Americana de Ciências Ambientais**, v.11, n.2, p.128-135, 2020. DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2179-6858.2020.002.0015>.

OREM, DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2001.

PAIVA, Rafael Silva; DA COSTA, Antônia Conceição Ferreira; AMARAL, Taynara Santos. Saberes ancestrais: a importância do conhecimento tradicional sobre plantas medicinais em comunidades rurais. *Meio Ambiente (Brasil)*, v. 7, n. 3, 2025.

PEDROSA, Evelyn Barroso. Sustentabilidade e saúde no uso de plantas medicinais na ótica das populações ribeirinhas da Amazônia. 2021.

PEREIRA, Mabel Maria Marques et al. The self-care theory of Orem and its applicability as a theoretical framework: analysis of a survey. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 5, n. 4, p. 896-900, 2011. DOI: 10.5205/reuol.1302-9310-1-LE.0504201106.

PIRES, Alessandra Fontanelli et al. A importância da Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. **Revista Rede De Cuidados Em Saúde**, v.9, n.2, 2015.

QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina; VIDINHA, Telma Sofia dos Santos; FILHO, António José de Almeida. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Série IV, n. 3, p. 157-164, 2014.

RAMOS, Brenda. et al. O encontro dos saberes: a integração da ciência moderna com os saberes tradicionais indígenas na medicina. **Medicina**, v. 29, n. 143, fev. 2025. Disponível em: <https://revistaft.com.br/o-encontro-dos-saberes-a-integracao-da-ciencia-moderna-com-os-saberes-tradicionais-indigenas-na-medicina/>. Acesso em: 21 mai. 2025. DOI: 10.69849/revistaft/th102502181225.

REIS, Marcelo Henrique da Silva et al. Características da população ribeirinha de um município do interior do Amazonas. **REAS**, v.13, n.11, 2021.

RIBEIRO, A. C.; MARINHO, M. A.; SILVA, L. F. Cuidado com feridas no âmbito familiar: uma abordagem integral. **Revista de Saúde Familiar**, v. 12, n. 3, p. 45-52, 2024.

RIBEIRO, Mirla Rêgo; GALVÃO, Edna Ferreira Coelho. Conhecimentos tradicionais como medicina popular de cuidado com a saúde em uma comunidade ribeirinha do interior da

Amazônia. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, e 402111537312, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37312>. Acesso em: 01 jul. 2024. DOI: 10.33448/rsd-v11i15.37312.

RIBEIRO, Thalita Pires; MARINHO, Áurea de Souza Coutinho; SILVA, Paulo Sérgio da. Análises das práticas de cuidado produzidas pelos enfermeiros da atenção primária no âmbito familiar. **Enfermería (Montevideo), Montevideo**, v. 13, n. 2, e4051, dez. 2024. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S239366062024000201209&lng=esnm=iso. Acesso em: 25 abr. 2025. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v13i2.4051>.

ROCON, Pablo Cardoso. Et al. **Desafios enfrentados por pessoa trans para acessar o processo transexualizador do sistema único de saúde. interface** (Botucatú). 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/interface.180633>. Acesso em: 5 mar. 2024.

RODRIGUES, Kleslene Mota; ALVES, Larissa Luz. Diabetes mellitus e os cuidados de enfermagem a pacientes com feridas crônicas. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, 2022.

ROSSATO BADKE, Marcio et al. SABERES DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DA CATALUNHA (NORDESTE DA ESPANHA) SOBRE PLANTAS MEDICINAIS. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 20, 2024.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. **Análise textual discursiva: uma alternativa de tratamento dos dados na pesquisa qualitativa em enfermagem**. *Revista de Enfermagem da UFPI*, Teresina, v. 7, n. 3, p. 36-41, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/4280>. Acesso em: 16 abr. 2025.

