UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ-UEPA CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS ESCOLA DE ENFERMAGEM MAGALHÃES BARATA – EEMB
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM-UEPA/UFAM

EMILLY VASCONCELOS GOULART

# SABERES E PRÁTICAS DE QUE ORIENTAM O PROCESSO DE CUIDADO DESENVOLVIDAS POR MULHERES RIBEIRINHAS NA PROMOÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS, EM UMA COMUNIDADE RIBEIRINHA NA AMAZÔNIA

Belém – PA
2025

# Saberes e práticas de que orientam o processo de cuidado desenvolvidas por mulheres ribeirinhas na promoção à saúde de crianças menores de 5 anos, em uma comunidade ribeirinha na Amazônia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem Associado da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e Universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Belém – Pará como requisito para obter o título de mestre.
Linha de pesquisa: Educação e Cuidado em Saúde e Enfermagem na Amazônia.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Goreth Silva Ferreira

Belém – PA

2025

Emilly Vasconcelos Goulart

# Conhecimentos e práticas de cuidado tradicionais desenvolvidas por mães ribeirinhas na promoção à saúde de crianças menores de 5 anos, em uma comunidade ribeirinha na Amazônia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem Associado da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e Universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Belém – Pará como requisito para obter o título de mestre.
Linha de pesquisa: Educação e Cuidado em Saúde e Enfermagem na Amazônia.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Goreth Silva Ferreira

Data da aprovação: 16 de maio de 2025
Banca examinadora:

_____- Orientadora
Prof.ª Dr.ª Maria Goreth Silva Ferreira
Pós-Doutora em Enfermagem (EEAN-UERJ)
Universidade do Estado do Pará (UEPA)

_____- Titular Interno
Prof.ª Dr.ª Elizabeth Teixeira
Doutora em Ciências e desenvolvimento Socioambiental (UFPA)
Universidade do Estado do Pará (UEPA)

_____- Titular Externo
Prof. Dr. Silvio Eder Dias da Silva
Doutor em Enfermagem (UFSC)
Universidade Federal do Pará (UFPA)

_____- Suplente Interno
Prof.ª Dr.ª Sheyla Mara Silva de Oliveira
Doutora em Ciências (EEUSP)
Universidade do Estado do Pará (UEPA)

_____- Suplente Externo
Prof.ª Dr.ª Sandra Conceição Ribeiro Chicharo
Doutora em Ciências do Cuidado à Saúde (UFF)
Universidade Estácio de Sá (ESTÀCIO)

Belém – PA

2025

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

---

G694s Goulart, Emilly Vasconcelos

Saberes e práticas de que orientam o processo de cuidado desenvolvidas por mulheres ribeirinhas na promoção à saúde de crianças menores de 5 anos, em comunidade ribeirinha na Amazônia / Emilly Vasconcelos Goulart. – Belém, 2025. 135 f.: il.

Orientadora: Maria Goreth Silva Ferreira

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Mãe. 2. Mulher. 3. Cuidado da criança. I. Ferreira, Maria Goreth Silva, *orient*. II. Título.

CDD: 23 ed. 362.1982

---

Elaborado por Ronne Clayton de Castro Gonçalves – CRB-2/1410

A todas as mulheres que me ensinaram sem saber que ensinavam, que cuidam sem saber que curam, que carregam, sem nomear, o peso e a leveza de uma sabedoria ancestral.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela força, discernimento e coragem que me sustentaram ao longo de toda esta caminhada. A Ele dedico cada conquista, pois sei que nenhum passo foi dado sem a Sua presença e cuidado.

À minha família, minha base sólida e fonte inesgotável de amor: meus pais e meu irmão, obrigada por estarem sempre comigo, nos momentos bons e nos desafiadores. À minha querida avó Bela fonte de inspiração para esta pesquisa, agradeço por cada oração. Estendo também minha gratidão a todos os familiares que torceram por mim e celebraram, de coração, cada uma das minhas vitórias.

Aos amigos e amigas que me acompanharam com carinho e apoio ao longo dessa jornada, minha eterna gratidão. Em especial, aos colegas de mestrado que se tornaram parte fundamental da minha trajetória: Silvia, Gustavo, Daniele, Keila, Pamela, Beatriz, Greice Nara, Juliana e Ana Ricely, obrigada pela partilha de saberes, afetos, angústias e conquistas.

Às amizades construídas e fortalecidas em Santarém, deixo um agradecimento especial pelo acolhimento, pelo afeto e pela força nos momentos em que mais precisei.

À comunidade do Tapará Grande, minha sincera gratidão por terem me recebido com tamanha generosidade e cuidado. Obrigada, enfermeira Sâmia e Richarlison, técnicas Ivone e Jaielen, e à dona Carmen, pelo apoio tão essencial para a realização desta pesquisa. Ao diretor Sávio, meu muito obrigada pela disponibilidade e sensibilidade em abrir as portas da escola. Vocês foram parte fundamental deste trabalho e talvez nem imaginem o quanto sou grata por tudo.

Por fim, agradeço à minha orientadora, pelo olhar atento, pela escuta paciente e pelo direcionamento firme e generoso ao longo desta construção.

A todos e todas que fizeram parte deste caminho, meu mais profundo e sincero agradecimento.

## RESUMO

**Introdução:** este estudo se concentra na análise dos significados atribuídos pelas mulheres ribeirinhas à promoção da saúde de seus filhos menores de cinco anos, destacando os saberes e práticas populares de cuidado empregados nesse contexto. A investigação visa examinar como os valores e crenças culturais subjacentes ao conhecimento materno sobre saúde influenciam e estimulam o processo de tomada de decisão das mães em relação aos cuidados de fornecidos às suas crianças. **Objetivos:** analisar os saberes e práticas que orientam o processo de cuido a saúde das crianças menores de 5 anos em uma comunidade ribeirinha da Amazônia. **Método:** trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, embasada na abordagem qualitativa, com foco no método criativo e sensível (MCS). Este método, fundamentado na construção colaborativa do conhecimento, segue o princípio da dialogicidade estabelecido por Bakhtin e enraizado na prática pedagógica de Freire. Sua operacionalização ocorreu por meio de oficinas de arte e criatividade, as quais se apoiam nas dinâmicas "Corpo Saber" e "Árvore do Conhecimento". A análise dos dados foi conduzida mediante a aplicação da análise de discurso francesa (ADF), possibilitando uma compreensão aprofundada dos discursos produzidos durante o processo investigativo. **Resultados:** a pesquisa evidenciou que o cuidado infantil em comunidades ribeirinhas é constituído a partir de uma articulação complexa entre saberes tradicionais e biomédicos. Os resultados revelaram dois eixos principais: o Cuidado, que engloba práticas cotidianas, rotinas maternas e os desafios da sobrecarga emocional, e o Saber, pautado na transmissão intergeracional e no diálogo com profissionais de saúde. As mães, protagonistas do cuidado, demonstram capacidade de integrar o conhecimento popular e científico, mobilizando práticas afetivas, empíricas e culturalmente situadas. **Discussão:** os saberes são moldados pelas vivências locais, condições socioeconômicas precárias e pelas singularidades do ambiente amazônico. A experiência cotidiana emerge como matriz central na produção do conhecimento, marcada pela oralidade, pela prática coletiva. A precariedade no acesso aos serviços de saúde institucionais intensifica a valorização dos remédios caseiros, enquanto a convivência com práticas biomédicas revela uma dinâmica de resistência, adaptação e negociação de saberes. **Considerações Finais:** destaca-se a necessidade de reconhecer e legitimar os saberes tradicionais como práticas legítimas de cuidado e promoção da saúde infantil. Propõe-se que políticas públicas sejam elaboradas de maneira dialógica e culturalmente sensível, considerando as práticas locais e respeitando a autonomia das comunidades. A maternidade ribeirinha, longe de ser mera reprodução de saberes, constitui-se como espaço de resistência e inovação, cuja valorização é imprescindível para enfrentar as desigualdades históricas e construir ações de saúde mais inclusivas e emancipadoras.



**Palavras-chave:** Mãe; Mulher; Cuidado da Criança.

## ABSTRACT

**Introduction:** this study focuses on the analysis of the meanings attributed by riverine women to the promotion of health for their children under five years of age, emphasizing the traditional knowledge and caregiving practices employed in this context. It seeks to examine how the cultural values and beliefs embedded in maternal knowledge influence and inform mothers' decision-making processes concerning childcare practices.**Objectives:**To analyze the knowledge systems and caregiving practices that underpin the health care of children under five years old in a riverine community in the Brazilian Amazon. **Method:** An exploratory and descriptive study was conducted using a qualitative approach, grounded in the Creative and Sensitive Method (CSM). Based on principles of dialogism, as proposed by Bakhtin and rooted in Freire's pedagogical philosophy, this method emphasizes the collaborative construction of knowledge. Data collection was carried out through art and creativity workshops, employing the dynamics "Body-Knowledge" and "Tree of Knowledge." Discourse analysis was conducted using the French Discourse Analysis framework, allowing for an in-depth interpretation of the narratives produced throughout the research process. **Results:** Findings indicate that childcare practices in riverine communities emerge from a complex interplay between traditional knowledge and biomedical discourse. Two major thematic axes were identified: Care, encompassing daily practices, maternal routines, and the emotional burden of caregiving; and Knowledge, based on intergenerational transmission and interaction with health professionals. Mothers act as key agents, synthesizing empirical, affective, and culturally embedded knowledge systems. **Discussion:** Knowledge production is deeply shaped by local experiences, socioeconomic vulnerabilities, and the environmental particularities of the Amazon region. Limited access to institutional health services enhances reliance on traditional remedies, while the interaction with biomedical practices fosters processes of resistance, adaptation, and negotiation of knowledge. **Final Considerations:** the study underscores the need to recognize and legitimize traditional knowledge as a vital dimension of child health care and promotion. It advocates for the development of public policies that are dialogical, culturally responsive, and respectful of community autonomy. Riverine motherhood is revealed not merely as the reproduction of ancestral knowledge but as a dynamic space of resistance and innovation, essential for addressing historical inequalities and advancing inclusive and emancipatory health interventions.



**Keywords:** Mothers; Woman; Child Care.

## LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|---|---|
| **AD** | Análise do Discurso |
| **ADD** | Análise Automática do Discurso |
| **BVS** | Biblioteca Virtual em saúde |
| **CEP** | Comitê de Ética e Pesquisa |
| **DeCS** | Descritores em Ciências da Saúde |
| **DCS** | Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade |
| **ECA** | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| **EUA** | Estados Unidos da América |
| **FD** | Formação Discursiva |
| **IBGE** | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| **MCS** | Método Criativo e Sensível |
| **OMS** | Organização Mundial de Saúde |
| **ONG** | Organização Não Governamental |
| **PRISMA** | Preferred Reportina Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis |
| **SEMSA** | Secretária Municipal de Saúde do Município de Santarém |
| **SUS** | Sistema Único de Saúde |
| **TCLE** | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| **UBS** | Unidade Básica de Saúde |
| **UEPA** | Universidade do Estado do Pará |

## LISTA DE FIGURAS

**FIGURA 1** Fluxograma PRISMA adaptado acerca do levantamento de dados
**FIGURA 2** Comunidade do Tapará Grande
**FIGURA 3** Embarcações atracadas
**FIGURA 4** Chegada da população
**FIGURA 5** Sala em que foram realizadas as DSCs
**FIGURA 6** Produto da dinâmica de criatividade e sensibilidade
**FIGURA 7** Fluxograma da análise do discurso
**FIGURA 8** Fluxograma do resultado da pesquisa

## LISTA DE QUADROS

**QUADRO 1** Caracterização sociodemográfica das participantes deste estudo

**QUADRO 2** Descrição das etapas das dinâmicas de criatividade e sensibilidade aplicadas neste estudo

**QUADRO 3** Circunstância da enunciação no interior das dinâmicas de criatividade e sensibilidade

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUÇÃO** ..... 10
1.1 IMPLICAÇÕES COM A TEMÁTICA E APRESENTAÇÃO DO TEMA A SER ESTUDADO ..... 10
1.2 ORIGENS DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA NA REGIÃO DO TAPAJÓS: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA ..... 11
1.3 O SIGNIFICADO DO PAPEL FEMININO NO CENÁRIO DO CUIDADO ..... 15
1.4 O PAPEL DA FAMÍLIA NO CUIDADO À CRIANÇA ..... 17
**2 JUSTIFICATIVA** ..... 20
**3 OBJETIVOS** ..... 22
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 22
**4 HIPÓTESE DE PESQUISA** ..... 22
**5 REVISÃO DA LITERATURA** ..... 22
**6 REFERENCIAL TEÓRICO** ..... 28
**7 MÉTODOS** ..... 32
7. 1 MÉTODO ..... 32
7. 2 TIPO DE ESTUDO ..... 34
7.3 LÓCUS DA PESQUISA ..... 34
7.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO ..... 37
7. 4. 1. AMBIENTAÇÃO E APROXIMAÇÃO COM AS PARTICIPANTES ..... 39
7. 5 DINÂMICAS DE CRIATIVIDADE E SENSIBILIDADE ..... 40
7. 5. 1 OPERACIONALIZAÇÃO DAS DINÂMICAS ..... 41
7. 5. 2 RESULTADO DAS DINÂMICAS DE CRIATIVIDADE E SENSIBILIDADE ..... 48
7. 6 ANÁLISE DOS DADOS ..... 50
7.7 ASPECTOS ÉTICOS ..... 53
7.8 RISCOS E BENEFÍCIOS DO PROJETO ..... 53
7.9 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS PARA ANÁLISE ..... 54
**8 RESULTADOS** ..... 55
8. 1 O CUIDADO NA PRÁTICA ..... 56
8.1. 1 A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO INFANTIL EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS ..... 56
8. 1. 2 ROTINAS E PRÁTICAS MATERNAS NO CUIDADO DIÁRIO ..... 60
8.1. 3 SOBRECARGA MATERNA E OS DESAFIOS DO CUIDADO ..... 64
8. 2 A ORIGEM DO SABER ..... 68
8. 2. 1 A CONSTRUÇÃO DO SABER MATERNO E SUA INFLUÊNCIA NO CUIDADO INFANTIL ..... 68

8. 2. 2 INTERAÇÕES E TROCA DE SABERES ENTRE AS MÃES E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ..... 72
8. 2. 3 OS SABERES DO USO DAS PLANTAS MEDICINAIS NO CUIDADO INFANTIL..... 78
**9 DISCUSSÃO..... 81**
**10 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 96**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 IMPLICAÇÕES COM A TEMÁTICA E APRESENTAÇÃO DO TEMA A SER ESTUDADO

O meu interesse inicial em abordar esta temática está intrinsecamente relacionado à figura da minha avó materna, que representa um símbolo de cuidado dentro da estrutura familiar. Mãe de nove filhos, ela, por vezes, se via desprovida de recursos financeiros para adquirir medicamentos quando seus filhos adoeciam. Nesse contexto, ela se apoiava na busca por remédios caseiros fornecidos por uma senhora da cidade.

Entretanto, devido ao elevado número de filhos e à frequente enfermidade deles, essa senhora interrompeu o fornecimento de remédios caseiros à minha avó, instando-a produzir seus próprios remédios caseiros. Ao longo dos seus 80 anos de existência, baseando-se tanto nos saberes populares quanto na sua própria experiência adquirida no manejo de plantas e ervas, ela passou a confeccionar remédios caseiros que são disponibilizados a toda a família. Frequentemente, optamos por utilizar os remédios por ela elaborados antes de considerar a busca por atendimento em uma unidade de saúde, evidenciando a confiança depositada em sua sabedoria.

Esse interesse foi consolidado durante meu período de graduação, quando desempenhei o papel de voluntária na Organização Não Governamental (ONG) Zóe. A mencionada ONG é uma entidade sem fins lucrativos que visa prover assistência médica às comunidades tradicionais responsáveis pela preservação da floresta Amazônica. Durante minha atuação, participei ativamente no acolhimento de pacientes, auxiliei nas salas de ultrassom e acompanhei a equipe médica em alguns procedimentos cirúrgicos.

Ao longo dessa experiência, pude constatar a ausência de um atendimento de saúde especializado contínuo. Durante conversas com as pessoas que aguardavam atendimento, pude ouvir relatos sobre as consideráveis dificuldades de locomoção enfrentadas pelos pais e suas crianças para acessar a unidade de saúde, considerando que algumas provenientes de comunidades ribeirinhas.

Essas conversas me fizeram refletir sobre como essas pessoas, que não têm acesso regular aos cuidados de saúde devido à sua origem de comunidades distantes, lidam com sua saúde. Levando em consideração que algumas dessas comunidades são de difícil acesso e locomoção, não possuem unidades básicas de saúde, médicos ou profissionais de enfermagem. Muitos procuram atendimento médico na cidade apenas quando seu quadro de saúde já está agravado.

Quando formada, minha primeira experiência como enfermeira ocorreu durante uma expedição fluvial pelas comunidades ribeirinhas da região do Tapajós. Durante cinco dias vivenciei a prática de saúde diretamente nessas comunidades, visitando uma comunidade diferente a cada manhã e tarde. Durante esse período, pude perceber que o Sistema Único de Saúde (SUS) alcança esses lugares remotos e de difícil acesso para promover saúde, mas ainda há carências em relação à prestação de cuidados contínuos e afetivos.

Como esses atendimentos ocorrem apenas uma vez a cada mês, são realizados de forma rápida, sem dar muita atenção aos indivíduos, que frequentemente expressam suas vulnerabilidades e expectativas em conversas mais longas. Devido a essa abordagem resolutiva, a prevenção por meio da orientação e educação em saúde não recebe ênfase adequada, e os indivíduos não participam ou têm poucas oportunidades de participar ativamente do cuidado. Além disso, muitas vezes há pouca variedade e quantidade de medicamentos disponíveis para atender a população.

Em uma comunidade específica, ouvi o relato de uma mãe que aguardava atendimento para seus filhos, a mesma relatou que estes estavam gripados devido ao não cumprimento do resguardo da semana santa, sendo essa a justificativa para sua doença. Ela também mencionou que quando seus filhos estão doentes o cuidado é realizado por meio natural, com ervas, chás e rezas, até o que atendimento de saúde chegue a comunidade, sinalizando dessa forma alguns dos aspectos culturais que norteiam o cotidiano dessa população.

## 1.2 ORIGENS DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA NA REGIÃO DO TAPAJÓS: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Para compreendermos o estabelecimento dos conhecimentos e práticas adotados pela população ribeirinha, é necessário explorar a origem e a consolidação desse grupo ao longo dos rios da Amazônia, levando em consideração a herança cultural das populações que deram origem a esse povo e como isso se reflete nas práticas de cuidado. Nesse sentido, se faz necessário fazer um resgate na histórico, compreendendo em como os dois primeiros séculos de colonização portuguesa na Amazônia tiveram um papel determinante na formação dessa população, bem como auxiliar no entendimento de como por muitas vezes essa população é desassistida em políticas públicas de saúde.

Essa população possui uma tradição étnico-cultural que incorpora influências dos povos ameríndios, europeus e africanos trazidos como escravos. Essa comunidade apresenta uma complexidade territorial, sendo que sua existência foi interpretada sob diferentes categorias e conceitos, como campesinato histórico, tradicionais e povos autóctones. Essa

diversidade sociocultural da Amazônia constitui um aspecto importante para ser explorado e compreendido. Dessa forma, os dois primeiros séculos de colonização portuguesa na Amazônia tiveram um papel decisivo na instauração da população ribeirinha e abrange o período que se inicia no século XVII (com a fundação de Belém em 1616) e se estende até meados do século XIX (com o início do ciclo da borracha em 1870). Esse período de aproximadamente 250 anos é caracterizado por uma constante luta por parte da sociedade colonial (Arenz, 2000).

A apropriação da Amazônia pelos europeus surgiu no contexto de disputa territorial e uma geopolítica de natureza colonial. Esse processo de colonização estabeleceu as bases para um modelo de sociedade exploratório e violento, em que uma única etnia detinha completa hegemonia social, cultural, econômica e política. Os padrões de desenvolvimento dos países dominantes, em grande parte europeus, que hoje controlam a economia global, foram adotados como modelo pela sociedade brasileira. Nesse processo, os povos originários que há muito habitavam essas terras, juntamente com seus costumes e tradições, foram silenciados, exterminados e submetidos à escravidão (Gonçalves, 2001; Bezerra, 2001).

Dessa forma, o aldeamento foi estabelecido como o primeiro sistema de controle territorial imposto sobre os ameríndios na Amazônia. Através desse regime, os missionários, especialmente os jesuítas, estabeleceram-se em locais estratégicos ao longo do rio Amazonas e seus principais afluentes, atraindo ameríndios de diferentes tribos. Durante esse período, grandes grupos de indígenas foram transportados para as aldeias das missões, onde suas vidas passaram a ser reguladas por normas estabelecidas pelos missionários e onde a língua geral, uma forma modificada do Tupi-Guarani, era falada e ensinada. Nas missões, os gentios eram convertidos por meio da catequese e do trabalho sistemático e regular, através do ensino de novas habilidades manuais e dos costumes europeus (Loureiro, 2001; Machado, 1997; Wagley, 1988).

Na região do Tapajós, o padre João Felipe Betendorf desempenhou um papel de destaque como superior na "Missão do Tapajós", que tinha não apenas objetivos religiosos, mas também visava abrir caminho para a penetração nos interiores. Durante seus quatro anos de convivência com o povo Tapajó, Betendorf escreveu um catecismo na língua deles e ordenou a queima dos corpos mumificados de seus ancestrais, que eram objeto de culto pelos indígenas. Além disso, ele determinou que as cinzas e as pedras utilizadas em rituais fossem lançadas no rio. Movidos pela fé, os missionários impuseram restrições às festas, ao consumo de bebidas psicoativas, à prática de habitação coletiva e à pajelança. Essas práticas tradicionais foram consideradas ameaças à salvação e, como resultado, foram alvo de repressão e condenação por parte dos missionários. (Betendorf, 1910; Porro, 1995; Maués, 2005).

A condenação e repressão que se manteve ao longo do tempo, como indica Maués (2005, p. 271):

> [..] a pajelança tem sido combatida pela Igreja Católica na Amazônia desde o período colonial [..] os bispos paraenses [em visitas pastorais] não perdiam a oportunidade de criticar e combater o pajé [..]. Os jornais do século passado [século XX] estavam cheios de notícias ridicularizando e condenando os pajés que atuavam na sociedade do período... Eram frequentemente acusados não só de práticas contrárias à religião dominante, como de prática ilegal da medicina, ou curandeirismo.

Como resultado, a população nativa se encontrava sob a dualidade representada pela cruz e pela espada. A cruz simbolizava o regime estritamente paternal dos jesuítas, que buscavam catequizar a população nativa de acordo com os preceitos da Igreja Católica. Por outro lado, a espada representava o uso da força militar por meio de expedições que visavam garantir o controle do território e manter os indígenas subjugados ao sistema escravista, impulsionados por interesses econômicos. Em outras palavras, a mesma cruz que se abria em sinal de liberdade também se fechava em punhos opressores (Gonçalves, 2001).

Entretanto, apesar dos esforços dos missionários, inquisidores e até mesmo dos médicos, as práticas de pajelança e cura não foram totalmente eliminadas, e os indígenas não se converteram integralmente ao modelo que tentaram impor a eles. Eles resistiram de várias maneiras, modificando suas práticas e preservando-as sob diferentes aparências. Como resultado desse processo, os padrões originais de vida e cultura da população indígena desapareceram, sem conseguir se reconstituir completamente, exceto em certa medida. Isso resultou na formação de um grupo que o autor denomina "neo-indígena", que surge como uma nova população, herdeira da cultura tribal e adaptada à floresta, utilizando-a para a sustentação de suas vidas (Wawzyniak, 2006; Porro, 1995; Ribeiro, 1995).

Além disso, houve espaço para que eles forjassem, com base em seu próprio imaginário, uma cultura indígena de caráter mais abrangente, afastada das especificidades tribais, aproximando-os, assim, de uma religiosidade popular pouco ortodoxa encontrada entre os descendentes ribeirinhos. Tal religiosidade se fundamenta, por exemplo, numa crença popular híbrida, resultante da fusão da pajelança indígena com um culto difuso aos santos e celebrações do calendário religioso católico (Ribeiro, 1995).

Paradoxalmente, é reconhecido por diversos estudiosos que o colonizador português não desconsiderou inteiramente o conhecimento e as práticas terapêuticas dos curandeiros indígenas. Mesmo os missionários, que se opunham veementemente a essas práticas, acabaram se apropriando de conhecimentos relacionados às propriedades medicinais de plantas e ervas presentes na farmacopeia indígena, como aponta Freyre (1997, p. 254):

> "é provável que nas mãos de um curandeiro indígena estivesse mais segura a vida de um doente, no Brasil dos primeiros tempos coloniais, do que nas de um médico do reino estranho ao meio e à sua patologia."

No que concerne à população indígena resultante dos aldeamentos, houve o estabelecimento do Diretório, que representava uma estratégia de controle político com o propósito de evangelização, solução de questões relacionadas à defesa territorial e ao povoamento da Amazônia, alinhados com uma determinada visão de mundo. De acordo com Maués (1999), o Diretório, abolido pela Carta Régia de Maio de 1798, buscava integrar os índios à sociedade colonial seguindo os moldes dos colonos portugueses, além de organizar e regular as relações de trabalho entre indígenas e colonizadores. Quanto ao destino das populações neo-indígenas, incluindo as populações ribeirinhas, em vez de permanecerem nas vilas como espaços sociais projetados sob a supervisão de um diretor branco, elas se dispersaram ao longo das margens dos rios ou estabeleceram-se a certa distância das vilas recém-proclamadas, locais que ainda são ocupados por seus descendentes. Durante esse período, as aldeias de Alter do Chão, Aveiro, Boim, Pinhel, Santarém e Vila Franca foram elevadas à condição de vilas (Arenz, 2000; Reis, 1979; Almeida, 1997).

O controle exercido pelos religiosos e posteriormente pelos diretores sobre essa população tinha como propósito a assimilação e submissão dos indivíduos aos colonizadores. É importante ressaltar o caráter assimétrico das relações estabelecidas entre a população ribeirinha, os povos indígenas e os colonizadores, em que os ribeirinhos eram aceitos como força de trabalho na sociedade colonial, porém enfrentavam uma forte discriminação devido às suas origens ameríndias (Arenz, 2000).

Outro acontecimento de relevância significativa, que desempenhou um papel importante na reconfiguração dos ribeirinhos, foi a Guerra da Cabanagem. A partir da independência do Brasil, e particularmente após a adesão do Pará, as populações autóctones compostas por indígenas, caboclos e afrodescendentes, percebendo-se privadas de seus direitos, passaram a expressar sua insatisfação. Tal insatisfação culminou em uma revolta armada contra o domínio português, que teve seu início em Belém e se estendeu pelo interior do Pará, com a conquista de diversas vilas pelos cabanos, incluindo Santarém. No entanto, os últimos confrontos antes da derrota definitiva dos cabanos ocorreram às margens do rio Tapajós (Wawzyniak, 2006; Reis; 1979).

Após o desfecho da Guerra da Cabanagem, a perseguição promovida pelos portugueses persistiu, especialmente contra os pajés, motivada por razões políticas, uma vez que eram considerados aliados dos cabanos. Essa perseguição resultou em uma maior

invisibilidade desses especialistas em cura, uma vez que, temendo serem identificados como indígenas aliados dos cabanos que ainda resistiam na região, os ribeirinhos da região do Tapajós ocultavam ou negavam a prática da pajelança, tanto para proteger os próprios pajés quanto a si mesmos (Almeida, 1997; Harris, 2006).

No final do século XIX, antes mesmo do auge da economia da borracha, a composição étnica da população amazônica já apresentava seus contornos definidos. Nessa época, Bates (1979, p. 22) observa que a maioria das tribos " estão agora extintas ou abandonadas à sua sorte, pelo menos as que povoaram primitivamente as margens do rio principal, tendo-se misturado aos seus descendentes ou a imigrantes brancos e negros ". Essa mistura resultou na formação de diversos tipos de mestiços, que atualmente constituem provavelmente a maior parte da população e cada um possui a sua denominação própria.

Durante o período da economia da borracha, as sociedades caboclas, que já estavam estabelecidas em termos étnico-culturais, passaram por um processo de reorganização espacial nas comunidades ribeirinhas. A partir da segunda metade do século XIX, com a crescente demanda global pela borracha, registrou-se um dos maiores fluxos migratórios para a Amazônia a partir de 1887, com a chegada de cerca de 500.000 nordestinos. Esse movimento populacional teve significativas implicações sociais e espaciais nas comunidades ribeirinhas, uma vez que as famílias nordestinas recém-chegadas se estabeleceram ao longo das margens dos rios, próximas aos caminhos que levavam aos seringais (Weinstein, 1993).

No entanto, a crise resultante da desvalorização da borracha impediu que os nordestinos retornassem ao sertão, levando a uma situação em que grande parte dos migrantes, que antes almejavam voltar ao nordeste, ficasse empobrecida e permanecesse nos seringais, integrando-se às formas de vida regionais, ou seja, adotando o modo de vida ribeirinho influenciado pelas práticas seculares das sociedades indígenas. A presença desses migrantes nordestinos explica as concepções e práticas de saúde características da região nordeste no contexto amazônico, incluindo a região do Tapajós. Essa nova realidade espacial significou um processo de abandono e readaptação tanto para os migrantes nordestinos quanto para os caboclos amazônicos (Ribeiro, 1995).

## 1.3 O SIGNIFICADO DO PAPEL FEMININO NO CENÁRIO DO CUIDADO

Nas comunidades ribeirinhas, observa-se a perpetuação de valores, crenças e costumes culturais transmitidos ao longo das gerações, provenientes dos povos ancestrais que originaram tais comunidades. Esses costumes exercem uma influência significativa na forma como os indivíduos percebem e interpretam seus corpos e sua própria saúde, bem como na maneira como

desenvolvem suas práticas de cuidado. No contexto em questão, as práticas de cuidado englobam ações sociais, individuais ou coletivas, que abarcam tanto os saberes populares quanto os saberes científicos. Essas práticas são estabelecidas nas relações interpessoais e refletem os valores e princípios de um determinado grupo social.

Ao longo da história, às mulheres tem sido atribuída a responsabilidade de desempenhar o papel de cuidadoras, assumindo a incumbência do cuidado próprio, daqueles que fazem parte de suas famílias e dos demais membros de suas redes familiares. A mulher, enquanto agente portadora de conhecimentos específicos, acumula saberes que são moldados e desenvolvidos a partir de sua trajetória de vida, experiência social e, especialmente, influenciados por valores culturais (Soares, 2021).

Ao abordar a questão do cuidado, ainda persiste na imaginação social a associação "natural" da mulher como sua responsável, sustentada pela justificativa de que os "atributos femininos" são mais adequados para tais tarefas. Por meio de estudos feministas, compreende-se que essas percepções são resultado de construções sócio históricas e econômicas que levaram à desigualdade de gênero nas relações sociais, amplamente enraizadas nas opressões características de uma sociedade patriarcal (Montenegro, 2018).

Mesmo antes do nascimento de um bebê, procura-se determinar seu sexo, a fim de construir um conjunto de imagens e ideias associadas a ele. Essa construção, realizada pelas diferentes partes envolvidas no contexto social, propicia o surgimento de expectativas sobre o futuro papel da mulher ou do homem que o indivíduo se tornará. O processo de tornar-se homem ou mulher transcende o fato de ter nascido com um determinado sexo, pois envolve intrincados processos de socialização que inevitavelmente atribuem papéis distintos a cada indivíduo de acordo com sua pertença sexual (Montenegro, 2018; Naiff, 2021).

Para alcançar tal compreensão, é necessário desenvolver uma perspectiva abrangente sobre gênero e seu papel na construção da identidade. A reflexão sobre o gênero enquanto construção social que implica na atribuição de funções sociais específicas a um determinado sexo é evidenciada no contexto em que uma criança, mesmo antes de seu nascimento, é prefigurada por meio da configuração ideológica familiar. Antes mesmo de chegar ao mundo, a criança já é inserida em um espaço social predefinido (menino/menina) no qual é antecipadamente estabelecido que ela deverá ocupar após a concepção. Em outras palavras, quando uma mulher engravida, já se encontra estabelecida uma concepção preexistente sobre a gravidez, a maternidade, a identidade de gênero de meninas e meninos (Naiff, 2021).

Assim vemos que nos primeiros estágios da vida, a criança já desenvolve características distintivas associadas a um ou outro sexo. As brincadeiras, contos infantis e

outros elementos do ambiente de socialização já transmitem os comportamentos e traços que a cultura estabeleceu para meninos e meninas seguirem. É inquestionável que o contexto em que uma pessoa se desenvolve orientará sua compreensão do mundo e das relações. Ao descobrir-se como uma entidade distinta, aprendendo e absorvendo do mundo, as meninas percebem que a "esfera" a que pertencem está cercada, limitada e dominada pelo universo masculino. Desde cedo, elas internalizam as funções e papéis típicos de seu sexo, familiarizando-se com um destino imposto (Beauvoir, 1980).

É possível observar no discurso popular afirmações que naturalizam o papel da mulher como cuidadora, associado a diferentes posições que lhe são atribuídas na estrutura familiar, tais como esposa ou companheira, filha, mãe, tia ou avó. Independentemente do papel desempenhado, desde que seja uma mulher, é considerado prioritáriobe cuidar de um membro da família que está doente e necessita de atenção constante, ou ainda cuidar dos familiares durante uma fase de fragilidade, a fim de preservar o direito à vida. Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2018, constata-se que as mulheres alocam, em média, 21,3 horas semanais na execução de tarefas domésticas e no cuidado de pessoas (Nogueira, 2018; IBGE, 2018).

## 1.4 O PAPEL DA FAMÍLIA NO CUIDADO À CRIANÇA

Essa perspectiva adquire relevância substancial ao contribuir para o reconhecimento de que a responsabilidade pelo cuidado das crianças não pode ser unicamente atribuída às mulheres, visto que esta concepção denota a perpetuação de crenças estereotipadas e estigmatizadas na estrutura social. A tarefa do cuidar dos filhos requer a participação ativa e equitativa de todos os membros da família, com especial ênfase na valorização da coparticipação igualitária de pais e cuidadores independentemente de seu gênero.

A partir dessa premissa, torna-se relevante enfatizar que a família enquanto uma entidade coletiva detém direitos e responsabilidades que visam promover os meios necessários para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. Nesse contexto, o engajamento dos membros da família é fundamental para assegurar a proteção e o cuidado adequado como estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) , Art. 4º:

> É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

O conceito de família tem sido abordado de maneiras diversas, variando de acordo com a perspectiva, valores e disciplinas individuais. Não existe uma definição universal de família; a família é definida de acordo com a percepção pessoal de cada indivíduo. Os tipos mais comuns de relacionamentos familiares são os consanguíneos (baseados em laços de parentesco), os de afinidade (baseados em relações conjugais) e os de origem (a unidade familiar na qual uma pessoa nasce). A estrutura familiar, ou seja, a composição da família, é formada por indivíduos, cada um com um status e uma posição socialmente reconhecidos, que interagem regularmente e de forma recorrente em formas socialmente aceitas (Maute e Perren, 2018; Hockenberry e Wilson, 2014).

Cada membro familiar desempenha um papel cultural e socialmente atribuído em interações familiares. Além disso, cada família possui suas próprias tradições e valores, estabelecendo seus próprios padrões de interação dentro e fora do grupo. Cabe a cada família determinar as experiências que devem ser proporcionadas às crianças, bem como aquelas das quais devem ser protegidas, com base nas necessidades dos membros familiares (Hill, et al., 2014).

Com isso, a cultura familiar desempenha um papel significativo na diversidade de abordagens adotadas por cada membro familiar no cuidado da saúde das crianças. Para compreender essas dinâmicas, é crucial considerar as influências sociais, culturais e religiosas. A compreensão do contexto cultural no qual as pessoas percebem e respondem às demandas do seu mundo oferece uma lente pela qual todas as facetas do comportamento humano podem ser interpretadas (Maute e Perren, 2018).

Portanto, maneira como uma criança ou família interpreta ou vivencia uma doença ou condição pode variar. Nesse sentido, o Relativismo Cultural se destaca como um conceito que preconiza que qualquer comportamento deve ser avaliado inicialmente no contexto cultural em que ocorre. Fatores culturais, como sistemas de crenças e visões de mundo, influenciam a resposta do paciente e da família em relação aos cuidados de saúde. Essas crenças culturais e comportamentos têm impacto na adesão a um plano de tratamento (Milbrath et al. 2023). Para Hockenberry e Wilson 2014 (p.185):

> Algumas culturas, por exemplo, podem ver a doença crônica ou a deficiência como algo que afeta apenas alguns aspectos específicos da vida de uma criança, mas a criança como um todo é vista como normal. Em contraste, outras famílias podem descrever a doença como tendo efeitos globais em muitos aspectos da vida presente e futura da criança. Estas visões contrastantes podem resultar em pais com diferentes objetivos e expectativas para seus filhos.

Nesse contexto, é perceptível que a cultura exerce influência e atribuições de papéis de gênero, percepção da doença e seus efeitos secundários, bem como os tratamentos que devem

ser direcionados à criança. Por exemplo, é comum que a família atribua à mãe o papel de principal cuidadora, o que pode gerar tensão emocional quando ela está cuidando de um filho doente. Diversas origens raciais e étnicas contribuem para a complexidade do atendimento às necessidades de saúde de crianças e famílias (Pinheiro et al., 2021).

Algumas famílias se adaptaram tão fortemente à cultura dominante que suas crenças e práticas relacionadas à saúde são consistentes com as do sistema de saúde predominante. No entanto, para muitas famílias, as práticas e crenças tradicionais fazem parte integrante de sua vida cotidiana. Os profissionais de saúde devem estar cientes de que outras pessoas podem viver de acordo com regras e prioridades diferentes, o que influencia significativamente seu comportamento relacionado à saúde. As crenças familiares relacionadas às causas de doenças e à manutenção da saúde desempenham um papel fundamental como parte da herança cultural de uma família. Muitas vezes, essas crenças estão intrinsecamente ligadas às convicções religiosas, exercendo influência sobre a forma como as famílias abordam questões de saúde e respondem aos profissionais da área da saúde (Iganus, 2022).

Desta maneira, a necessidade do cuidado na primeira infância (período de vida entre zero a 5 anos ou até completar 6 anos, equivalente a 72 meses), é caracterizado por uma série de oportunidades significativas, mas também por desafios consideráveis. Estudos e evidências indicam que as experiências vivenciadas durante a primeira infância, tanto no contexto familiar quanto social, tendem a se incorporar de forma biológica, exercendo influências notáveis ao longo de toda a vida, com consequências tanto positivas quanto negativas. Essas experiências moldam os alicerces da aprendizagem, do comportamento e da saúde, tendo um impacto duradouro (Shonkoff, 2012; Brasil, 2018).

No mundo, aproximadamente 250 milhões de crianças com menos de cinco anos enfrentam o risco de um desenvolvimento infantil precário, especialmente em países de baixa e média renda. Esse risco é amplamente atribuído à pobreza e ao atraso no crescimento, afetando cerca de 43% de todas as crianças nessa faixa etária. Essas crianças não conseguem alcançar seu potencial de desenvolvimento pleno devido à exposição a diversos fatores de risco, incluindo influências ambientais, biológicas e psicossociais (Grantham-Mcgregor et al., 2007; Walker et al., 2011; Engle et al., 2011. Lu et al., 2016).

Enfatiza-se, portanto, a necessidade de proporcionar à criança um ambiente propício ao seu crescimento e desenvolvimento. Esse ambiente, quando alinhado com seu potencial genético, possibilita que ela alcance todo o seu potencial físico, mental e emocional. É crucial destacar aqui a importância de um ambiente que promova a vida, atualmente representado principalmente pela mãe ou por um cuidador substituto. Sem esse apoio, o bebê não pode

sobreviver de forma independente, pois está completamente dependente de outra pessoa para a continuidade de sua existência. O conceito de desenvolvimento integral implica em uma ligação estreita entre cada indivíduo e seu ambiente familiar e social, fortalecendo as redes de cuidado e proteção social da criança e afastando-a de qualquer forma de violação de direitos (Brasil, 2018).