SOUZA, D. N. et al. **Uso do software Iramuteq como ferramenta de análise textual: potencialidades e reflexões**. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 1252-1264, 2018. SANTOS, JAMILLE DE LIMA. Saberes e práticas da comunidade sobre o uso de plantas medicinais no cuidado em saúde: um relato de experiência. **REVISTA SAÚDE & CIÊNCIA**, v. 10, n. 2, p. 124-134, 2021.

SILVA, Alex Cordeiro da. A Etnofarmacologia na Amazônia: um estudo de caso nas comunidades São Francisco e São José sobre o uso de plantas medicinais no município de Careiro Da Várzea Amazonas. 2024.

SILVA, Gabriele Maria et al. O impacto da atuação de enfermagem na redução do estigma relacionado as ISTs em populações socialmente vulneráveis. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 5, 2025. ISSN: 2675-337.

SILVA, Karem Poliana Santos da et al. Autocuidado a luz da teoria de dorothea orem: panorama da produção científica brasileira. **Brazilian Journal of Development, Curitiba**, v. 7, n. 4, p. 34043-34060 apr 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n4-047. ISSN: 2525-8761. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/27562>. Acesso em: 22 jan. 2025.

SILVA, Rosa de Cássia Miguelino et al. Relações produtoras do cuidado em práticas com plantas medicinais na estratégia de saúde da família em Juazeiro-Bahia. 2016.

SILVA, Zilmara Guedes da; LEONE, Fernanda Regis; CELLA, Wilsandrei. Conhecimento etnobotânico sobre plantas medicinais utilizadas por moradores de um município ribeirinho no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama**, v. 26, n. 1, p. 1-12, jan./abr. 2022. Disponível em:

<https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/8378>.

SOBRINHO, Reinaldo Antonio Silva; NETO, Antônio Ruffino. Processo saúde-doença na perspectiva cultural: apontamentos para a pandemia SARS-CoV-2/COVID-19. **Revista Pesquisa & Práticas Psicossociais**, v. 10, n. 23, p. 451, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.23.451>. Acesso em: 26 jun. 2025.

SOUZA, Alcione de Oliveira. et al. Teoria do autocuidado de orem nas teses de enfermagem brasileira: Estudo bibliométrico. **Revista Nursing**, v.25, n.288, p. 7731-7742, 2022.

SOUZA, Conceição Rodrigues et al. Práticas populares de saúde no cotidiano das famílias ribeirinhas da comunidade Foz do Rio Mazagão Velho, Amapá, região Amazônica Brasileira. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 1495-1509, mar. /abr. 2019. ISSN 2595-6825. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/>. Acesso em: 26jun.2025.

SOUZA, D. N. et al. **Uso do software Iramuteq como ferramenta de análise textual: potencialidades e reflexões**. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 1252-1264, 2018.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Capítulo 2, Teorias de enfermagem, p. 45-52. ISBN 978-85-277-1766-3.

VASCONCELOS-NETO, Lourival Baía de et al. O conhecimento tradicional sobre as serpentes em uma comunidade ribeirinha no centro-leste da Amazônia. **Ethnoscientia**, v. 3, 2018. ISSN 2448-1998. Disponível em: <https://doi.org/10.22276/ethnoscientia.v3i0.157>. Acesso em: 22abr. 2025.

WAGNER, Carolina. Levantamento das plantas medicinais utilizadas pelas pescadoras em uma comunidade ribeirinha no sudoeste da Amazônia. 2024.

XAVIER, Patrícia Maria azevedo; FLÔR Cristhiane Carneiro Cunha. Saberes populares e educação científica: Um olhar a partir da literatura na área de ensino de ciências. **Revista Ensaio**. BH/ V.17/n.2/308 -328. 2015. Doi: 10.1590/1983-21172015170202.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Projeto: SABERES E PRÁTICAS DE POPULAÇÕES RIBEIRINHAS DO AMAZONAS NO AUTOCUIDADO COM FERIDAS AGUDAS