## 2 JUSTIFICATIVA

A evolução da espécie humana se deve principalmente à acumulação de conhecimentos intuitivos e práticos desenvolvidos pelos próprios humanos, que possibilitaram sua sobrevivência ao longo do tempo. Esse processo seletivo de saberes, desde o início da interação com a natureza, foi transmitido às gerações seguintes (Córdula e Nascimento, 2018).

Assim sendo, no desenvolvimento de suas diversas atividades, os indivíduos pertencentes às comunidades ribeirinhas concretizam a dinâmica das interações entre sociedade e natureza. O ambiente natural se faz presente em suas referências ao rio, à floresta, às áreas de cultivo e em outras representações figurativas. Estas comunidades constroem, inserem-se e apropriam-se de seus contextos ambientais, orientando-se por saberes acumulados e moldados por meio de significados simbólicos. Os ribeirinhos carregam consigo os conhecimentos, imaginações e representações inerentes às suas práticas diárias (Oliveira, 2018).

As práticas de saúde de caráter popular tornam-se discerníveis em virtude da busca por modalidades de tratamento e prevenção de doenças que se distanciam das abordagens usuais da medicina convencional. A medicina popular, também denotada como medicina tradicional ou medicina do povo, pode ser definida como um conjunto de práticas relacionadas ao processo saúde-doença que ocorre de maneira independente em relação ao domínio da medicina institucionalizada. Cumpre ressaltar que, caso essas práticas não oferecessem algum grau de eficácia, já teriam sido descontinuadas em favor de outras formas de tratamento (Cartana e Heck, 1997; Rocha et., 2021; Carvalho, 2021).

Segundo informações fornecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na República Popular da China, aproximadamente 40% dos cuidados de saúde no país são atribuídos a práticas não convencionais. Na África, cerca de 80% da população recorre a terapias tradicionais para atender às suas necessidades de saúde. De maneira semelhante, na América Latina, a população, devido a fatores históricos e culturais, recorre a crenças espirituais, tratamentos à base de plantas e minerais, técnicas manuais e outras abordagens de cuidados de saúde. Essa realidade também se faz presente em nações desenvolvidas como os

Estados Unidos da América (EUA), Canadá, Austrália e Reino Unido (OMS, 2013; OPAS, 2023).

No contexto das práticas populares, é evidente que um dos grupos mais suscetíveis a essas influências são as crianças, as quais ocupam uma posição de grande relevância. Tal destaque decorre do fato de que, nos primeiros anos de vida, elas se encontram intrinsecamente ligadas a um cuidador, geralmente representado pela mãe ou outra figura responsável. É necessário reconhecer a extensão do uso dessas práticas no cotidiano da assistência à criança, uma vez que essa dependência é notória (Iganus, 2022).

Nesse contexto, emergem considerações sobre a importância de reconhecer e entender as práticas empregadas pelas famílias, muitas vezes arraigadas na rotina de cuidados infantis. Nesse cenário, torna-se cada vez mais evidente a necessidade de promover o compartilhamento de abordagens alternativas entre profissionais da saúde e os membros familiares envolvidos no cuidado infantil. Este desafio, que envolve a integração das práticas populares com os protocolos de assistência, assume particular relevância na busca pela integralidade da assistência durante essa fase crucial da vida da criança (Arabiat et al. 2019; Takemoto; Zarpelon; Rossetto, 2019).

Reconhecer e compreender essas práticas favorece a interação entre o conhecimento do enfermeiro e o saber familiar, promovendo uma negociação para uma conduta mais adequada às necessidades da criança, sem causar danos. Além disso, auxilia na ampliação do entendimento sobre as práticas populares, facilitando a integração dessas abordagens na assistência infantil.

Para dar clareza ao estudo, formulou-se o seguinte objeto de estudo, derivado da práxis profissional: Quais saberes que norteiam as práticas de cuidado da criança, menor de 05 anos nas comunidades ribeirinhas. Deste modo, fundamentado no que foi previamente exposto, este estudo visa responder as seguintes questões norteadoras:

1) Como se dá o processo de cuidado nas comunidades ribeirinhas?

2) Quais recursos precisam ser utilizados na prática de cuidado?

3) Como os saberes que norteiam o processo de cuidado se materializam no discurso das mães?

4) Quais elementos da cultura local são incorporados no processo de cuidado da criança?

## 3 OBJETIVOS

Analisar os saberes e práticas das mulheres que orientam o processo de cuidado a saúde das crianças menores de 5 anos em uma comunidade ribeirinha da Amazônia.

### 3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as experiências vivenciadas acerca do cuidado a saúde das crianças menores de 05 anos;
- Descrever os valores culturais das mulheres que norteiam o processo de cuidados;
- Analisar como os saberes constituídos das mulheres orientam a prática de cuidado de crianças menores de 05 anos.

## 4 HIPÓTESE DE PESQUISA

A hipótese desta pesquisa fundamenta-se na premissa de que as mães e/ou mulheres ribeirinha utilizam um conjunto de saberes tradicionais e práticas culturais específicas que contribuem significativamente para a promoção da saúde e bem estar das crianças de 0 a 5 anos de suas comunidades.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Com objetivo de melhor desenhar o objeto de estudo dessa pesquisa realizou-se uma revisão integrativa da literatura para analisar as evidências científicas, disponíveis na literatura sobre os saberes e práticas populares utilizados no cuidado da criança. Convém ressaltar, que para maior abrangência dos estudos, não foi utilizado recorte temporal das publicações afim de abranger uma maior quantidade de documentos para serem analisados.

Para o delineamento da pesquisa utilizou-se a estratégia PICo formadas pelos acrônimos (P: paciente/população; I: interesse; Co: contexto) para a formulação da questão norteadora: Como se apresenta a produção cientifica acerca dos saberes e as práticas que norteiam as mães no cuidado da criança?

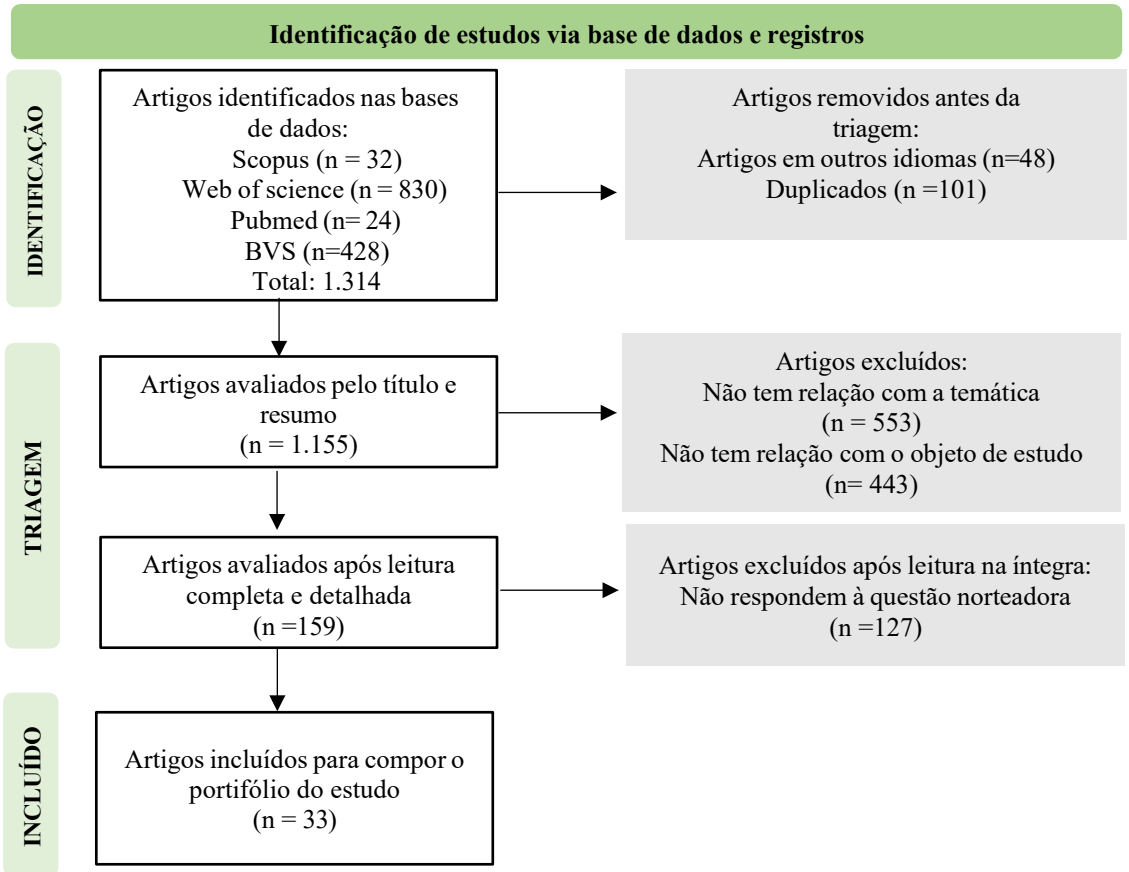
Dessa forma, a pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Scopus, Pubmed e Web of Science no mês de setembro de 2023. A busca ocorreu por meio do portal Periódico CAPES, pelo acesso institucional da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

A pesquisa nas bases de dados foi orientada pela utilização da combinação de descritores reconhecidos na plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), com emprego dos

operadores *booleanos* AND e OR. Desse modo, o *string* de busca foi: *(Mothers **OR** Woman) **AND** "Medicine, traditional" **AND** "Chil care"*. Com o intuito de mapear a maior quantidade de documentos não foi utilizado recorte temporal.

No entanto, para delimitação da inclusão dos estudos foram aplicados o filtro de idioma (inglês/português/espanhol) e posteriormente, foram identificados 1.314 estudos, que foram transferidas para o Rayyan® a fim de facilitar o processo de leitura e a primeira triagem. Desse modo, a reepresentação dos dados é demonstrada através do diagrama PRISMA (*Preferred Reportina Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*) presente na Figura 1 (Galvão; Pansani, 2015).

**Figura 1** - Fluxograma PRISMA.




**Fonte:** PRISMA adaptado, 2015.

A compilação dos artigos trabalhados para embasar a presente investigação encontra-se delineada no APÊNDICE A. Através da análise, emergiu a categorização em 3 conjuntos distintos, caracterizados pelas seguintes temáticas: 1) Uso das Práticas Culturais em Saúde, 2) A transgeracionalidade da cultura no cuidado materno, 3) A utilização do setor popular como alternativa para consultas.

## 1) USO DAS PRÁTICAS CULTURAIS EM SAÚDE

As práticas populares encontradas geralmente estão relacionadas ao uso de remédios populares, utilização de chás e ervas, crenças e superstições relação ao cuidado da criança, além da procura de cuidado por benzedeiras, puxadores, parteiras. A utilização de saberes populares e tradicionais no cuidado à criança inicia-se a partir da concepção, mas se configura imediatamente após o nascimento. Quando uma criança é totalmente dependente, necessitando de cuidados que geralmente fornecidos pela mãe (Tomeleri e Marcon, 2009; Rocha et al. 2021).

Desta forma, muitas situações de intercorrência, as mães recorrem a cuidados populares em vez de procurar assistência médica. Mesmo quando há a procura de ajuda profissional, ainda se utiliza o conhecimento popular em paralelo. Apesar do avanço tecnológico, os recursos populares continuam sendo valorizados, às vezes sobrepondo-se ao conhecimento científico no cuidado à saúde da criança. Isso ocorre devido a valores culturais, familiares e à situação socioeconômica vulnerável que influenciam a escolha dessas práticas no cotidiano do cuidado infantil (Takemoto; Zarpelon; Rossetto, 2019).

A utilização de xaropes, muitas vezes referidos como "garrafadas", "xaropes naturais" ou "lambedores" pelas mães, é uma prática comum que envolve a preparação ou aquisição de substâncias líquidas obtidas a partir de ingredientes como açúcar, mel, limão, associados a diversas ervas e vegetais. Esses xaropes podem ser produzidos manualmente ou adquiridos comercialmente em pequenas embalagens e garrafas específicas, categorizadas como xaropes medicinais. São empregados com o propósito de aliviar sintomas como cólicas, febre e tosse (Tomeleri e Marcon, 2009; Lemos, 2016; Thairu e Pelto, 2008; Matsuyama, 2013; Webair e Ghouth, 2014).

Outra prática amplamente documentada pelos autores é a utilização de ervas para banhos ou na preparação de infusões e decocções, que são frequentemente empregadas como recurso terapêutico. O uso de chás é frequentemente considerado como a primeira opção de tratamento e, em muitos casos, é administrado concomitantemente com outros medicamentos, embora essa abordagem possa variar de acordo com a preferência de cada mãe. Os chás são utilizados para tratar diversas condições de saúde, incluindo soluços, gripes, dores abdominais, febre e o alívio de desconfortos gastrointestinais (Rocha et al. 2021; Lemos et al. 2016; Costa et al. 2013; Takemoto; Zarpelon; Rossetto, 2019).

Além disso, os autores destacam o emprego de chás no contexto da saúde dos recém-nascidos, onde essas infusões são frequentemente utilizadas para prevenir cólicas, melhorar o sono, acalmar o bebê e auxiliar no processo de digestão. Essa prática ilustra a importância do conhecimento tradicional no cuidado infantil, no qual as infusões à base de ervas desempenham

um papel significativo, muitas vezes complementando abordagens médicas convencionais (Rocha et al. 2021; Lemos et al. 2016; Costa et al. 2013; Takemoto; Zarpelon; Rossetto, 2019).

Ao examinar a origem das doenças infantis relatadas pelas mães, observaram-se certos problemas de saúde que, de acordo com as próprias mães, têm uma etiologia mística. Esse tipo de enfermidade é frequentemente definido por alguns estudiosos como uma "doença cultural" e é comumente observado em contextos não industrializados. Alguns dos sintomas associados a tais doenças culturais incluem o fenômeno conhecido como "olho animal maligno", caracterizado por manifestações como sonolência, recusa alimentar e dor na boca da criança. Geralmente, esse quadro é atribuído à crença de mau-olhado causado por alguma entidade maligna (Lima et al. 2017; Gallagher e Rehm, 2012).

Muitas mães têm a crença de que o fenômeno conhecido como "mau-olhado" pode influenciar o padrão de sono de crianças em idade pré-escolar. O "mau-olhado" é conceituado como a ação de indivíduos que, ao olhar para crianças, supostamente transmitem uma carga energética negativa. Em decorrência desse processo, o organismo das crianças não é capaz de equilibrar adequadamente essa excessiva energia, o que resulta em dificuldades de descanso e sono. Por vezes, esse estado é acompanhado por um aumento na temperatura corporal, atribuído à ideia de que a pessoa que emanou essa energia negativa roubou o repouso das crianças, causando assim o aquecimento de seus corpos (Lima et al. 2017; Gallagher e Rehm, 2012).

Frente a uma dessas condições de saúde, a única forma de tratamento, conforme a crença local, é a realização de uma prece efetuada por um "benzedor". O ato de benzer foi e continua sendo uma prática de cura amplamente disseminada e socialmente reconhecida, notadamente no que concerne ao cuidado infantil. Para algumas mães, tais enfermidades não encontram tratamento na medicina convencional. Na comunidade em questão, existe um contingente de indivíduos com especialização em práticas de cura popular, estas práticas de cura são comumente associadas a raizeiras, parteiras, bem como a "desmentidura" - praticantes de quiropraxia popular dedicados ao tratamento de deslocamentos ósseos - e benzedores (Tomeleri e Marcon, 2008; Rocha et al. 2021; Lima et al. 2017; Costa et al. 2013; Takemoto; Zarpelon; Rossetto, 2019; Peltzer; Phaswana-Mafuya; Treger, 2009; Newbrandera et al. 2014).

## 2) A INTERGERACIONALIDADE DA CULTURA NO CUIDADO MATERNO

A cultura nos é transmitida desde o momento em que nascemos. Com o passar do tempo, nosso modo de ser e agir se amolda aos valores, crenças e costumes do meio em que vivemos, tornando-nos seres singulares, com necessidades diferentes, porem sob a influência do contexto cultural. Desta forma, é possível afirmar que, em certo aspecto, o ser humano é

resultado do meio cultural onde foi criado, sendo herdeiro e transmissor do conhecimento e das experiências adquiridas pelas gerações que o antecederam (Tomeleri e Marcon, 2008; Newbrandera et al. 2014; Dougherty et al. 2020; Webair e Ghouth, 2014).

Os valores e crenças culturais sustentam o conhecimento das mães sobre saúde e ajudam a motivar o seu processo de tomada de decisão sobre o tratamento. No entanto, como a cultura é uma propriedade coletiva e não uma característica individual, pode ser difícil associar variáveis culturais a medidas de resultados de saúde e bem-estar. A análise dos valores culturais que envolvem o cuidado materno, com utilização de práticas populares de cura e plantas medicinais, enfatiza a necessidade de identificar as dimensões da estrutura cultural e social. Visto que essas práticas de cuidado em saúde não podem ser analisadas separadamente, pois os aspectos sociais e culturais, especialmente a sua organização social, religiosa, política e econômica, estão constantemente envolvidos no processo de cuidado e cura (Miller, 2011; Lima et al. 2017; Lemos et al. 2016, Jarrah e Bond, 2007).

Destaca-se, dessa forma, a intergeracionalidade na transmissão de conhecimentos no núcleo familiar, é quando as mães na busca de práticas satisfatórias de cuidado, adquirem saberes, experiências e conhecimentos com as pessoas de seu convívio. Assim, as práticas de cuidado são transmitidas entre gerações, especialmente entre as mulheres, de mãe para filha, cujo significado contribui para manter vivos os costumes e tradições femininas. Durante a maternidade tais práticas são repletas de símbolos e significados, e ambos têm como objetivo comunicar ou expressar a percepção de saúde de doenças e papéis sociais a serem definidos ou redefinido (Premij et al. 2014; Tomeleri e Marcon, 2008; Costa et al. 2013; Rocha et al. 2021).

Nesse contexto, é comum que as mães, que desempenham um papel central nos cuidados infantis, reconheçam a importância de adquirir conhecimento e experiência por meio das interações com pessoas que acompanham suas orientações e conselhos, muitas vezes vindos de parentes, vizinhos ou outros membros da comunidade que são consideradas fontes confiáveis de assistência infantil devido à sua proximidade e experiência prática. Assim, os saberes populares continuam a desenvolver um papel significativo em diversas facetas do cuidado infantil, abordando as necessidades imediatas das crianças e fortalecendo-se na comunidade (Costa et al. 2013; Matsuyama, 2013; Memon, 2019; Hill, 2003).

## 3) A UTILIZAÇÃO DO SETOR POPULAR COMO ALTERNATIVA PARA CONSULTAS

Historicamente, o uso de remédios populares tem sido associado à falta de acesso a cuidados de saúde e o uso atual desses remédios é atribuído ao fato de que os pacientes os consideram eficazes e ao fato de estas tradições serem passaram de geração em geração e

tornaram-se parte da cultura. Há uma falta desproporcional de acesso a serviço de saúde de classes socioeconômicas mais baixas. Os remédios populares são confiáveis nesses grupos, geralmente sem o conhecimento dos médicos, para isso, os autores apontam que os profissionais de saúde estejam cientes do uso desses remédios e práticas, para negociar de forma mais eficaz com as famílias os planos de tratamento que são clinicamente seguros, eficazes e culturalmente aceitáveis (Lemos et al. 2016; Mchome et al. 2019; Buser et al. 2020).

Considerando que a utilização de práticas tradicionais e populares por parte das mães no cuidado infantil é, em algumas situações, motivada pela indisponibilidade de unidades de saúde próximas, restrições financeiras ou falta de meios de transporte para acessar um centro de assistência médica, observa-se que a questão transcende o mero contexto cultural das mães. Em vez disso, ela está intrinsecamente relacionada à capacidade de acesso às instalações de saúde e às barreiras enfrentadas por essas mães quando buscam assistência médica. Por exemplo, em clínicas localizadas em áreas remotas, longos períodos de espera e custos associados à obtenção de cuidados médicos frequentemente desestimulam a maioria das mães de buscar esse tipo de assistência quando necessário (Newbrandera et al. 2014; Turner et al. 2017; Premij et al. 2014; Peltzer; Phaswana-Mafuya; Treger, 2009; Aynalem; Melesse; Bitewa, 2023).

Reveste-se de relevância fundamental, a compreensão dessas crenças e práticas pelos os profissionais de saúde, notadamente quando se almeja proporcionar cuidados sensíveis. É importante salientar que muitas dessas práticas divergem substancialmente do conhecimento científico estabelecido, e tais disparidades podem contribuir para mal-entendidos que porventura resultem na prestação de cuidados insensíveis por parte dos profissionais de saúde. O domínio das crenças e práticas culturais constitui, assim, um recurso valioso para os profissionais de saúde, uma vez que essa apreensão possibilita uma abordagem mais eficaz, favorecendo a oferta de serviços de saúde infantil culturalmente adequados (Liamputtong, 2002; Takemoto; Zarpelon; Rossetto, 2019; Memon, 2019).

Quando se aborda a enfermagem, constata-se que as ações voltadas para a promoção da saúde, as quais buscam integrar conhecimentos populares e científicos, ainda são implementadas de maneira restrita, sobretudo no contexto da saúde infantil. Para garantir uma atenção humanizada e individualizada à criança, pautada na promoção da saúde e na abordagem integral, é imprescindível reconhecer que a educação e a cultura não podem ser dissociadas do contexto que envolve mãe e filho. Torna-se essencial compreender e respeitar as suas formas de vida, bem como aproveitar o conhecimento advindo do ambiente onde residem, a fim de oferecer um cuidado mais efetivo às crianças. Nesse sentido, a utilização de estratégias de

educação em saúde deve ser alinhada com a realidade das respectivas comunidades. Logo, a prática do enfermeiro deve ser constantemente permeada por reflexões, de modo a promover transformações benéficas (Arabiat et al. 2019; Tomeleri e Marcon, 2008; Iganus et al. 2022).

Conferir visibilidade a práticas de cuidado não hegemônicas não implica em excluir a abordagem biomédica segundo os autores, mas sim em transcender a perspectiva da "cultura do cuidado" para se adentrar no domínio do "cuidado cultural". Isso pressupõe o respeito pelas diversidades e o reconhecimento do pluralismo terapêutico, bem como a valorização da riqueza de significados subjacente a essas práticas. Tendo como objetivo promover uma abertura ao encontro, adotando uma abordagem de cuidado culturalmente apropriada (Rocha et al. 2021; Buser et al. 2020).

## 6 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o objetivo de fundamentar teoricamente as reflexões acerca dos saberes e das práticas culturais de cuidado, optou-se por ancorar a análise nos princípios do pensamento de Paulo Freire, estabelecendo a inter-relação entre cuidado e cultura e examinando as condições socioculturais que orientam sua materialização. A escolha desse referencial teórico justifica-se pelo caráter universal e internacionalista da obra freireana, cuja aplicabilidade transcende fronteiras geográficas e se adapta a distintos contextos sociais, possibilitando uma compreensão crítica e abrangente das dinâmicas do cuidado.

Freire se destaca, primordialmente, como educador, e é a partir dessa perspectiva que formula uma concepção humanista e emancipatória de educação. Sua abordagem, alicerçada na educação como prática de liberdade, valoriza o diálogo como instrumento central para a conscientização e transformação social, ao passo que reconhece o conflito como elemento constitutivo das relações humanas. No campo do cuidado à saúde infantil, especialmente no contexto das comunidades ribeirinhas, essa perspectiva permite uma análise aprofundada das interações entre os saberes tradicionais e os conhecimentos científicos, superando modelos hierárquicos e promovendo uma abordagem integradora e dialógica.

Inicialmente, destaca-se o conceito de opressão formulado por Freire (1987), compreendido como a recusa da humanidade do outro, sustentada por uma lógica desumanizante que silencia, marginaliza e priva os sujeitos da possibilidade de assumirem o protagonismo de suas histórias. Nas comunidades ribeirinhas da Amazônia, essa opressão manifesta-se de forma particularmente intensa, materializando-se em diversas esferas. Uma das mais evidentes refere-se à fragilidade estrutural no acesso aos serviços de saúde, refletindo a

negligência do Estado e a ineficácia das políticas públicas frente às especificidades dessas populações.

A ausência de unidades básicas de saúde, a complexidade dos deslocamentos fluviais, a intermitência nos atendimentos médicos e a escassez de profissionais qualificados e culturalmente sensíveis compõem um cenário de negligência institucionalizada. Trata-se, portanto, de uma opressão estrutural e sistêmica que compromete diretamente direitos fundamentais, como o acesso à saúde e, em última instância, à própria vida.

Paralelamente à dimensão estrutural, evidencia-se outro aspecto relevante da opressão: a deslegitimação dos saberes tradicionais e populares acerca do cuidado. A hegemonia do paradigma biomédico, orientado por uma racionalidade técnico-científica de base ocidental, frequentemente relega práticas ancestrais como o uso de plantas medicinais, os conhecimentos de parteiras, benzedeiras e curandeiras a um segundo plano. Esse processo de ocultação e subordinação configura uma forma de violência epistêmica, na medida em que nega a validade dos conhecimentos historicamente produzidos e transmitidos por sujeitos marginalizados dos circuitos formais de saber.

Na perspectiva freireana, todo saber é legítimo e deve ser valorizado no processo dialógico e horizontal de construção do conhecimento. Assim, quando o saber científico é imposto de maneira autoritária, sem considerar os contextos socioculturais dos sujeitos envolvidos, ele perde seu potencial emancipatório e converte-se em instrumento de dominação (Freire, 1987).

A pedagogia do oprimido, concebida por Freire, fundamenta-se na escuta ativa, no diálogo e na consciência crítica como caminhos para a superação das injustiças sociais. Transpor essa abordagem para o campo da saúde implica reconhecer o valor dos saberes tradicionais e considerar as comunidades ribeirinhas como protagonistas na elaboração de estratégias de cuidado que estejam em consonância com suas realidades.

Freire (1970) propõe a educação dialógica como um processo de troca entre sujeitos, sustentado pelo respeito mútuo e pela valorização dos saberes populares. No contexto do cuidado infantil, essa abordagem pode ser aplicada às interações entre profissionais de saúde e cuidadores, promovendo uma comunicação horizontalizada, na qual o conhecimento das famílias é reconhecido como parte essencial do processo de cuidado.

Frequentemente, as práticas de cuidado em saúde infantil se estruturam a partir de uma lógica vertical, na qual os profissionais assumem uma posição de autoridade. No entanto, a abordagem freireana propõe uma inversão desse modelo, valorizando a escuta ativa e o diálogo

como ferramentas para que os cuidadores desenvolvam consciência crítica sobre as condições de saúde e as formas mais adequadas de atendimento às crianças.

Para Freire (1996), a cultura é o ponto de partida para a construção de um diálogo significativo com a realidade, permitindo que os sujeitos apreendam criticamente os saberes presentes no imaginário coletivo. A cultura, portanto, deve estar intrinsecamente vinculada à experiência de vida das pessoas. Ainda que sua formação derive da vivência individual, ela se desenvolve historicamente, de maneira coletiva. Dessa forma, o conhecimento não emerge de maneira isolada, mas por meio da articulação dialética entre teoria e prática, na qual o senso comum e a experiência inicial atuam como base para a elaboração de um saber mais crítico e consciente.

A conscientização acerca do contexto social, político e histórico em que os sujeitos estão inseridos constitui um aspecto fundamental no processo educativo e na transformação da realidade. As comunidades, enquanto sujeitos sócio-histórico-culturais, detêm saberes próprios e preservam a memória de suas trajetórias. Reconhecer essa participação ativa na construção da história fortalece a autonomia e possibilita a formação de uma perspectiva crítica, essencial para a superação das desigualdades e para a reivindicação de direitos (Freire, 2005).

Sob essa ótica, o diálogo configura-se como instrumento privilegiado na construção do conhecimento e na emancipação dos sujeitos. Diferentemente da transmissão unidirecional de informações, o diálogo é concebido como um processo bidirecional, em que todos os participantes compartilham experiências, reflexões e saberes de modo ativo e crítico. No contexto comunitário, essa abordagem reforça os vínculos entre os integrantes, favorecendo a troca de saberes e a construção coletiva de soluções para os desafios enfrentados (Freire, 1970).

Freire (1970) enfatiza que o diálogo ultrapassa a simples troca verbal, constituindo-se como uma prática alicerçada no amor, na humildade e no compromisso com a transformação social. Parte do reconhecimento da dignidade e do saber de cada indivíduo, independentemente de sua formação acadêmica ou posição social. Nesse intercâmbio de vivências, cada opinião é relevante e o saber se transforma em um processo colaborativo, capaz de confrontar estruturas opressoras e fomentar a conscientização.

Para que o diálogo se efetive como prática emancipadora, é necessário que os sujeitos se reconheçam como iguais, estabelecendo uma relação de simetria que permita a troca de sentimentos, expectativas e necessidades. Para tanto, alguns elementos são indispensáveis à sua existência: amor, fé, confiança, humildade, esperança e criticidade. Adicionalmente, há elementos que, embora não sejam constitutivos do diálogo, manifestam-se em sua prática,

estando diretamente relacionados à sua concretização: a práxis e a pronúncia (Galli & Braga, 2017).

O amor, concebido por Freire como um compromisso autêntico com o mundo e com o outro, desempenha papel central na construção do vínculo no cuidado em saúde. A afetividade, nesse contexto, legitima a relação entre profissional e cuidador, facilitando a assimilação de orientações e práticas. Quando as mães percebem respeito por seus saberes e uma atitude dialógica por parte dos profissionais, há maior receptividade às intervenções propostas. A educação em saúde, então, ultrapassa a mera transmissão de informações e se constitui como prática relacional, baseada no reconhecimento mútuo e na empatia (Galli & Braga, 2017).

A confiança, por sua vez, emerge como base fundamental do diálogo, pois, sem ela, não há relações genuínas nem possibilidade de transformação. Ao reconhecer que o mundo pode ser interpretado de diversas formas e que é passível de mudança, os sujeitos passam a desenvolver pensamento crítico, condição essencial para sua emancipação (Freire, 2003).

A práxis, conceito-chave na pedagogia freireana, representa a inseparabilidade entre ação e reflexão, entre dizer e fazer. No campo da saúde, especialmente no cuidado à primeira infância, essa coerência entre discurso e prática é fundamental. O cuidado não pode ser reduzido a procedimentos técnicos, mas deve emergir do encontro entre diferentes saberes (científicos, populares e vivenciais). Quando os profissionais de saúde acolhem e integram os saberes das famílias ao processo de cuidado, o diálogo se concretiza de forma plena. Contudo, a ausência dessa coerência rompe os vínculos estabelecidos e compromete a legitimidade do cuidado compartilhado (Anjos; Barros; Rodrigues, 2021).

Assim, ao reconhecer a práxis como categoria central, compreende-se que o cuidado na infância está permeado por relações de poder, disputas simbólicas e constantes negociações. O diálogo, nesse sentido, não é um fim, mas um movimento ético-político que exige escuta, presença e compromisso com a transformação das práticas.

De acordo com a perspectiva freireana, a simetria no diálogo não implica a ausência de desigualdades sociais ou estruturais, mas sugere a superação dessas disparidades através do reconhecimento e da valorização das experiências e conhecimentos dos indivíduos participantes. Desconsiderar tais assimetrias resulta na manutenção de relações de dominação, o que prejudica a constituição de uma consciência crítica nas famílias e torna mais difícil o seu protagonismo nos processos de cuidado à saúde dos filhos (Freire, 2011).

Portanto, na educação libertadora proposta por Freire, os sujeitos são convocados a refletir sobre o mundo em que vivem, compreendendo os valores culturais que orientam suas

práticas cotidianas, especialmente no que tange ao cuidado. Essa reflexão, mediada pelo diálogo, favorece o intercâmbio de saberes e o desenvolvimento de uma consciência crítica, condição necessária para que os indivíduos se tornem autores de sua própria história. Dessa maneira, a aplicação dos princípios freireanos como a dialogicidade, o humanismo, a valorização da cultura, a conscientização e a transformação revela-se fundamental para a construção de abordagens de cuidado em saúde mais sensíveis, integradoras e eficazes (Freire, 2017).

## 7 MÉTODOS

### 7. 1 MÉTODO

O presente estudo adota o Método Criativo e Sensível (MCS), criado por Cabral no ano de 1999. É importante ressaltar que o método em questão demonstra notável diversidade na geração de conhecimento, a qual é intrínseca às dinâmicas de criatividade e sensibilidade empregadas no âmbito do Método Criativo-Sensível. Essa abordagem é fundamentada na intersecção entre o senso comum e o conhecimento científico, conferindo-lhe uma dimensão singular e enriquecedora.

O MCS destaca a importância da participação ativa dos indivíduos na busca pela construção coletiva do conhecimento. Ele promove a integração entre a realidade concreta e a expressão criativa, além de fomentar a criação de um ambiente propício para o diálogo e a dialética entre os membros do grupo. Um aspecto notável desse método é a harmonização entre ciência e arte, espontaneidade e introspecção, criatividade e sensibilidade, bem como entre a realidade concreta e a expressão criativa. Como resultado, a interação grupal cria um espaço enriquecedor que possibilita aos participantes uma compreensão mais abrangente de si mesmos e dos outros, revelando aspectos diversos, como valores, imaginação, cultura, religião e influências familiares (Cabral, 1999).

Nesse sentido, uma diversificada gama de técnicas grupais é empregada, harmonizando-se com elementos de criatividade e sensibilidade. O resultado desse processo desempenha um papel fundamental como alicerce para a condução de reflexões e diálogos em conjunto no âmbito das sessões realizadas. Isso se traduz em uma conjuntura caracterizada pela introspecção e pela manifestação de uma expressão que abraça tanto a criatividade quanto a sensibilidade. Nesse sentido, as dinâmicas que englobam esses atributos propiciam uma liberação parcial dos sentidos que outrora estiveram reprimidos, bem como das palavras que se

mantiveram em silêncio. Nela, os sentidos entram em comunicação e se interconectam, culminando na geração de um conhecimento de caráter coletivo (Cabral, 1999).

Neste método, a diversidade é inerente e viabiliza a incorporação de diversos sistemas simbólicos, nos quais todos os participantes podem codificar e decodificar informações. Entretanto, o que ocorre é a transformação desses códigos por meio do compartilhamento de experiências no contexto coletivo, desencadeando, assim, o processo de decodificação e recodificação, culminando na criação de um novo conjunto de signos (Cabral, 1999).

As experiências de pesquisa que adotam este método proporcionam diversas perspectivas sobre o tema da família, resultantes do encontro de conhecimentos singulares que contribuem para a construção do saber coletivo. Por outro lado, para além de proporcionar uma sobreposição de funções ao pesquisador no decorrer do processo investigativo, isto é, a capacidade de se expressar e escutar o que é de seu interesse e também do interesse da pesquisa, o método demanda a habilidade de atentar para as preocupações do outro (Cabral, 1999).

Além disso, o MCS integra o método de educação de adultos de teor crítico-reflexivo com as dinâmicas de grupo originadas no campo clínico, na psicologia social e no movimento de mulheres. Enfatiza-se que a abordagem criativa e sensível se apresenta como uma trajetória passível de ser percorrida na condução de pesquisas, dentre as diversas abordagens existentes, transcendendo sua simples caracterização como técnica elementar de coleta de informações. A dinâmica sensível incita o indivíduo a superar sua egocentricidade, instigando nos participantes uma gama diversificada de emoções e afetos ao abordarem temáticas que refletem interesses compartilhados (Cabral, 1999).

Com isso, o MCS apoia-se nas bases teóricas do princípio de dialogicidade postulada em Bakhtin e evidenciada nas seis ideias forças do método crítico- reflexivo de Paulo Freire e nas concepções de Barbier, que concebe o indivíduo como um ente simultaneamente social e pessoal, cuja subjetividade encontra expressão no âmbito coletivo, mais precisamente na esfera da intersubjetividade. Essas duas abordagens culminaram na formulação de um procedimento metodológico que incorpora a apreensão das emoções e sensações intrínsecas ao indivíduo ao longo do processo investigativo, acompanhada pela configuração de um ambiente propício à transição do ser humano de um estado passivo, enquanto objeto de estudo, para um estado ativo, na qualidade de sujeito, por meio de um exercício reflexivo crítico. Tal transição resulta, consequentemente, na capacidade de intervir de forma significativa em sua própria realidade (Cabral, 1999).

Ademais, de acordo com Minayo (1993) a fundamentação metodológica do MCS tem suas bases fundadas na triangulação de dados através das discussões de grupo, observação

participante, e dinâmicas de criatividade e sensibilidade/produção artística. A síntese dessas perspectivas proporciona a base conceitual trilhada por Cabral na formulação e definição do Método Criativo Sensível, que orientará o percurso desta pesquisa.

## 7. 2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva. A abordagem qualitativa está enraizada na interpretação de uma dada realidade humana em sua totalidade e não em sua quantificação, em que é concebido o homem como sujeito/ator, além de permitir a aproximação do pesquisador de seus sujeitos e do objeto teórico. A pesquisa qualitativa pode ser operacionalizada a partir de métodos que permitem a inserção do pesquisador no contexto a ser investigado (Carvalho e Rocha, 2008; Souza e Kerbauy, 2017).

A pesquisa descritiva visa, primordialmente, a descrição minuciosa das características inerentes a uma população ou fenômeno específico, bem como a estabelecer relações entre as variáveis relevantes. É vasto o número de estudos que pode ser categorizado sob essa denominação, e uma de suas características preeminentes reside na aplicação sistemática de técnicas padronizadas para a coleta de dados (Gil, 1994).

## 7.3 LÓCUS DA PESQUISA

Neste tópico é realizada a caracterização da comunidade, identificando aspectos históricos de formação desta e principais aspectos da vida cotidiana, como ocupações e eventos culturais. A presente pesquisa foi realizada na comunidade do Tapará Grande. Essa comunidade de várzea tem aproximadamente 5.000m², encontra-se a cerca de 35km em linha reta da cidade de Santarém. Situada na margem direita do Rio Tapará (com o sentido referente à sua foz), como mostrado na Figura 2 (Priante, 2016).

**Figura 2** - Comunidade do Tapará Grande.



**Fonte:** autora, 2024.

Os meios de acesso à comunidade compreendem balsas destinadas ao transporte de cargas e passageiros, com horários de partida de Santarém às 07 horas e retorno agendado para as 20 horas. O tempo estimado para a realização do percurso é de aproximadamente 2 horas e 30 minutos. Adicionalmente, um barco de transporte de passageiros e cargas opera uma linha diária, partindo de Santarém ao meio-dia e retornando às 6 horas da manhã do dia subsequente. Este barco, responsável pelo embarque e desembarque de cargas e passageiros durante todo o trajeto, efetua o percurso em 3 horas e 30 minutos, sujeito a variações em função das condições climáticas (Priante, 2016).

Existem, adicionalmente, duas lanchas regulares que operam entre a cidade de Santarém e a comunidade do Tapará Grande, incluindo portos intermediários, de segunda a sexta-feira. Os horários de partida da comunidade são às 04h45, 08h45 e 14h30, enquanto os horários de saída de Santarém ocorrem às 07h, 12h e 16h. O trajeto da embarcação possui uma duração aproximada de 1 hora e 30 minutos.

Não há registros documentais acerca da fundação da comunidade, entretanto, relatos dos moradores indicam que a área era originalmente habitada por indígenas, que denominavam a região como "Tapera", originando assim o nome atual. Outros primeiros habitantes foram os partidários revolucionários do período da Cabanagem, que, após sua derrota, se refugiaram em áreas distantes da Capital Grão-Pará. Subsequentemente, a região recebeu novos imigrantes, provenientes tanto do nordeste brasileiro quanto de Portugal. Entre esses, alguns eram proprietários de escravos, enquanto outros se dedicavam à agricultura, cultivando mandioca, juta e cacau em uma localidade denominada "restinga do Cacoal", situada entre o lago do Pucu e o rio Tapará (Priante, 2016).

A pesca, inicialmente uma atividade praticada com foco na subsistência, evoluiu ao longo do tempo. O primeiro comerciante da região adquiria seus insumos por meio dos "regatões", nomenclatura atribuída aos navios e barcos que comercializavam produtos na área, conforme era comum entre os comerciantes da várzea. A década de 1950 testemunhou uma intensificação na criação de gado, impulsionada pelo apoio governamental, que enviava veterinários para a vacinação do rebanho. A economia local gira em torna da pesca e da agricultura (Priante, 2016).