Mestranda: Naiza Peres de Lima

Orientadora: Dr^a. Cristiane Costa Reis da Silva

INFORMAÇÕES GERAIS	
Código de identificação autodeclarado (plantas medicinais)	
Nome do Entrevistador (a): _____	Nº _____
Data da entrevista: ____/____/____ Gênero: _____	
SEÇÃO A – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
A1. Comunidade em que reside: _____	
A2. Data de Nascimento: ____/____/____	A3. Idade: _ _
A4. Estado Civil 1) Solteiro ☐ 2) Separado / Divorciado ☐ 3) Viúva ☐ 4) Casada ☐ 5) Mora junto (união estável) ☐	A5. Escolaridade 1) Sem escolaridade ☐ 2) Ensino fundamental incompleto ☐ 3) Ensino fundamental completo ☐ 4) Ensino médio incompleto ☐ 5) Ensino médio completo ☐ 6) Ensino superior incompleto ☐ 7) Ensino superior completo ☐ 8) Pós-graduação ☐
A6. Religião 1) Católica ☐ 2) Evangélica ☐ 3) Espírita ☐ 4) Nenhuma ☐ 5) Outra ☐	A7. Como considera a cor da pele 1) Branca ☐ 2) Parda/morena ☐ 3) Amarela ☐ 4) Negra ☐ 5) Indígena ☐
A8. Condições de moradia 1) Própria ☐ 2) Alugada ☐ 3) Financiada ☐ 4) Cedida ☐ 5) Outras ☐	A9. Tipo de moradia 1) Alvenaria ☐ 2) Madeira ☐ 3) Flutuante ☐ 4) Outros ☐
A10. Ocupação: _____	A11. Renda familiar mensal: _____
A12. Na sua casa tem 1) Rádio → S ☐ N ☐ 2) Televisão → S ☐ N ☐ 3) Celular → S ☐ N ☐ 4) Internet → S ☐ N ☐	A13. Quais meios utiliza para chegar ao serviço de saúde? 1) Lancha da comunidade ☐ 2) Rabeta ☐ 3) Canoa a remo ☐ 4) Recreio/pago ☐ 5) Barco ☐ 6) Outros ☐
A14. Tempo de deslocamento até o serviço de saúde: horas e	A15. Estimativa de gastos gerais com a viagem (gasolina, alimentação, etc):

minutos	_____ reais.
<u>SEÇÃO B – SABERES E PRÁTICAS RIBEIRINHA NO AUTOCUIDADO COM FERIDAS AGUDAS</u>	
B1. Conte o que você faz para cuidar de você (autocuidado) quando foi acometida com ferimentos ocorridos em seu lar, ambiente de trabalho e lazer causados por: (terçado, machado, faca, roçadeira, furada de prego, picadas de insetos, ferrada de arraia e picada de cobra).	
B2. O que geralmente costuma usar para cuidar dessas feridas?	
B3. Como você realiza esses cuidados?	
B4. Você utiliza plantas medicinais para o cuidado com o ferimento?	
B5. Quais plantas medicinais você utiliza?	
B6. No caso de uso de plantas medicinais, como é realizado o preparo?	
B7. Por quanto tempo você deixa agir sobre o ferimento?	
B8. Você conseguiu melhorar a ferida com esses cuidados?	
B9. A partir da sua experiência, quanto tempo a ferida leva para cicatrizar com esses cuidados?	
B10. Com quem aprendeu essa forma de tratamento?	
B11. Porque você faz uso desses saberes para o seu autocuidado.	
B12. Você acha importante que os enfermeiros conheçam esses cuidados? Porque ?	