No que concerne às questões de saúde, os residentes da comunidade frequentemente utilizam medicamentos farmacêuticos, sendo observada a prática recorrente da associação destes com remédios caseiros, para finalidades diversas. Entre os métodos caseiros mais frequentemente mencionados na unidade de saúde, destaca-se o emprego de xaropes caseiros, notadamente aqueles que contêm mel de abelha. A comunidade local também faz uso regular de recursos como a banha de "sicurijú", uma espécie nativa da região amazônica amplamente reconhecida por suas propriedades medicinais, bem como a banha de cupuaçu e a banha de galinha. Outra prática comum envolve a busca por "puxadores", profissionais dotados de uma suposta habilidade especial, incumbidos de abordar questões relacionadas a lesões ósseas, musculares e nervosas.

O serviço de assistência à saúde na Unidade de Saúde na comunidade do Tapará Grande presta atendimento a outras 12 comunidades, é caracterizado por uma equipe composta por 01 médico, 03 enfermeiros, 04 técnicos de enfermagem e 07 agentes comunitários de saúde. A comunidade abriga uma população de 523 indivíduos, distribuídos em 228 famílias, incluindo 14 crianças com idades entre 0 e 5 anos. Os serviços de saúde são oferecidos de segunda a sexta-feira, sem interrupção para o almoço. Dentre as atividades realizadas, destacam-se as consultas de enfermagem e médicas.

A unidade de saúde está organizada em nove compartimentos, compreendendo a entrada principal, que marca o início do fluxo de atendimento e abriga a área de triagem. Posteriormente, os clientes percorrem um corredor que conduz às salas de atendimento, incluindo o consultório de enfermagem, consultório médico, sala de dispensação de medicamentos e sala de curativos. Adicionalmente, a unidade possui duas instalações sanitárias, uma cozinha e um depósito.

O acesso à unidade de saúde pode ser efetuado a pé por aqueles residentes em proximidade, ou através de "rabetas", meio de locomoção predominantemente utilizado pela comunidade para chegar ao centro de saúde, como mostrado nas Figuras 3 e 4.

**Figura 3** – Embarcações atracadas**.**



**Fonte:** autora, 2024**.**

**Figura 4** – Chegada da população.



**Fonte:** autora, 2024.

## 7.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram desse estudo mães de crianças de até 5 anos, que residem na comunidade do Tapará Grande , vinculadas a Unidade Básica da comunidade e que estiveram presentes no local no dia da coleta de dados. Fizeram partem do estudo aquelas que se denominavam ribeirinhas moradoras do lugar e aquelas remanescentes de outras comunidades que agora residem ali, constituindo uma amostra cultural e socioeconomicamente homogênea.

Ao total participaram 6 mães que apresentaram os seguintes critérios de inclusão: serem mães e/ou cuidadoras de crianças de até 5 anos, residir na comunidade do Tapará Grande e que eram vinculadas a Unidade Básica de Saúde, com idade acima de 18 anos. Foram excluídas as participantes que apresentavam dificuldade cognitiva e de entendimento que pudessem comprometer os preceitos éticos, e aquelas que não estiveram presentes na comunidade no momento da coleta.

Com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre as condições de produção dos discursos, foram coletados e analisados os dados sociodemográficos das participantes da pesquisa, por meio do questionário apresentado no APÊNDICE B. Tal procedimento fundamenta-se na relevância do contexto de vida das interlocutoras para a constituição dos sentidos enunciados. O perfil sociodemográfico das participantes encontra-se descrito no **Quadro 1.**

**Quadro 1.** Caracterização sociodemográfica das participantes deste estudo.

| Id. | Idade | Escolaridade | Ocupação | Grau de parentesco com a criança | Nºde moradores no domicílio | Tipo de domicílio | Descarte do lixo | Consumo de água | Consumo de Luz | Fonte de renda da família | Renda mensal da família |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **M1** | 38 | Ens.Fundamental | Dona de casa. | Mãe. | 5 (1 criança de 0 a 5 anos, 2 crianças com mais de 7 anos e 2 adultos). | Madeira. | Enterrado ou queimado na comunidade. | De poço artesiano, sem tratamento. | Possui luz elétrica da rede pública. | Pesca e benefícios sociais (bolsa família). | R$ 700 |
| **M2** | 24 | Ens Médio completo | Dona de Casa. | Mãe. | 4 (1 criança de 0 a 5 anos, 1 criança com mais de 7 anos e 2 adultos). | Madeira. | Queima. | Microssistema, sem tratamento. | Possui luz elétrica da rede pública. | Trabalho remunerado e benefícios sociais (bolsa família). | R$ 2.000 |
| **M3** | 25 | Ens Médio incompleto | Dona de Casa. | Mãe. | 5 (1 criança de 0 a 5 anos, 2 crianças com mais de 7 anos e 2 adultos). | Madeira. | Queima. | Microssistema, sem tratamento. | Possui luz elétrica da rede pública | Trabalho remunerado e benefícios sociais (bolsa família). | R$ 2.000 |
| **M4** | 26 | Ens Médio incompleto | Agricultura autônoma. | Mãe. | 5 (3 crianças de 0 a 5 anos, 2 adultos). | Madeira | Enterrado ou queimado na comunidade. | De poço artesiano, tratado com hipoclorito de sódio. | Possui luz elétrica da rede pública | Trabalho remunerado e benefícios sociais (bolsa família e aux. Maternidade). | R$ 2.200 |
| **M5** | 25 | Ens Médio completo e curso técnico | Funcionária pública. | Mãe. | 5 (1 criança de 0 a 5 anos e 4 adultos). | Madeira | Enterrado ou queimado na comunidade. | De poço artesiano, tratado com hipoclorito de sódio, filtrada/fervida. | Possui luz elétrica da rede pública | Trabalho remunerado, pesca, venda de artesanato. | R$ 6.000 |
| **M6** | 42 | Nunca frequentou a escola. | Agricultura e Piscicultura. | Mãe. | 2 (1 criança de 0 a 5 anos e 1 adulta). | Madeira | Enterrado ou queimado na comunidade. | De poço artesiano, sem tratamento. | Possui luz elétrica da rede pública | Benefícios sociais (bolsa família). | R$ 750 |

**Fonte:** autora, 2024.

### 7. 4. 1. AMBIENTAÇÃO E APROXIMAÇÃO COM AS PARTICIPANTES

Para iniciar o processo de ambientação no local da pesquisa e, posteriormente, a aproximação com as participantes, foi necessário, em um primeiro momento, submeter o projeto à apreciação da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) do município de Santarém. Após a devida análise, obteve-se o consentimento institucional para a realização da coleta de dados com usuárias dos serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde (UBS) da comunidade Tapará Grande, conforme exposto no ANEXO A. Em seguida, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Pará, sendo aprovado sob o parecer nº 7.008.247 (ANEXO B).

Com a autorização formal obtida, deu-se início ao processo de ambientação na comunidade. O primeiro contato foi estabelecido por meio do aplicativo WhatsApp, com a enfermeira responsável pela UBS local. Na ocasião, apresentei-me brevemente, expliquei os objetivos da pesquisa e manifestei o interesse em estabelecer um vínculo inicial com a equipe de profissionais da unidade de saúde.

Posteriormente, foi agendada a primeira visita à comunidade, durante a qual tive a oportunidade de conhecer a estrutura física da UBS e realizar minha apresentação pessoal e profissional. Na ocasião, fui apresentada à equipe multiprofissional e alinhei com a enfermeira responsável o cronograma das visitas futuras, bem como estratégias para aproximação com as possíveis participantes da pesquisa.

A segunda visita ocorreu durante a realização da campanha de vacinação infantil. Nesse momento, atuei no apoio ao manejo das vacinas e aproveitei a ocasião para me aproximar, inicialmente, das crianças, por meio de brincadeiras e atividades lúdicas, facilitando, de maneira natural, o contato com as mães.

As visitas subsequentes (terceira, quarta e quinta) coincidiram com a permanência do barco-hospital Papa Francisco na comunidade, ancorado junto à UBS, onde eram realizados diversos atendimentos médicos e procedimentos. Durante essa semana, participei ativamente das atividades, colaborando na triagem, manejo e organização dos pacientes. Esse período foi fundamental para o fortalecimento dos vínculos com a comunidade, especialmente com as mulheres, que passaram a me reconhecer como uma figura familiar e acolhedora.

A aproximação com as participantes foi facilitada pelo contato com suas crianças, dada minha facilidade de socialização com o público infantil, o que contribuiu significativamente para que as mães me percebessem como uma pessoa acessível e confiável. A partir dessa

abertura, passei a me apresentar individualmente a cada mulher, explicando minha identidade, os objetivos da pesquisa e convidando-as a participar do estudo.

Após a manifestação de interesse por parte das mães, coletei os contatos telefônicos para estabelecer uma comunicação mais direta. No entanto, essa etapa apresentou desafios, uma vez que muitos dos números fornecidos pertenciam a maridos ou familiares, o que dificultou a obtenção de respostas rápidas e exigiu uma reformulação na abordagem. Assim, realizei duas novas visitas à comunidade com o intuito de retomar o contato.

Nessas visitas adicionais, busquei conhecer melhor a escola local, considerada um espaço central de socialização na comunidade, especialmente por ser um ponto de encontro frequente entre as mães, que costumam aguardar seus filhos durante as aulas. Acompanhei a enfermeira em uma atividade de educação em saúde realizada na escola e, ao final, permaneci no local para dialogar informalmente com as mães. Nessas conversas, foi possível agendar os dias para a realização da coleta de dados, o que se concretizou em mais duas visitas, as quais serão detalhadas na seção destinada à produção de dados.

## 7. 5 DINÂMICAS DE CRIATIVIDADE E SENSIBILIDADE

As dinâmicas que envolvem criatividade e sensibilidade (DCS) constituem o espaço essencial para a geração de dados neste estudo, dados que desempenham um papel central no Método Criativo e Sensível. Para o desenvolvimento deste método, uma variedade de técnicas de abordagem em grupo é empregada, incorporando os elementos da criatividade e sensibilidade. O resultado desse processo coletivo servirá como alicerces fundamentais para as análises e diálogos coletivos subsequentes. Vale ressaltar que a identidade de cada participante é moldada de acordo com seu sistema de valores pessoais, normas de conduta, bagagem cultural, experiências de socialização e influências familiares (Cabral, 1999).

O método de Cabral ressalta a importância das dinâmicas de criatividade e sensibilidade como um ambiente que abrange elementos significativos na pesquisa qualitativa. Dentro desse contexto, notam-se aspectos cruciais, incluindo a integração de diversos dispositivos ou métodos de coleta de dados, o estabelecimento de uma relação dialógica e dialética entre os participantes e o pesquisador, a viabilidade de validar os dados dentro desse espaço dinâmico, e a preservação da singularidade de cada membro do grupo que compartilha suas experiências de maneira colaborativa. Esses elementos desempenham um papel central na condução de pesquisas qualitativas, contribuindo para uma compreensão mais abrangente e aprofundada dos fenômenos estudados (Cabral, 1999).

Ademais, é importante destacar que as dinâmicas envolvendo criatividade e sensibilidade desempenham um papel fundamental na libertação de sentidos reprimidos, na expressão das palavras que permanecem em silêncio. É por meio dessas dinâmicas que os sentidos ganham voz e se entrelaçam, dando origem a um conhecimento de natureza coletiva. O espaço onde ocorrem as discussões coletivas dos sentidos, dentro de uma perspectiva dialética, dialógica, plural e, frequentemente, ambivalente no contexto das produções artísticas, é o momento em que o grupo transcende a condição de objeto de estudo para se tornar sujeito ativo no processo de investigação (Gauthier e Santos, 1996; Freire 1996; Cabral, 1998).

## 7. 5. 1 OPERACIONALIZAÇÃO DAS DINÂMICAS

Atendendo à solicitação das mães da comunidade, as Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade foram realizadas na escola local. Como elas já levavam os filhos para as aulas, permanecer no espaço escolar durante as atividades lhes seria mais confortável e conveniente. Diante disso, solicitei autorização ao diretor da escola (com quem já mantinha contato prévio em razão da minha inserção na comunidade) para a utilização de um espaço adequado. Ele gentilmente cedeu a sala de reuniões, um ambiente amplo, equipado com mesas retangulares e cadeiras, conforme ilustrado na **Figura 5**.

**Figura 5**. Sala em que foram realizadas as DSCs.



Fonte: autora, 2024.

Para este estudo, optou-se por explorar as questões de investigação mediante a conjugação das DCSs Corpo Saber e Árvore do Conhecimento, conforme descrito nas alíneas “a” e “b” deste subitem:

a) DCS Corpo Saber

No primeiro encontro foi realizada a dinâmica “corpo saber”, que foi inspirada na dinâmica “corpo/cidadania”, descrita por Oliveira no ano de 1988. Ela foi adaptada sendo utilizada, posteriormente, em outros estudos na produção de dados, seguindo os passos recomendados por Cabral (Ferreira, 2012).

Essa dinâmica tem como objetivo dimensionar o processo de cuidado das mães e cuidadoras na comunidade, usando a metáfora do desenho de um corpo, procurando despertar a memória latente das participantes que realizam cuidados promotores de conforto, cuidado, segurança e bem-estar das crianças (Ferreira, 2003).

A dinâmica proposta se fundamenta no estímulo à produção artística dos participantes, utilizando cartazes, lápis de cor, canetas e pedaços de papel para concretizar a expressão individual. Mediada pela representação gráfica de um corpo humano, a dinâmica busca estabelecer conexões com os cuidados de saúde, tanto voltados para o autocuidado quanto para o cuidado em relação aos outros. Este método proporciona aos participantes a oportunidade de compartilhar suas vivências relacionadas ao processo saúde-doença, destacando sinais de adoecimento e experiências relacionadas ao tratamento (Queiroz et al., 2016).

A representação gráfica do corpo desenhado, direcionada especificamente às mães e cuidadoras, tem como propósito elucidar o processo de cuidado, permitindo que elas expressassem e reinterpretassem o significado do cuidado com base em suas experiências vivenciadas. Ressalta-se que esse processo de cuidado está intrinsecamente vinculado às crenças e valores culturais dos cuidadores e de seus familiares. (Coutinho et al. 2016; Cabral, 1999). A dinâmica proporcionou, ainda, uma oportunidade significativa para a troca de conhecimentos entre as mães e a pesquisadora, permitindo a identificação de práticas de cuidado presentes na cultura ribeirinha.

A primeira etapa da dinâmica correspondeu à cuidadosa organização do ambiente e do espaço, compreendidos aqui não apenas como suporte físico, mas como elementos que influenciam diretamente a expressividade e a escuta sensível no processo de produção dos dados. O grupo foi disposto em torno de uma mesa ampla, favorecendo o contato entre as participantes. Posicionei-me, juntamente com duas ajudantes de pesquisa, nas imediações da

mesa, de modo a acompanhar de forma atenta os gestos, expressões e demais manifestações, valorizando assim os aspectos subjetivos emergentes nas produções.

A ajudante 1 foi responsável por auxiliar no cuidado com o ambiente e no acompanhamento das participantes, enquanto a ajudante 2 assumiu a função de registrar a dinâmica por meio de gravações em áudio e vídeo, assegurando a preservação dos elementos verbais e não verbais que compõem a complexidade das interações.

Sobre a mesa, dispus materiais artísticos previamente organizados: folhas de papel no formato A3, fita crepe, canetas esferográficas e lápis de cor. Em seguida, iniciamos as apresentações: me apresentei primeiro como pesquisadora-facilitadora da experiência, depois as ajudantes de pesquisa e, por fim, as participantes, que, embora já se conhecessem previamente, compartilharam seus nomes. À medida que se apresentavam, as participantes foram identificadas com identificação alfanumérica (M1, M2, M3...), estratégia que visou garantir o anonimato.

Concluída essa etapa, procedemos ao preenchimento do questionário sociodemográfico (APÊNDICE B). Na sequência, realizei a leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) e do Termo de Autorização para Uso de Imagem e Som da Voz (APÊNDICE E), ambos assinados voluntariamente pelas participantes. Após esses procedimentos éticos, expliquei os objetivos da dinâmica.

A segunda etapa teve início com o lançamento das questões geradoras de debate, momento em que cada participante pôde se apropriar livremente dos materiais artísticos e iniciar suas produções individuais. Como estratégia de acolhimento e ativação expressiva, solicitei que desenhassem inicialmente a figura de seus filhos, o que favoreceu a quebra do gelo e a criação de um ambiente participativo. A atmosfera tornou-se rapidamente marcada por trocas espontâneas e risos.

As questões geradoras de debates lançadas foram: **Q1) quais recursos você utiliza para cuidar do seu filho diante de alguma enfermidade? Q2) Que doenças ou problemas de saúde seus filhos costumam ter e como você os trata? Q3) Com quem você conversa sobre como cuidar de crianças, como você faz?**

Finalizadas as produções, iniciou-se a terceira etapa da dinâmica: a socialização das criações. Cada participante apresentou sua produção artística e compartilhou os sentidos e sentimentos implicados em sua elaboração. O grupo, de forma espontânea, passou a interagir, narrar experiências, acolher vivências semelhantes e refletir coletivamente sobre suas práticas de cuidado. Este momento revelou-se um espaço autêntico de escuta e construção de saberes compartilhados.

Posteriormente, as participantes foram convidadas a elaborar uma percepção coletiva sobre os conteúdos que emergiram. As contribuições foram múltiplas, expressando um rico entrelaçamento de visões e interpretações que ampliaram o campo reflexivo do grupo em torno do tema conforme a **Figura 6**.

Concluída a atividade de coletivização, solicitei ao grupo uma breve avaliação sobre como se sentiram durante a vivência, bem como sugestões para o aprimoramento das DCS. Perguntei, ainda, se estavam satisfeitas com a produção coletiva elaborada até então. Nesse momento, as participantes propuseram correções e acrescentaram novos elementos à produção, os quais foram discutidos, ajustados em comum acordo e, por fim, aprovados e validados por todas. Ao final, ficou agendada a próxima dinâmica, conforme combinado com as participantes. Agradeci a presença e a de todas, encerrando o encontro.

Na dinâmica **Corpo Saber**, participaram cinco mulheres-mães (M1, M2, M3, M4 e M5), sendo que todas entregaram suas produções artísticas. Na segunda dinâmica **Àrvore do Conhecimento**, relatada adiante, a participante M5 não pôde comparecer por motivo de saúde; no entanto, integrou-se ao grupo uma nova participante (M6), convidada por outras mães que compartilharam suas experiências na atividade anterior. Assim, na segunda aplicação da DCS, participaram M1, M2, M3, M4 e M6, com todas entregando suas produções. Dados sobre as etapas das dinâmicas estão delineadas no **Quadro 2**.

b) Árvore do Conhecimento

A segunda dinâmica realizada foi a DCS "árvore do conhecimento", está dinâmica permite fazer uma analogia entre fenômenos concretos e abstratos ou latentes, facilitando o estabelecimento de relações entre os diversos conhecimentos apreendidos, a fim de expressar um conhecimento novo ou aprimorado, gerado pela discussão grupal (Cabral, 1999; Ferreira, 2003).

Tal ideia assenta-se na premissa de que, da mesma forma que uma árvore precisa dos elementos naturais, como água, terra, adubo, ar e luz, para que cresça e se torne grande e frondosa; a criança também precisa de elementos pertencentes ao corpo de saberes e práticas das pessoas para que cresçam e se desenvolvam (Cabral, 1999; Ferreira, 2003).

A dinâmica proposta é embasada na realização artística coletiva de uma representação simbólica em forma de árvore, na qual os participantes estabelecem analogias entre as diversas partes que compõem a árvore e o objeto de pesquisa delineado pelo pesquisador. Essa atividade leva em consideração a questão geradora do debate, promovendo uma análise mais aprofundada sobre o tema em foco (Szareski; Beuter; Brondani, 2010; Santos e Souza, 2014).

Além de propiciar a retomada da racionalidade científica, a abordagem contempla a evocação de memórias, tanto antigas quanto recentes, com o intuito de criar uma atmosfera lúdica que favoreça o diálogo grupal. Diante desse cenário, emerge a exploração dos saberes oriundos das experiências e vivências humanas relacionadas a um específico tópico objeto de investigação (Cabral; Silveira; Babadue, 2020).