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



Ministério da Educação Universidade Federal do Amazonas
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação Programa de Pós-graduação em Enfermagem- PPGENF -
Mestrado Acadêmico em associação ampla com a Universidade do Estado do Pará - UEPA/UFAM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “Saberes e práticas de populações ribeirinhas do Amazonas no autocuidado com feridas agudas”, desenvolvido pela acadêmica do Mestrado acadêmico do programa de pós-graduação em Enfermagem: Naiza Peres de Lima, sob orientação da pesquisadora Professora Dr^a. Cristiane Costa Reis da Silva. O objetivo geral do projeto é descrever os saberes e práticas de populações ribeirinhas do Amazonas no autocuidado com feridas agudas. Enquanto os objetivos específicos são: desvelar os saberes e práticas utilizados pelos comunitários de comunidade ribeirinha de um município do interior do Amazonas, no autocuidado com feridas agudas; classificar os saberes e práticas utilizados pelos comunitários residentes em comunidades ribeirinhas no autocuidado com feridas agudas; relacionar o conhecimento empírico de indivíduos ribeirinhos amazônicos no autocuidado com feridas agudas com o conhecimento técnico-científico dos enfermeiros; contribuir com o conhecimento do acadêmico e profissional de enfermagem acerca dos saberes e práticas utilizados pelos ribeirinhos.

O(A) senhor(a) está sendo convidado a participar por fazer parte do público-alvo deste estudo, encaixando-se nos critérios de inclusão. O(A) senhor(a) tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento ou interromper a participação, em qualquer fase da pesquisa, sem maiores justificativas ou qualquer discriminação. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. Será garantido ao participante a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica por meio de artigos em periódico nacional ou internacional.

Caso aceite contribuir, sua participação ocorrerá através da disponibilização de informações, com perguntas abertas acerca dos saberes e práticas utilizadas no autocuidado de feridas agudas pelos ribeirinhos, por meio de entrevista com a pesquisadora do estudo. A entrevista será gravada em smartphone (celular) para posteriores transcrições das informações coletadas. Nessa coleta de dados, serão adotadas todas as medidas de biossegurança, como a utilização de máscara cirúrgica pela pesquisadora e participantes, bem como distanciamento seguro. O roteiro contém as seguintes seções:

Seção A – Dados Sociodemográficos. Composta por informações sobre os dados do participante: comunidade em que reside, data de nascimento, idade, estado civil, escolaridade, religião, raça, condições de moradia, tipo de moradia, ocupação, renda familiar mensal, meio de transporte, tempo de deslocamento ao serviço de saúde, estimativa de gastos gerais com a viagem.

Seção B – Procedimentos. Apresenta perguntas sobre o autocuidado do participante com feridas: conte o que você fez para cuidar de você (autocuidado) quando foi acometido (a) com feridas agudas (ferimento por perfuro cortante, picadas de animais peçonhentos), você já cuidou de algum tipo de ferida, qual tipo, o que geralmente costuma usar para cuidar dessas feridas, como você realiza esses cuidados, você utiliza plantas medicinais para o cuidado com o ferimento, conte para que serve, sarar ferida, parar o sangramento (cicatrização, hemostasia), no caso de uso de plantas medicinais, como é realizado o preparo, você conseguiu melhorar a ferida com esses cuidados, a partir da sua experiência, conte o benefício que o uso e o conhecimento dessas práticas de autocuidado implicam no seu cotidiano, fale com quem aprendeu essa forma de tratamento.

Seção C – Acidentes ofídicos. Constam indagações sobre: você já prestou cuidados a um ferimento causado por animais peçonhentos, o que você faz após um acidente com animais peçonhentos, conhece algum tipo de remédio ou substância para o tratamento de acidentes animais peçonhentos, como é preparado (no caso de estratos) e como se usa, você procurou o serviço de saúde, conte como o profissional de saúde agiu ao saber que você fez uso de planta medicinais no autocuidado com feridas.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa, os riscos para o (a) Sr.(a) poderá ser o desconforto e constrangimento por fornecer informações pessoais. Além do risco de vazamento de dados pessoais e perda do anonimato. Os riscos serão minimizados através da garantia do sigilo e o armazenamento dos dados coletados em um único computador. As pesquisadoras estarão à sua disposição para o esclarecimento de todas as dúvidas que possam surgir, buscando com isto, que todo o período de entrevista transcorra de forma harmoniosa. Quanto aos riscos em virtude do Novo Coronavírus, será garantido que durante todo o período de coleta de dados, se utilizará máscaras e álcool a 70%.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa, o aprimoramento do conhecimento a respeito da temática, com a disponibilização de dados importantes por meio da publicação de artigos científicos, que contribuirão para aumentar o domínio dos profissionais de enfermagem durante a assistência a pacientes ribeirinhos no tratamento de feridas. Se julgar necessário, o(a) Sr.(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a Res. 466/2012-CNS, IV.I.c: O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua



Ministério da Educação Universidade Federal do Amazonas
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação Programa de Pós-graduação em Enfermagem-PPGENF -
Mestrado Acadêmico em associação ampla com a Universidade do Estado do Pará - UEPA/UFAM



anuência à participação na pesquisa. De acordo com o Item IV.3.g, da Res. CNS nº. 466 de 2012 deve ocorrer o ressarcimento das despesas de sujeitos da pesquisa e familiares quando necessário, para transporte e alimentação, porém nessa pesquisa isso será dispensado, pois não haverá necessidade de deslocamento por parte dos participantes, este estarão no local onde será realizada a pesquisa.

A sua participação no estudo não acarretará custos para você e caso haja, com devidas comprovações legais, a pesquisadora acionará recursos próprios à compensação financeira. Caso a pesquisa lhe cause algum dano explicitado nos riscos ou ocorridos em razão da sua participação, seu direito de indenização será garantido mediante comprovação legal. Também estão assegurados a senhora o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa. Asseguramos ao Sr.(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante da pesquisa. Garantimos ao Sr.(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

O (A) Sr.(a) pode entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis Naiza Peres de Lima, Fone (92) 984028884, e-mail: nplimaufam@gmail.com, Professora Drª. Cristiane Costa Reis da Silva, a qualquer tempo para informação adicional no endereço: Estrada Coari-Mamiá, nº 305, Espírito Santo, CEP: 69.460-000, telefone: (071) 993680001, e-mail: cristianereisfb@gmail.com.

O(A) Sr.(a) também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 - Adrianópolis - Manaus - AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa "Saberes e práticas de populações ribeirinhas do Amazonas no autocuidado com feridas agudas", estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Coari - Amazonas, ____/____/____

Assinatura do Participante


Impressão ictiloscópica

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA



TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “Saberes e práticas de populações do Amazonas no auto cuidado com feridas agudas”, sob a coordenação e a responsabilidade da pesquisadora Enfermeira Naiza Peres de Lima, e assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nas comunidades Nossa Senhora Aparecida e a comunidade Nossa Senhora de Fátima, sob a cobertura da Unidade Básica de Saúde Ribeirinha Enedino Monteiro, no período de 01/10/2024 a 31/12/2024, após a devida aprovação no Sistema CEP/CONEP.

Coari-Amazonas, 16 de 08 de 2024.


Arteme Araújo de Souza
Secretário Municipal Adjunto
Executivo de Saúde
Decreto 8 de 11 de 2024

Arteme Araújo de Souza
Secretário Municipal Adjunto de Saúde do Interior

Secretaria Municipal de Saúde, Rua Antônio Bento, 13, Vila Progresso, Coari-Amazonas
E-mail: smscoari@gmail.com

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SABERES E PRÁTICAS DE POPULAÇÕES RIBEIRINHAS DO AMAZONAS NO AUTOCUIDADO COM FERIDAS AGUDAS

Pesquisador: NAIZA PERES DE LIMA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 82601224.8.0000.5020

Instituição Proponente: Fundação Universidade do Amazonas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.197.154

Apresentação do Projeto:

Segundo a autora: A coleta de dados se dará através de entrevistas, para isso, serão realizadas com perguntas abertas acerca dos saberes e práticas utilizadas no autocuidado de feridas agudas pelos ribeirinhos. . A organização e análise de dados será utilizado o método de análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2011). Pretende-se utilizar a ferramenta IRAMUTEC para organização dos dados. Pretende-se aplicar as fases do método de análise de conteúdo, em três polos cronológicos Bardin (2011). Na pré-análise busca-se organizar o material para que seja útil a pesquisa. Como bem elenca, Bardin (2011), os pesquisadores precisam sistematizar as ideias preliminares em quatro etapas, sendo-as: a leitura flutuante; escolha dos documentos; reformulações de objetivos e hipóteses e a formulação de indicadores, as quais nos darão fim à preparação do material como um todo. Na segunda fase, exploração do material, tem por finalidade a categorização ou codificação do estudo. A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados. Ressaltando que, segundo Bardin (2011) dentro da análise de conteúdo, as categorias podem ser definidas a priori ou posteriori. Para participar do estudo, os entrevistados deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dando ciência da sua cooperação, com o devido conhecimento sobre os seus direitos. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas para a devida autorização, obedecendo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em relação a

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

Continuação do Parecer: 7.197.154

execução de

pesquisas com seres humanos. Por fim, a redução de agravos à saúde e o processo do cuidar, é algo complexo, que exige habilidades técnicas, destreza, e uma visão holística da população assistida, nesse sentido, é relevante e oportuno o conhecimento desses saberes e práticas em busca de aperfeiçoamento que implicarão ao profissional Enfermeiro uma assistência mais assertiva e humanizada

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever os saberes e práticas de populações ribeirinhas do Amazonas no autocuidado com feridas agudas

Objetivo Secundário:

¿ Desvelar os saberes e práticas utilizados pelos comunitários de comunidades ribeirinhas de um município do interior do Amazonas, no autocuidado com feridas; Classificar os saberes e práticas utilizados pelos comunitários residentes em comunidades ribeirinhas no autocuidado com feridas; ¿ Relacionar o conhecimento empírico de indivíduos ribeirinhos amazônicos no autocuidado com feridas com o conhecimento técnicocientífico dos Enfermeiros;¿ Contribuir com o conhecimento do acadêmico e profissional de enfermagem acerca dos saberes e práticas utilizados pelos ribeirinhos no autocuidado com feridas agudas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes, porém estaremos atentos a sinais verbais e não verbais de desconforto; cansaço ao responder o instrumento de coleta, constrangimento, medo de não saber responder, vergonha, aborrecimento, estresse, e para isso daremos a liberdade em interromper a participação a qualquer momento; possibilitando assim a recusa em responder qualquer pergunta. Todo o cuidado será tomado para esses riscos não ocorrerem, como a revisão criteriosa das perguntas. O sigilo dos dados será mantido, por essa razão, todos os dados serão armazenados em um banco de dados de forma segura, no qual somente as pesquisadoras obterão acesso, preservando

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 7.197.154

o anonimato

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa com utilização de questionário. Será usado para dados do mestrado da proponente. Projeto em TERCEIRA versão.

Benefícios

O estudo possibilitará o aprimoramento do conhecimento a respeito da temática, com a disponibilização de dados importantes por meio da publicação de artigos científicos, que contribuirão para aumentar o domínio dos profissionais de enfermagem durante a assistência a pacientes ribeirinhos no tratamento de feridas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cumprem os requisitos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo cumpre os requisitos. Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2402467.pdf	14/10/2024 20:09:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_Atual.pdf	14/10/2024 20:08:25	NAIZA PERES DE LIMA	Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	14/10/2024 20:06:58	NAIZA PERES DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto1.pdf	12/09/2024 22:03:02	NAIZA PERES DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MODELO_TCLE_DO_PROJETO.pdf	12/09/2024 22:01:44	NAIZA PERES DE LIMA	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM **Município:** MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

Continuação do Parecer: 7.197.154

Outros	Roteiro_da_entrevista.pdf	23/08/2024 21:11:01	NAIZA PERES DE LIMA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Anuencia.pdf	16/08/2024 14:03:18	NAIZA PERES DE LIMA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 31 de Outubro de 2024

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))