A primeira etapa da dinâmica correspondeu à preparação cuidadosa do espaço e à ambientação do grupo, compreendidas não apenas como ações operacionais, mas como parte fundamental da criação de um cenário afetivo, acolhedor e propício à expressão sensível. O grupo foi disposto em torno de uma mesa ampla, favorecendo o contato visual e a circularidade das interações. Posicionei-me, juntamente com as colaboradoras da pesquisa, nas imediações do grupo, de forma a garantir uma escuta atenta e integral, possibilitando a observação das dimensões subjetivas presentes nas produções – tais como gestos, silêncios, expressões corporais e manifestações emocionais.

Neste encontro, a apresentação foi realizada apenas por mim, enquanto pesquisadora, pelas ajudantes da pesquisa e pela nova integrante do grupo (M6), recentemente convidada pelas demais participantes. Em seguida, procedeu-se ao preenchimento do questionário sociodemográfico exclusivamente pela nova participante (APÊNDICE B), bem como à leitura sintética, mas clara, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) e do Termo de Autorização para Uso de Imagem e Som da Voz (APÊNDICE E). Após esses procedimentos éticos, todas as participantes foram novamente identificadas por meio de códigos alfanuméricos, garantindo o sigilo das informações.

A segunda etapa da dinâmica teve início com a leitura das questões geradoras de debate, as quais foram utilizadas como dispositivos mobilizadores de sentidos e narrativas. A partir desse momento, as participantes se apropriaram dos materiais artísticos dispostos sobre a mesa e iniciaram suas produções individuais. Para introduzir simbolicamente o exercício criativo, utilizei uma analogia que atravessa o método sensível: assim como uma árvore precisa de cuidados, nutrientes e condições favoráveis para crescer e frutificar, a criança, em seu processo cotidiano de desenvolvimento, necessita de atenção, afeto e práticas constantes de cuidado.

As questões geradoras de debates lançadas foram: **Q1) quais cuidados você considera necessário para que seu filho cresça e se desenvolva de forma saudável? Q2) Quais cuidados diários você exerce para o bem estar do seu filho? Q3) Quais resultados você espera diante desses cuidados que você exerce diariamente?**

Finalizadas as produções artísticas, demos início à terceira etapa da dinâmica: a socialização das criações. Cada participante compartilhou sua produção, apresentando os

sentidos que a motivaram, os sentimentos envolvidos e os saberes construídos em sua experiência de cuidado. Este momento foi marcado por intensa troca de vivências, acolhimento mútuo e construção coletiva de significados.

Após as apresentações individuais, convidei o grupo a elaborar uma percepção coletiva sobre os conteúdos emergentes, o que possibilitou a construção de uma produção artística grupal, registrada na **Figura 6**.

Encerrada a etapa de coletivização, propus ao grupo uma breve avaliação da experiência vivida na DCS, questionando se desejavam adicionar ou revisar algum elemento da produção coletiva. As participantes expressaram satisfação com o processo e validaram integralmente os dados produzidos, não solicitando alterações. Agradeci a presença e o envolvimento de todas, encerrando o encontro com o reconhecimento da riqueza subjetiva e simbólica da experiência compartilhada.

As dinâmicas **Corpo Saber** e **Árvore do Conhecimento** contribuíram de maneira significativa ao possibilitarem o acesso a saberes maternos singulares, expressos por meio de linguagens simbólicas, afetivas e narrativas. Por meio delas, emergiram elementos subjetivos e culturais que enriquecem a compreensão das práticas de cuidado infantil, ampliando o olhar para além dos discursos convencionais e permitindo a escuta sensível das experiências vividas pelas mães no contexto ribeirinho. As etapas da instrumentalização das DCSs implementadas neste estudo estão descritas detalhadamente no **Quadro 2**.

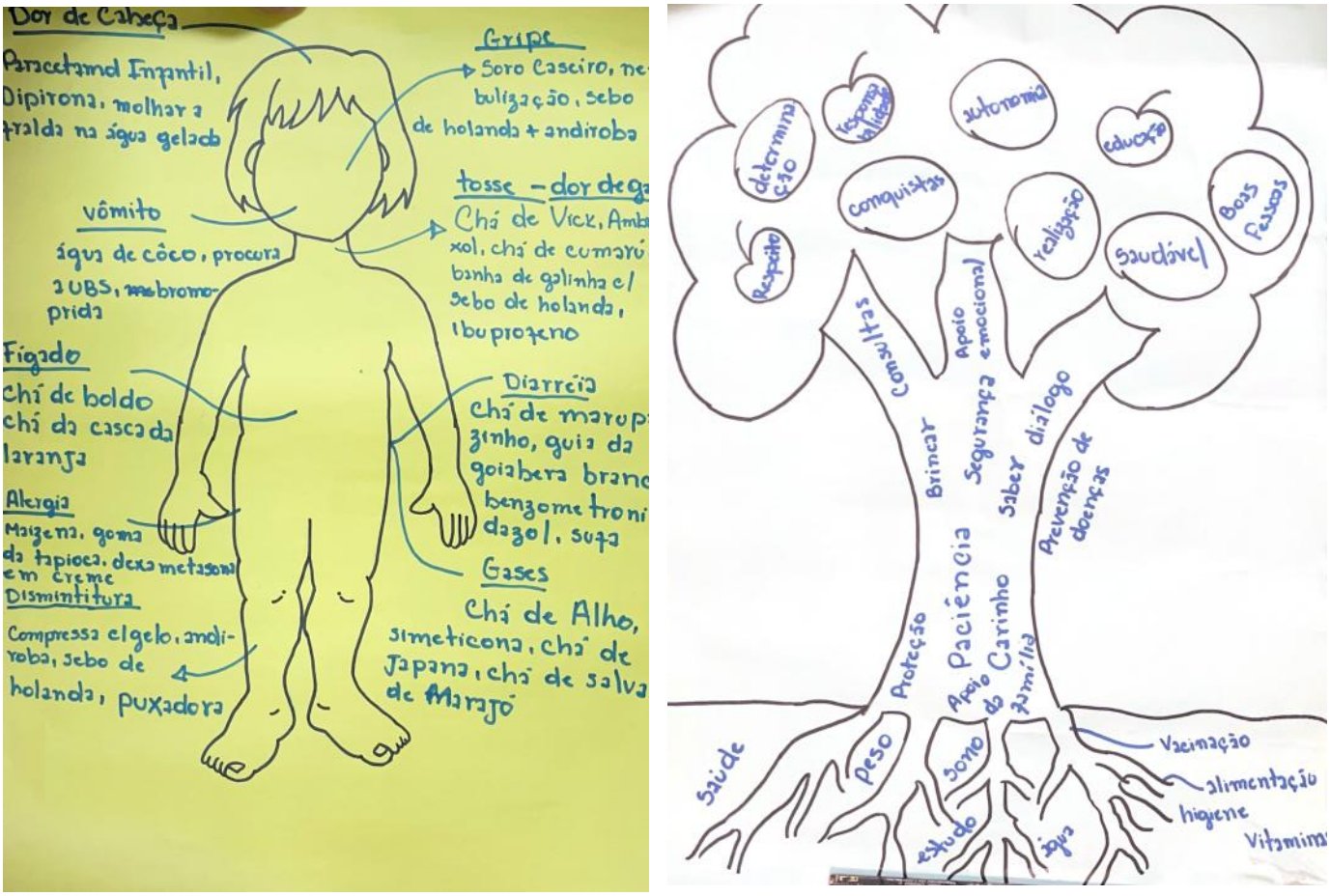
**Quadro 2.** Descrição das etapas das dinâmicas de criatividade e sensibilidade aplicadas neste estudo**.**

| **DCS Corpo Saber** | | **DCS Árvore do Conhecimento** | |
|---|---|---|---|
| **Etapa 1 – Introdução (duração prevista de 10 min)** | | | |
| - Organização do ambiente e do material | - Reserva da sala<br>- Reserva dos materiais: papel A4, lápis de cor, fita adesiva, canetas esferográficas... | - Organização do ambiente e do material | - Reserva da sala<br>- Reserva dos materiais: papel A4, lápis de cor, fita adesiva, canetas esferográficas... |
| - Apresentação e identificação das participantes | - Boas-vindas às participantes, que em seguida se acomodaram na sala, foram convidadas a sentar, foram identificadas por códigos alfanuméricos M1, M2, M3... (previsto no TCLE). | - Apresentação e identificação das participantes | - Boas-vindas às participantes, que em seguida se acomodaram na sala, foram convidadas a sentar, foram identificadas por códigos alfanuméricos M1, M2, M3... (previsto no TCLE). |
| - Explicação/preparação da dinâmica Corpo Saber | - Explicou-se como deveria ocorrer a dinâmica que tinha como objetivo dimensionar o processo de cuidado das mães. Em seguida, lançou-se as questões geradoras de debate: **Q1) quais recursos você utiliza para cuidar do seu filho diante de alguma enfermidade? Q2) Que doenças ou problemas de saúde seus filhos costumam ter e como você os trata? Q3) Com quem você conversa sobre como cuidar de crianças, como você faz?** | - Explicação/preparação da dinâmica Árvore do conhecimento | - Explicou-se como deveria ocorrer a dinâmica que tinha como objetivo fazer uma analogia entre o cuidado de uma árvore e criança. Em seguida, lançou-se as questões geradoras de debate: **Q1) quais cuidados você considera necessário para que seu filho cresça e se desenvolva de forma saudável? Q2) Quais cuidados diários você exerce para o bem estar do seu filho? Q3) Quais resultados você espera diante desses cuidados que você exerce diariamente?** |
| **Etapa 2 – Produção individualizada (duração prevista de 20 min)** | | | |
| - As participantes responderam as questões Q1, Q2 e Q3 no papel A4 com o desenho de seu filho(a);<br>- Finalizando a produção, as participantes coletivizaram as produções. | | - As participantes responderam as questões Q1, Q2 e Q3 no papel A4 com o desenho de uma árvore com raízes (simbolizando os cuidados necessários), caule (simbolizando os cuidados diários) e frutos (simbolizando o que esperam diante desses cuidados);<br>- Finalizando a produção, as participantes coletivizaram as produções. | |
| | | | |
| **Etapa 3 – Produção coletiva (duração prevista de 40 min)** | | | |
| **-** As participantes falaram sobre suas produções e percepções sobre as produções e os motivos pelos quais chegaram aquelas produções. | | - As participantes falaram sobre suas produções e percepções sobre as produções e os motivos pelos quais chegaram aquelas produções. | |
| **Etapa 4 – Avaliação (duração prevista de 5 min)** | | | |
| - As participantes foram convidadas a fazer uma breve avaliação da experiência vivida na DCS, questionando se desejavam adicionar ou revisar algum elemento da produção coletiva. | | - As participantes foram convidadas a fazer uma breve avaliação da experiência vivida na DCS, questionando se desejavam adicionar ou revisar algum elemento da produção coletiva. | |

Fonte: autora (2024) adaptado de Cabral (1998).

## 7. 5. 2 RESULTADO DAS DINÂMICAS DE CRIATIVIDADE E SENSIBILIDADE

**Figura 6 –** DCS Corpo Saber e Árvore do Conhecimento.




Fonte: autora, 2024.

Destaca-se que, no âmbito das DCSs, algumas participantes assumiram papéis de maior protagonismo em relação às demais, ultrapassando a concepção da língua apenas como um contrato social mediado pelo enunciador e pelo contexto. A posição ocupada por cada participante, sua postura e a maneira como se inserem nas interações contribuem, conforme as condições de produção, para a constituição dos sentidos no momento da enunciação (Orlandi, 2020).

Dessa forma, a condição enunciativa do discurso incide diretamente na configuração dos enunciados. A análise da circunstância de enunciação, no contexto da DCS "Corpo Saber e Árvore do Conhecimento", está apresentada no **Quadro 3.**

**Quadro 3** - Circunstância da enunciação no interior das Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade.

| DCS | PARTICIPANTE | CIRCUSTÂNCIA DA ENUNCIAÇÃO |
|---|---|---|
| **Corpo Saber** | Pesquisadora | Moderou, coordenou, instigou o debate |
| | M1 | Falou primeiro, representativa, instigou a fala de outras participantes, extrovertida, falante e lúdica, tendia a monopolizar o discurso, não precisou ser estimulada, muito participativa. |
| | M2 | Tímida, precisou ser estimulada, quieta, participou moderadamente. |
| | M3 | Quieta, demorou a falar, pediu a fala, falou bastante, participou moderadamente. |
| | M4 | Ficou quieta, tímida, precisou ser estimulada, pouco participativa. |
| | M5 | Representativa, fala coesa e pausadamente, não precisou ser estimulada, participou ativamente, instigou a fala de outras participantes, expôs experiencia. |
| | Ajudante 1 | Organizou a sala e o material, registrou dados não textual |
| | Ajudante 2 | Gravou os discursos e digitalizou as produções artísticas |
| **Árvore do Conhecimento** | Pesquisadora | Moderou, coordenou, instigou o debate |
| | M1 | Falou primeiro, muito participativa, não precisou ser estimulada, se emocionou. |
| | M2 | Quieta e tímida, demorou a falar, precisou ser estimulada, participou ativamente. |
| | M3 | Muito participativa, calma e objetiva, expos experiencia, não precisou ser estimulada, muito participativa. |
| | M4 | Ficou quieta, foi estimulada, não participou, atenta e observadora. |
| | M6 | Pouco participativa, precisou ser estimulada, quieta, observadora, concordava com as outras participantes. |
| | Ajudante 1 | Gravou os discursos e digitalizou as produções artísticas |
| | Ajudante 2 | Organizou a sala e o material, registrou dados não textual |

**Fonte:** autora, 2024

A primeira dinâmica foi marcada por um ambiente de intensa expressividade e interação verbal, no qual as mães se mostraram progressivamente mais mobilizadas a compartilhar suas experiências, saberes e histórias relacionadas ao cuidado cotidiano. Esse momento revelou-se como um espaço potente de empoderamento e participação ativa, em que as participantes, ao se escutarem e se verem representadas na produção coletiva, surpreenderam-se com a amplitude e a profundidade de seus próprios conhecimentos, muitas vezes não reconhecidos por elas mesmas até então.

Em contraste, a segunda dinâmica revelou uma atmosfera profundamente afetiva e carregada de sensibilidade. Ao refletirem sobre a importância do cuidado que exercem com seus filhos, as participantes vivenciaram um processo de reconhecimento mútuo e autoafirmação. Reconheceram-se (e reconheceram umas às outras) como boas mães e

provedoras legítimas de cuidado, ressignificando suas trajetórias e reafirmando o valor de suas práticas no contexto familiar e comunitário.

## 7. 6 ANÁLISE DOS DADOS

A Análise do Discurso da chamada Escola Francesa (AD) surge no cenário da intelectualidade francesa, na década de 60, como reação a duas fortes tendências em destaque no campo da linguagem: o estruturalismo e a gramática gerativa transformacional. A AD tem como marco inaugural o ano de 1969, por meio das teorias e com a publicação de Michel Pêcheux intitulada Análise Automática do Discurso (AAD). Essa análise surge a partir das contribuições do Marxismo, da Psicanálise e da Linguística (Guerra, 2009).

A mesma se dedica ao discurso, à palavra em movimento, e ao seu sentido. Sentido esse que atravessa o sujeito levando-o a reproduzir um determinado discurso que se constitui em meio às condições de produção, que é atribuído pelo sujeito pertencente a uma dada comunidade e das condições de produção desse discurso. Então, pode-se considerar que o discurso não é formado no sujeito, mas é formado por um processo sócio-histórico e ideológico que torna possível a constituição do discurso (Guerra, 2009).

Dessa forma, a AD consiste na análise de unidades texto para além da análise da frase. Possibilita a leitura dos interdiscursos, valorizando a relação de sentidos na interação com o outro, levando em consideração sua historicidade. Como um método de análise, ela pretende compreender a língua fazendo sentido, constituindo o ser humano e sua história. Entre os dispositivos analíticos utilizados na interpretação do material empírico, destacam-se: formação discursiva, interdiscurso, intradiscurso, paráfrase, polissemia, polifonia e a materialidade linguística (Orlandi, 2005).

A Formação Discursiva (FD) delimita o que deve ser expresso, estabelecendo o significado das palavras dentro de uma determinada estrutura ideológica. Ela pode ser entendida como manifestações regionalizadas do interdiscurso, representando configurações específicas do discurso em suas relações. Essas relações são formadas por diversas posições de palavras utilizadas/incorporadas, as quais moldam o processo de construção de sentido, criando regularidades no funcionamento do discurso. Conforme Pêcheux observa, à medida que as palavras transitam de uma formação discursiva para outra, seus significados se transformam. Portanto, na Análise do Discurso, não existe um discurso completamente neutro; em vez disso, encontramos discursos sociais nos quais o discurso interior se adapta a uma expressão específica, influenciada pela interação com os outros participantes da conversa, dependendo da situação e do público envolvido (Lukianchuki, 2001).

O conceito de interdiscurso pode ser caracterizado como a voz anterior que se manifesta independentemente em outro contexto, ou seja, ele representa a memória discursiva, o conhecimento que permeia todos os discursos e retorna na forma do já-expresso, formando a base do que é possível ser dito e sustentando cada ato de fala. O interdiscurso disponibiliza enunciados que influenciam a forma como um indivíduo atribui significado em uma situação discursiva específica, enquanto o intradiscurso refere-se ao conjunto de formulações utilizadas em um dado momento e sob determinadas condições (Orlandi, 2002).

Os processos parafrásicos são aqueles em que, em qualquer expressão, existe algo que permanece constante. Eles envolvem diversas maneiras de reafirmar o mesmo conteúdo já consolidado e estabilizado. Trata-se do reconhecimento do mesmo significado, ou seja, a repetição do que já foi dito anteriormente. Essa repetição é a base do significado, pois não pode haver sentido sem a reiteração e a sustentação no conhecimento discursivo (Orlandi, 2002).

A polissemia é o significado que emerge do sujeito que se expressa e é incorporado ao processo discursivo. Ela constitui a fonte primordial da linguagem, pois é a própria essência dos discursos. Representa a mudança, a quebra (aquilo que é diferente, não explicitamente dito) nos processos de significação, introduzindo múltiplas interpretações do texto. A polissemia envolve jogos com a ambiguidade e se baseia na experiência individual de quem a utiliza. As relações de sentido, portanto, confirmam a intertextualidade, ou seja, a conexão de um texto com outros textos existentes, potenciais ou imaginários (Orlandi, 1997).

A polifonia consiste nas diversas vozes que o sujeito que se expressa incorpora em seu discurso, ou seja, na reiteração de ideias de maneiras variadas. Na polifonia, é possível notar as características ligadas às conjunções, negações e às formas de imprecisão gramatical. A polifonia é empregada como um meio de examinar a interconexão entre diferentes estruturas discursivas e a formação do texto em sua totalidade (Bakhtin; 1999).

Assim, conforme Orlandi (2009), a análise do discurso se propõe a uma investigação aprofundada da maneira pela qual um objeto simbólico é responsável pela construção de significados. O processo de transformação da estrutura superficial linguística em um objeto discursivo constitui o ponto de partida fundamental para essa empreitada de compreensão. Inicialmente, a abordagem analítica se inicia com a configuração do corpus, o qual requer uma delimitação cuidadosa de seus parâmetros, incluindo a realização de recortes pertinentes. À medida que se desenvolve esse estágio inicial de análise, torna-se necessário o retorno constante a conceitos e noções previamente estabelecidos, uma vez que a análise do discurso implica um processo iterativo que exige uma constante interação entre a teoria subjacente, a consulta ao corpus e a análise propriamente dita.

Dessa forma, é possível subdividir a Análise do Discurso em distintas fases, que se desdobram de acordo com as seguintes etapas (**Figura 7**):

**Figura 7.** Fluxograma da Análise de discurso.




**Fonte**: Orlandi (2009); Gomes Junior (2017)

Conforme propõe Orlandi (2009), a análise do discurso inicia-se com a conversão da linguagem empírica em objeto discursivo. Essa etapa exige a delimitação prévia do referencial teórico que sustentará toda a investigação, fornecendo as bases conceituais para a interpretação dos enunciados. Após essa definição, procede-se à transcrição do corpus, momento em que se realiza uma leitura inicial voltada à observação dos elementos linguísticos que conferem materialidade ao discurso, conforme apontam Lima et al., (2017).

Ainda segundo Orlandi (2009), a construção do corpus analítico envolve a definição de seus contornos, implicando a realização de recortes que orientem a análise. Trata-se de um processo contínuo, que exige o constante retorno aos fundamentos teóricos, aos dados e às estratégias analíticas. Tal movimento circular é constitutivo do método da Análise do Discurso, que não se pauta por linearidade, mas pela retomada crítica dos dispositivos conceituais e dos materiais discursivos em análise.

No momento propriamente analítico, inicia-se uma leitura exploratória dos textos, seguida por uma leitura aprofundada voltada à compreensão das formações discursivas presentes. O objetivo é apreender os sentidos mobilizados nos enunciados, por meio da identificação de deslocamentos de sentido, metáforas e outros efeitos de linguagem. Para Orlandi (2020), a metáfora não representa um simples desvio linguístico, mas sim uma forma de transferência de sentido que se manifesta de maneira constitutiva nas línguas naturais. Nessa mesma direção, Fiorin (2022) observa que a metáfora introduz uma perturbação semântica, produzindo novos significados e abrindo espaço para outras possibilidades de interpretação.

Por último, a etapa descritiva (considerada a fase pós-analítica) concentra-se na sistematização dos dados obtidos, com base na identificação das tipologias discursivas, suas marcas e propriedades distintivas. Nesse momento, busca-se divulgar os resultados da investigação com atenção ao contexto de produção dos discursos analisados. Souza (2021) enfatiza que essa etapa demanda uma articulação rigorosa entre os conceitos teóricos e os achados empíricos, contemplando tanto a caracterização do corpus quanto os questionamentos que mobilizaram a análise.

## 7.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Pará, tendo sido aprovado conforme Parecer nº 7.008.247. A pesquisa foi conduzida em conformidade com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando o respeito incondicional à dignidade humana, com especial atenção à proteção, segurança e integridade dos participantes (ANEXO B).

As participantes foram devidamente informadas, de forma clara e acessível, tanto verbalmente quanto por meio de documentação escrita, sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos metodológicos adotados, as etapas do estudo, bem como os possíveis riscos e desconfortos envolvidos. Após esse esclarecimento, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), acompanhado do Termo de Autorização para Uso de Imagem e Som da Voz (APÊNDICE E), ambos em duas vias. Os termos foram lidos e assinados pelas participantes e pela pesquisadora antes do início da produção de dados. Uma via de cada documento foi entregue à participante, enquanto a outra foi arquivada pela pesquisadora, conforme as diretrizes éticas vigentes.

## 7.8 RISCOS E BENEFÍCIOS DO PROJETO

Nesta pesquisa, não foram realizados procedimentos que causem prejuízos às participantes. No entanto, houve a possibilidade de riscos mínimos, como a quebra do sigilo das informações obtidas e constrangimento devido à natureza do tema abordado.

Para minimizar o risco de quebra de sigilo, os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos (por exemplo, M1, M2, M3, M4...), sendo "M" uma referência a "Mulher". Os textos produzidos foram arquivados em um local seguro, acessível apenas à pesquisadora, e serão mantidos por cinco anos após a conclusão da pesquisa. Após esse período,

os documentos serão destruídos. Caso houvesse a possibilidade de constrangimento, a participante teve a opção de interromper ou encerrar sua participação na oficina.

Ao se aprofundar nas experiências vivenciadas no cuidado à saúde infantil, a pesquisa pode ajudar a preservar e valorizar os conhecimentos tradicionais e culturais das comunidades ribeirinhas, contribuindo para a sustentabilidade e a identidade cultural local. Os resultados podem informar a elaboração de políticas públicas mais eficazes e adaptadas às necessidades específicas das comunidades ribeirinhas, promovendo uma saúde pública mais inclusiva e equitativa.

Quanto a comunidade acadêmica, os achados encontrados durante a pesquisa podem servir como base para estudos futuros, incentivando a continuidade da investigação em áreas relacionadas à saúde infantil e saberes tradicionais. Em relação às participantes, ao focar nas experiências das mulheres no cuidado à saúde infantil, a pesquisa pode empoderá-las ao reconhecer e valorizar seus conhecimentos e práticas. Além disso, a pesquisa dá voz às mulheres das comunidades ribeirinhas, aumentando sua visibilidade e representatividade nos debates sobre saúde e cuidado infantil.

## 7.9 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS PARA ANÁLISE

A composição do corpus textual desta pesquisa foi construída a partir dos enunciados das participantes, registrados por meio de captações em áudio e vídeo, realizadas com o auxílio de um dispositivo móvel. Esses registros foram posteriormente transcritos em formato textual utilizando o software Microsoft Word. Além disso, integraram o corpus as anotações sistemáticas realizadas no diário de campo e as expressões gráficas produzidas pelas mães durante as dinâmicas.

Com o intuito de conferir densidade e materialidade linguística aos discursos transcritos, foram mobilizados diversos recursos linguísticos, os quais possibilitaram uma leitura mais profunda dos sentidos produzidos pelas participantes:

- Reticências (...) – indica uma pausa no pensamento.
- Reticências entre colchetes [...] – indica supressão de um diálogo sem relevância para o momento enunciado.
- Reticências entre chaves {...} – Indica que o texto continua adiante.
- Reticências ... – Indica um pensamento incompleto.
- Interrogação (?) - Indica uma pergunta/ um questionamento.
- Exclamação (!) – Indica surpresa/espanto.
- Vírgula (,) – Indica breve pausa na fala, mas com continuidade a seguir.

- Cerquilha (#) – Indica a interrupção da enunciação de uma pessoa.

A dimensão da materialidade linguística torna possível ao leitor acompanhar, com fidelidade, o encadeamento discursivo e os movimentos enunciativos tal como ocorreram no momento da interação. Para além dessa materialidade, que possibilita a apreensão dos sentidos presentes nos discursos das participantes, também foram consideradas as condições de produção desses enunciados, incluindo tanto o contexto imediato quanto os aspectos sócio-histórico-ideológicos que os atravessam.

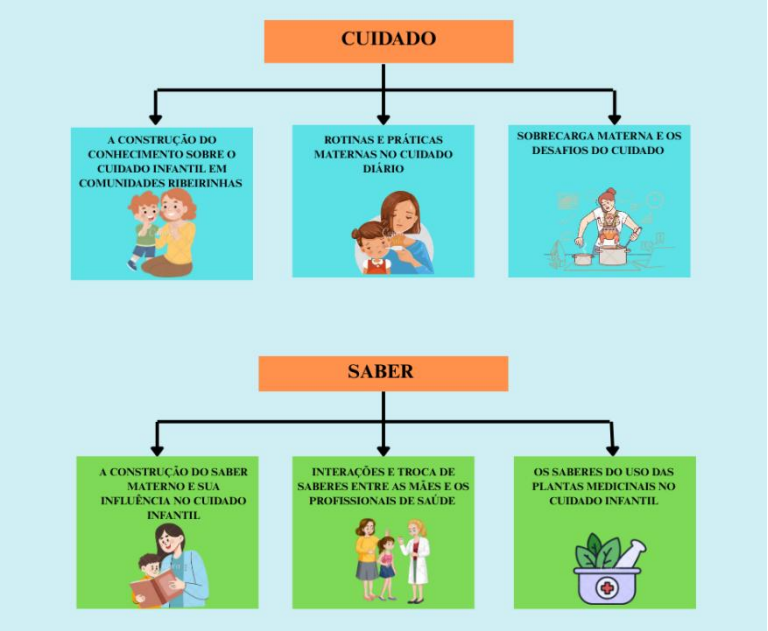
Durante o processo analítico, foram observadas marcas de polifonia, polissemia, paráfrases, interdiscursos, intertextualidades, metáforas, além das tensões entre o dito e o não-dito. A partir dessa análise, foram identificados os temas geradores e os subtemas que emergiram dos discursos, os quais foram sistematizados e apresentados na seção destinada à exposição dos resultados.

## 8 RESULTADOS

A partir das dinâmicas de criatividade e sensibilidade mobilizadas durante a investigação, e mediante uma análise detalhada dos discursos das participantes, foram delineadas categorias temáticas que expressam, de maneira significativa, os significados conferidos ao cuidado materno no âmbito ribeirinho. Essas categorias não foram estabelecidas antecipadamente, mas se formaram gradualmente conforme as narrativas adquiriram profundidade, revelando as nuances afetivas, simbólicas e práticas que envolvem a vivência diária das mães.

Nesse processo de escuta minuciosa e interpretação cuidadosa, foram evidenciados dois grandes eixos fundamentais: o Cuidado e o Saber. O primeiro abrange dimensões que vão desde a formação do conhecimento a respeito do cuidado infantil, passando pelas rotinas e práticas maternas no dia a dia, até atingir os aspectos mais desafiadores da vivência, como a sobrecarga emocional e física. O segundo eixo, denominado Saber, emerge como a fundação que sustenta o cuidado, fundamentado na edificação do conhecimento materno, nas interações e intercâmbios de saberes entre as mães e os profissionais de saúde, além da valorização dos conhecimentos tradicionais, incluindo o emprego de plantas medicinais conforme a **figura 8.**

**Figura 8**. Cuidados e Saberes




**Fonte:** autora, 2025.

## 8. 1 O CUIDADO NA PRÁTICA

### 8. 1. 1 A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO INFANTIL EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS

Ao ter um filho, surge também uma nova faceta da identidade feminina: a maternidade, que vem acompanhada da procura por conhecimentos que respaldam essa função. Da mesma forma que as crianças exploram o mundo durante suas experiências, as mães atravessam um processo de descoberta da maternidade, onde o cuidado se destaca como um elemento fundamental. Este cuidado se manifesta como uma prática voltada para o crescimento do outro, estimulando suas habilidades, apoiando suas decisões e contribuindo para a formação de sua independência. Neste processo, as mães identificam várias circunstâncias que exigem atenção:

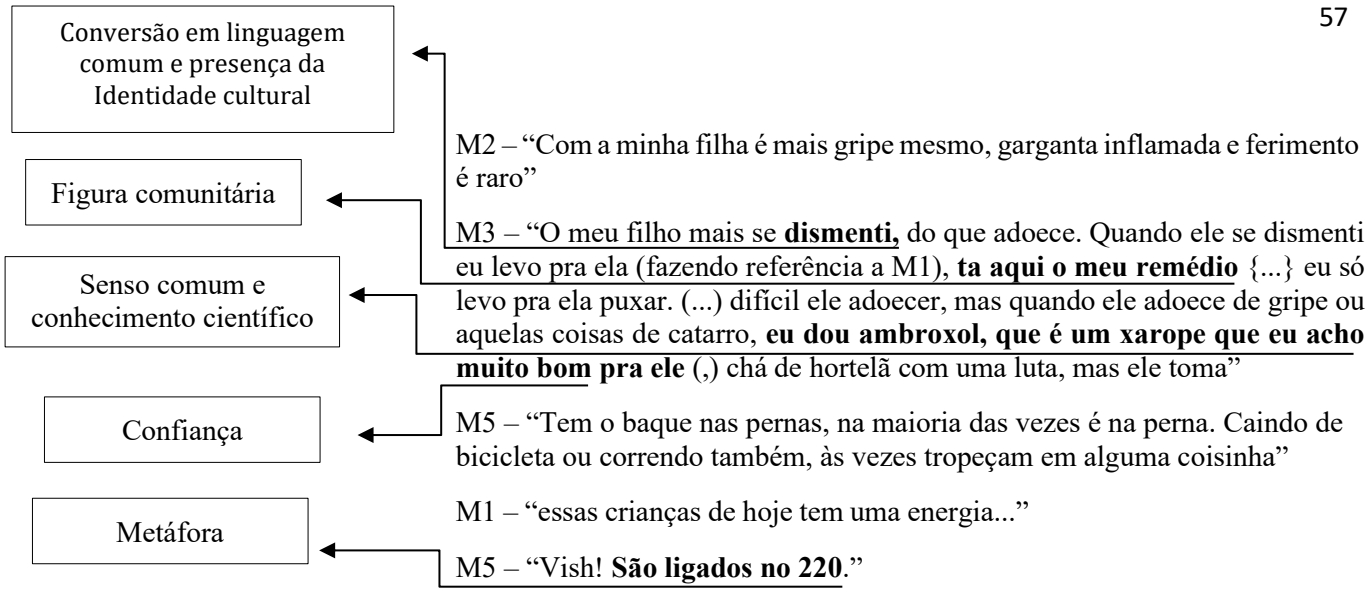
Incorporação do discurso médico

M5 – "Então aqui, a dor de garganta, o tratamento eu vou entrar já com o anti-inflamatório. Na realidade eu dou vinte e duas gotinhas **ibuprofeno durante 6 em 6 horas**. E, às vezes, ela fala que tá doendo muito a garganta e eu utilizo também o paracetamol. (...) Quando ela sofre algum baque, que ela não aquieta mesmo de bicicleta"

Conversão do conhecimento em linguagem comum e utilização de signos concretos

M1 – "Sobre as doenças que mais (...) geralmente agora que é mudança de clima, né (,) nossos filhos adoecem mais da garganta/gripe e como as crianças tem muita energia, eles saem correndo e se machucam a perna. {...} Aí também no caso da gripe e também nesse caso de poeira, que tá dando muito, sempre a criança fica **entupido o nariz**. Às vezes a criança cai e fica aquele roxo na perna, fica circulado lá, só num local. E pra **espalhar aquele roxo** a andiroba é excelente, pra

qualquer baque [...]"




Os discursos analisados estão inseridos em um contexto de uma comunidade ribeirinha onde destacam a centralidade das mães no cuidado infantil, suas formações discursivas demonstram uma articulação entre os conhecimentos que se movimentam no senso comum e nos meios científicos evidenciando um hibridismo discursivo. Em sua fala, **M5** menciona o uso de **ibuprofeno** e **paracetamol**, evidenciando a incorporação do discurso médico institucionalizado e o controle sobre métodos terapêuticos. Esta perspectiva é reforçada pela precisão com que **M5** descreve a dose do medicamento: **"dou vinte e duas gotas de ibuprofeno de 6 em 6 horas"**, evidenciando não só um conhecimento prévio de protocolos de cuidado, mas também uma autoridade discursiva fundamentada em sua formação técnica na área da saúde. Esse enunciado demonstra como o saber técnico é utilizado para validar decisões no contexto do cuidado doméstico, enquanto dialoga com a experiência diária no tratamento de doenças de crianças em uma comunidade ribeirinha. No entanto, a prática do cuidado também inclui elementos da medicina tradicional, como o **uso de andiroba para hematomas** e **chá de hortelã para gripe**. Essa hibridização discursiva reflete a coexistência de diferentes formações discursivas dentro da mesma comunidade.

Para **M3** há o destaque da convivência entre a utilização de fármacos, como o **ambroxol**, e métodos tradicionais de cuidado, como a utilização do **chá de hortelã.** A afirmação **"eu dou ambroxol, que é um xarope que eu acho muito bom pra ele"** demonstra uma confiança clara na efetividade do medicamento **eu acho muito bom pra ele** destaca a subjetividade e o julgamento empírico no cuidado. Isso indica um conhecimento construído pela prática, mais do que pela ciência formal, o que reforça a centralidade da experiência no discurso materno.

Simultaneamente, o **chá de hortelã** surge como uma opção terapêutica tradicional, cuja implementação requer negociação com a criança **"com uma luta, mas ele toma"**, evidenciando a persistência materna em incorporar elementos da cultura local ao cuidado diário

e também reflete o desafio do cuidado infantil e a necessidade de negociação constante. Esse aspecto do discurso traz à tona uma dinâmica emocional e relacional entre mãe e filho, mostrando que o cuidado não se limita a uma prática técnica, mas envolve também aspectos subjetivos e afetivos.

O debate coletivo e plural que se estabelece o interior da dinâmica de criatividade e sensibilidade é um catalizador para a troca de saberes entre as mães ficando evidente na forma como elas constroem um discurso coletivo sobre o cuidado infantil. **M3** por exemplo menciona a procura por assistência junto a figuras comunitárias, conhecidas como "puxadores", destacado pela referência a **M1**: **“quando ele se dismenti eu levo pra ela (fazendo referência M1), ta aqui o meu remédio”**. O termo **"dismenti"** é usado para caracterizar situações como deslocamentos ósseos, lesões musculares, luxações ou torções.

Este recurso linguístico não só reforça a identidade cultural da mãe, mas também vincula as práticas de cuidado ao contexto sociocultural específico no qual ela se encontra. Neste contexto, o discurso valoriza uma linguagem simples e compreensível, típica das interações diárias, em vez de recorrer a termos técnicos ou médicos.

A enfatização dada a **M1** em **“eu só levo pra ela puxar”** sugere uma prática tradicional de tratamento e **“ta aqui o meu remédio”** reflete a relação de confiança e apoio estabelecida dentro da comunidade. A prática de **puxar** está associada à aplicação de massagens em áreas lesionadas do corpo, buscando reposicionar ossos ou tratar traumas decorrentes de quedas. Esta prática é amplamente apoiada no discurso materno, estabelecendo-se como uma tática de cuidado habitual e culturalmente relevante, a polifonia dos discursos maternas reforçam a ideia de que o cuidado não é apenas individual, mas parte de um conhecimento compartilhado dentro da comunidade.

O diálogo é um elemento central da pedagogia freiriana e se manifesta no compartilhamento de experiências entre os membros da comunidade. A fala de **M3** sobre levar o filho para **M1 puxar** remete a essa troca de saberes dentro da coletividade. A confiança no conhecimento de outros moradores mostra como o cuidado infantil é uma construção coletiva e dialógica nas comunidades ribeirinhas, onde a experiência de um membro da comunidade beneficia os demais.

A inclusão de medicamentos tradicionais, como a **andiroba**, é notável no discurso de **M1**. A expressão **"espalhar o roxo"** (alusiva ao hematoma) foi empregada para definir a prática de massagem com andiroba, que visa estimular a circulação sanguínea e reduzir o hematoma. Neste contexto, a expressão popular funciona como um meio de traduzir e reinterpretar um conhecimento científico, adaptando-o à linguagem e ao uso cotidiano.

Freire destaca a importância dos saberes populares e da cultura local na construção do conhecimento, ao valorizar a experiência vivida e permite a construção de um conhecimento híbrido, onde a ciência médica e os saberes tradicionais coexistem e se complementam. Nesse contexto, Freire argumenta que o saber deve ser compreensível e relevante para as pessoas em seu ambiente de vida. A conversão de conhecimentos científicos em linguagem comum simboliza o respeito aos conhecimentos prévios e às vivências culturais das pessoas, um dos fundamentos do pensamento de Freire.

O contexto da comunidade ribeirinha influencia a forma como essas mães falam e agem diante das doenças e ferimentos. O discurso polifônico sobre a gripe e mudanças climáticas revela uma consciência sobre os impactos ambientais na saúde infantil. **M1**, **M2**, **M3**, **M5** se posicionam como cuidadores experientes, que compartilham estratégias para lidar com problemas comuns, como gripes e quedas, seus discursos revelam uma coletividade no cuidado, onde o conhecimento é compartilhado, e há uma interdependência entre os membros da comunidade.

**M1** da destaque as alterações climáticas e a presença de poeira ao crescimento de enfermidades respiratórias, como **mudança de clima** e **também nesse caso de poeira**. Este relato não apenas apresenta uma interpretação prática do ambiente, mas também a experiência diária em um local onde elementos naturais, como o clima úmido, a regularidade das precipitações e a presença de poeira durante períodos de seca, indicam um alerta. na saúde das crianças. O uso de **"nariz entupido"** por **M1** para descrever problemas de proteção exemplifica como as mães utilizam signos concretos e facilmente reconhecíveis para representar doenças mais amplas.

As circunstâncias relatadas pelas mães, que incluem acidentes como **baques** (**M1** e **M5**), **lesões** (**M2**) e **desmenditura"** (**M3**), evidenciam um contexto diretamente ligado ao ambiente onde estão inseridas, o que impacta de maneira significativa a percepção da necessidade de cuidado por essas mulheres. Situadas em um ambiente caracterizado pela proximidade à natureza, as crianças têm total liberdade para explorar o ambiente, participando de atividades práticas como correr e pedalar. Esta constante interação com o meio ambiente eleva a chance de ocorrências que requerem intervenção imediata das mães. Isso reflete as particularidades do cuidado em ambientes ribeirinhos, onde as dinâmicas de vida estão fortemente ligadas ao meio físico e cultural.

A forma como as mães identificam e tratam os problemas de saúde reflete um processo de autonomia na tomada de decisões. Em vez de depender exclusivamente de instituições formais de saúde, elas exercem um papel ativo no cuidado infantil. Esse comportamento se

alinha à ideia freiriana de conscientização, pois essas mães não apenas aplicam tratamentos, mas também compreendem e interpretam os sinais do corpo das crianças, desenvolvendo um conhecimento que é tanto empírico quanto reflexivo.

A declaração de **M5**, **"são ligados no 220",** emprega uma metáfora para realçar a energia e atividade das crianças, ressaltando uma ligação entre essa sobrecarga energética e a ocorrência de quedas ou lesões. A justificativa reforça a ideia de que a hiperatividade é um atributo intrínseco da infância, visto pelas mães como um traço padrão do desenvolvimento dos filhos. Essa percepção é reforçada por **M1**, que também destaca "**"crianças tem muita energia"**. Essas afirmações demonstram como as mães naturalizam a atividade contínua dos filhos, vendo-a como um componente fundamental do comportamento infantil. Ao mesmo tempo, enfatizam as consequências práticas dessa atividade no dia a dia, particularmente no que diz respeito à necessidade de atenção e cuidado frente a eventuais acidentes.

A observação sobre as crianças serem **"ligadas no 220**" e a recorrência de quedas e hematomas revelam uma compreensão da infância como uma fase de intensa exploração e movimento. A ideologia implícita nesse discurso naturaliza a vivacidade e as consequências desse comportamento, como quedas e machucados, mostrando uma aceitação cultural dessas ocorrências dentro da infância. A pedagogia freiriana incentiva a valorização do contexto e da realidade dos aprendizes. Nesse caso, a energia das crianças não é vista como um problema a ser contido, mas como parte da dinâmica natural da infância, o que demonstra uma aceitação e adaptação das práticas de cuidado às necessidades reais das crianças.

## 8. 1. 2 ROTINAS E PRÁTICAS MATERNAS NO CUIDADO DIÁRIO

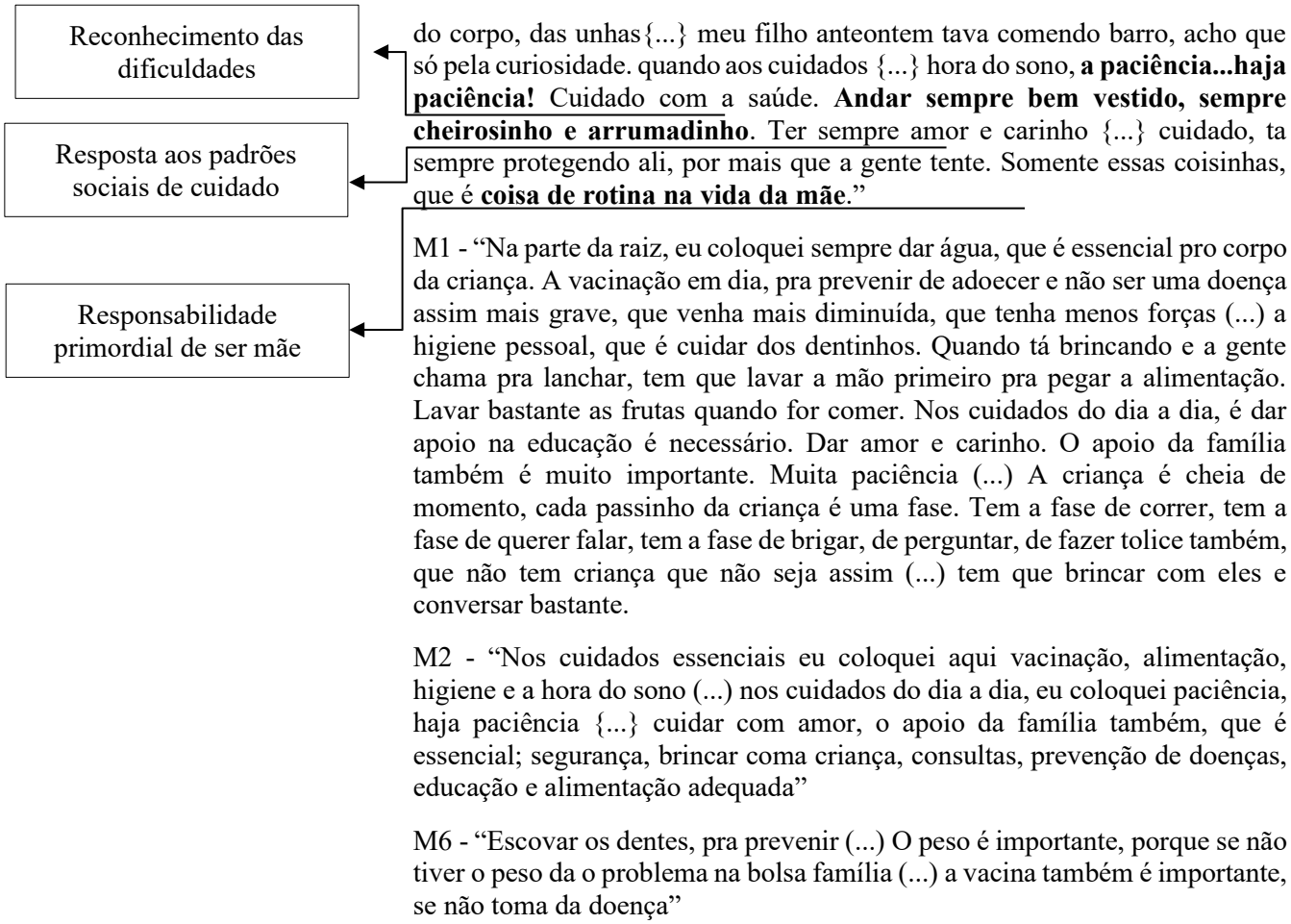
Além das situações que exigem atenção imediata ou cuidados específicos, destaca-se também o cuidado cotidiano desempenhado pelas mães, essencial para a manutenção do bem-estar integral de suas crianças:

Cuidado infantil e saúde pública

Efeito metafórico – maternidade como jornada de aprendizado

Senso de responsabilidade social e pessoal

M3 - "A **vacinação é uma coisa que a gente não pode deixar passa batido né**, porque mais la na frente as consequências vem da falta de cuidado. Eu como **mãe de primeira viagem** , porque é meu primeiro filho e eu me considero uma mãe de primeira viagem. Eu levo muito assim **em exemplo a questão da vacina,** digamos um coisa que aconteceu bem lá atrás {...} uma mãe abandonou o filho, deu pra uma outra pessoa e essa pessoa foi levar essa criança pra tomar vacina, mas criança não tinha carteira de vacina e nem tomado nenhuma vacina, e isso com 2 anos de idade (...) essa criança sofria muito problemas de doença de gripe , adquiriu asma, porque ela adoecia e não tomava nenhum remédio (...) tem a questão da vitamina, que é uma coisa que ajuda também. Tanto a vitamina de farmácia, quanto a vitamina em frutas, como acerola, o limão {...} a alimentação também, as verduras. Uma comidinha bem saudável, coloca as verdurinhas {...} a higiene bucal, a higiene




O discurso ocorre em um contexto de **cuidado infantil e saúde pública**, com falas de mães sobre a importância da vacinação, higiene, alimentação e outros aspectos do cuidado com as crianças. Esse contexto dialoga com discursos institucionais de saúde, políticas públicas e saberes populares sobre maternidade e desenvolvimento infantil. Em suas práticas discursivas as **mães**, se colocam em um lugar de responsabilidade e cuidado em relação aos filhos. A posição de "mãe" é construída discursivamente, carregando valores sociais e afetivos. Há um deslocamento entre o saber institucional e o saber cotidiano, onde essas mulheres negociam significados sobre saúde e maternidade.

A prática discursiva revela que as mães assumem uma posição de autoridade sobre o cuidado infantil, mas também manifestam insegurança e aprendizado contínuo, O efeito metafórico no discurso de **M3** em **"eu como mãe de primeira viagem"** expõe o senso de novidade e aprendizado que permeia a maternidade, a inexperiência de ser mãe pela primeira vez, no efeito metafórico aqui é utilizado para dá sentido a maternidade de uma jornada de aprendizado progressivo. A subjetividade é evidente, especialmente no uso da expressão **"eu me considero uma mãe de primeira viagem",** que posiciona a mãe no centro de sua narrativa

e legitima a sua própria experiencia. Aqui, a repetição e a justificativa reforçam um discurso de experiência em construção.

Os discursos das mães evidenciam um saber popular sobre os cuidados infantis, atravessado por discursos institucionais (saúde pública, assistência social, educação). A vacinação, por exemplo, aparece como um eixo central, associada à prevenção de doenças e ao futuro da criança. A inclusão da narrativa de **M3** da história da criança de dois anos que não foi vacinada serve como um recurso para legitimar a importância da vacinação. O relato sobre a criança que não foi vacinada funciona como um exemplo de desvio que contrasta com a conduta que a mãe descreve para si, reforçando a sua posição discursiva como zelosa e comprometida. Essa estratégia discursiva conecta uma experiência hipotética ao argumento central. A **vacinação** é apresentada como uma prática inquestionável, inscrita no discurso científico e no imaginário coletivo como essencial para a prevenção de doenças.

O fragmento discursivo de **M3 "a vacinação** (...) **não pode deixar passar batido** reforça a interdição ideológica de negligenciar essa prática, vinculando-a a um senso de responsabilidade social e pessoal. Esse discurso mostra que a mãe reconhece a vacinação como um imperativo, sugerindo que seu discurso está alinhado ao discurso biomédico e de políticas públicas de saúde. Além disso, a noção de consequências futuras remete a uma responsabilização materna trazendo em si o sentido de que a mãe que não vacina pode ser vista como negligente.

Ganham destaque no discurso das mães a **vacinação**, **higiene pessoal**, **alimentação** saudável e cuidados básicos que estão alinhadas com formações discursivas institucionais que promovem práticas de prevenção e saúde. **M1** reproduz essas orientações ao dizer que **" a vacinação em dia, pra prevenir de adoecer e não ser uma doença assim mais grave, que venha mais diminuída, que tenha menos forças"**, assim como **M6**, ao afirmar que **"se não toma dá doença"**. O discurso incorpora elementos de campanhas de saúde pública, demonstrando a internalização de orientações institucionais.

A referência que **M3** faz à **"vitamina de farmácia"** e "**vitamina em frutas"** demonstra a convivência entre saberes tradicionais e científicos, sem hierarquização explícita, mas em um movimento de complementaridade. O destaque atribuído por **M6** ao peso, **"é importante, porque se não tiver o peso dá problema no Bolsa Família**", revela o lugar de fala de uma mãe solo que transcende a preocupação com uma mera exigência burocrática. Nesse contexto, o peso torna-se um elemento central para garantir o benefício, o qual, mais do que uma transferência monetária, representa uma fonte de estabilidade financeira. Essa estabilidade,

por sua vez, possibilita o acesso a recursos essenciais para a promoção do bem-estar de sua filha. Aqui, percebe-se a intersecção entre o discurso da saúde e o discurso da assistência social, mostrando que a vigilância estatal sobre o crescimento da criança impacta a percepção das mães sobre o cuidado.

O discurso das mães é atravessado por uma ideologia do cuidado e da maternidade como uma prática essencialmente feminina. A maternidade é construída como um espaço de amor, dedicação e responsabilidade, reforçando um ideal social de que a mulher deve estar integralmente disponível para os filhos.

No prosseguir do movimento discursivo, o cuidado vai transcendendo das necessidades básicas e passa a abranger aspectos emocionais e estéticos evidenciado no fragmento discursivo de "**andar sempre bem vestido, sempre cheirosinho e arrumadinho" M3**, indicam uma preocupação com a apresentação visual da criança, que reflete a inserção em padrões sociais de cuidado. Este cuidado estético pode ser visto como uma expressão do amor materno, ao mesmo tempo que se alinha às expectativas sociais que frequentemente associam a atenção física à expressão de amor e dedicação. Ao se esforçar para manter a criança **sempre bem vestido** e **arrumadinho**, a mãe não só constrói uma imagem positiva de si mesma como cuidadora responsável, mas também responde a pressões sociais que associam o êxito materno à habilidade de assegurar uma boa apresentação da criança para a sociedade.

O sujeito-mãe também interpelado é atravessado por valores e normas sobre o cuidado infantil. Ao dizer **é necessário** e **tem que**, **M1** se insere em um lugar de responsabilização quase total pela saúde e pelo desenvolvimento da criança, refletindo uma ideologia que associa a maternidade à abnegação e ao sacrifício. A locutora apresenta-se como uma mãe cuidadosa, empática e consciente das necessidades da criança. Ao enfatizar a importância de **brincar** e **conversar bastante**, reforça um discurso que combina o papel emocional com o cuidado prático, evidenciando os cruzamentos entre subjetividade e práticas normativas.

O discurso destaca falhas e convicções que fazem referência às circunstâncias reais da vida da mãe, além da complexidade de sua vivência no cuidado materno. Apesar do esforço contínuo para demonstrar cuidado e dedicação, surgem comentários que destacam os desafios intrínsecas à maternidade. Por exemplo, **M2** enfatiza a paciência ao dizer **"haja paciência"** e também é citada nos discursos de **M3** e **M1**. Isso sugere que essa qualidade é crucial para gerir as exigências diárias do ato de cuidar. A fala "**Haja paciência!**" aparece repetidamente, revelando que, apesar do amor e da dedicação, há um reconhecimento das dificuldades da maternidade. No entanto, o discurso dominante ainda reforça a ideia de que ser mãe é um papel natural e obrigatório.

Dentro deste cenário, a **paciência** tem uma função diversificada, vinculada a vários papéis que as mães exercem, tais como cuidar, proteger, amar, ensinar e educar. Essas responsabilidades vão além das necessidades básicas ou imediatas das crianças, incluindo também a administração dos estágios de desenvolvimento que definem o desenvolvimento infantil. Cada fase do crescimento, com seus desafios emocionais, físicos e cognitivos, aumenta a demanda por resiliência e adaptação das mães.

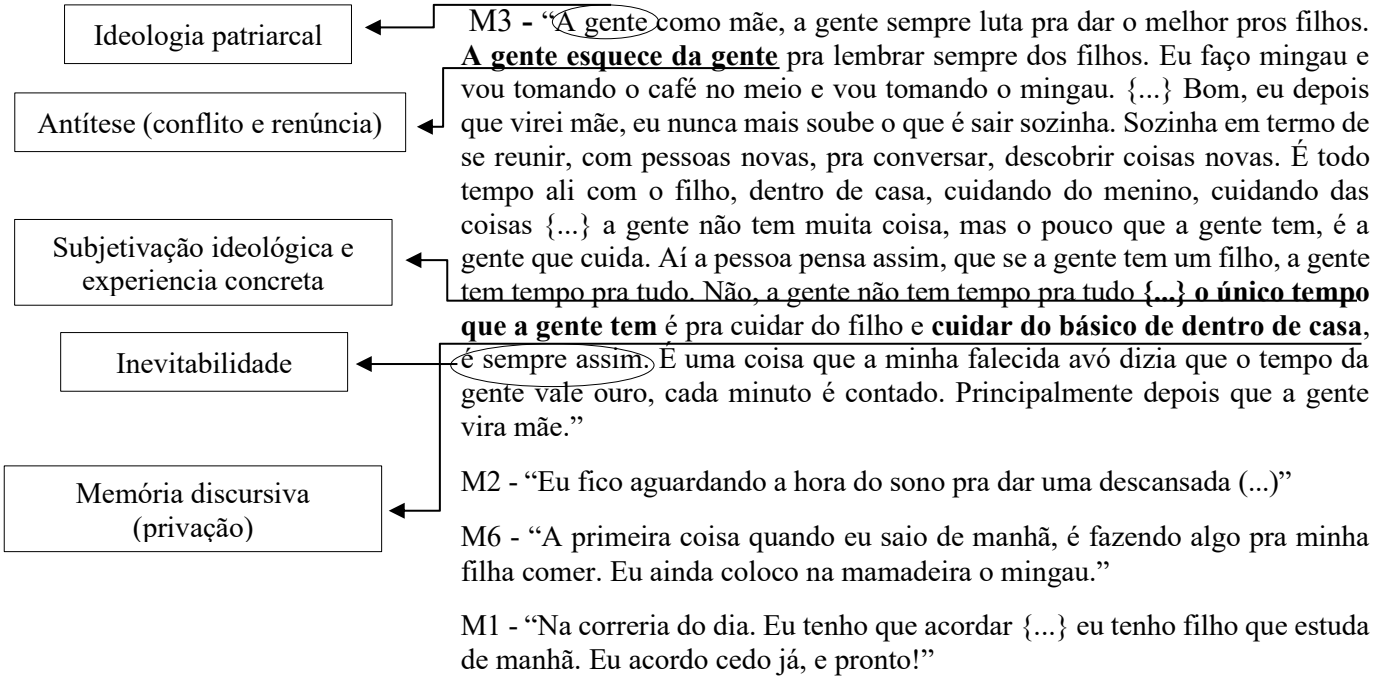
A metáfora no discurso de **M2 "cada passinho da criança é uma fase"** propõe uma perspectiva teleológica desse desenvolvimento infantil, reforçando a noção de que existe uma progressão linear e natural no desenvolvimento. Ao dizer que existe **fase de correr, tem a fase de querer falar, tem a fase de brigar, de perguntar, de fazer tolice** destaca a percepção do crescimento infantil como um processo dinâmico, formado por diversas fases, cada uma com seus próprios desafios.

Neste contexto, a paciência é retratada como uma característica quase inerente à maternidade, sendo naturalizada como uma obrigação feminina. Esta demanda intensifica o papel de gênero tradicionalmente atribuído às mulheres, quando **M3** diz **coisa de rotina na vida da mãe**, onde a responsabilidade de cuidar e educar os filhos são consideradas responsabilidades primordiais das mães. A pressão exercida sobre as mulheres no cenário da maternidade, traz destaque para intersecção entre papéis sociais, expectativas culturais e as circunstâncias tangíveis que influenciam a **rotina** materna. A paciência não só representa uma virtude essencial, mas também desempenha um papel fundamental na dinâmica do cuidado, simbolizando a habilidade de gerir a complexidade e a incerteza inerentes à experiência materna.

## 8.1. 3 SOBRECARGA MATERNA E OS DESAFIOS DO CUIDADO

O papel de cuidado é frequentemente mencionado e destacado na experiência materna. Contudo, é crucial levar em conta que o ato de cuidar, apesar de essencial, pode resultar em uma sobrecarga considerável para as mães. Conforme mencionado anteriormente, o nascimento de um filho representa simbolicamente o nascimento de uma mãe. No entanto, também é crucial enfatizar que essa mãe também é uma mulher. Esta visão permite evidenciar a dualidade do papel materno, que requer comprometimento e resiliência, mas também pode ser exaustivo e emocionalmente desgastante. Com base nos discursos a seguir, podemos entender mais profundamente as experiências compartilhadas por mulheres mães, que combinam suas

vivências, desafios e reflexões acerca do cuidado e as consequências desse papel em suas vidas diárias:




Com base nos discursos expostos, podemos identificar componentes discursivos que enfatizam a maternidade como um papel sobrecarregado, repleto de obrigações intensas, a invisibilidade do trabalho materno e a perda da individualidade feminina devido às exigências do cuidado e da gestão do dia a dia familiar. Ganham destaque as formações discursivas que naturalizam a sobrecarga materna como se fosse algo inevitável e esperado, esse discurso se alinha a uma ideologia que normaliza o papel da mulher como cuidadora principal, limitando a possibilidade de outras identidades femininas que vão além da maternidade.

No fragmento discursivo de M3 **"a gente como mãe, a gente sempre luta pra dar o melhor pros filhos. A gente esquece da gente pra lembrar sempre dos filhos".** Ao dizer que **luta**, a enunciadora assume uma posição discursiva marcada pelo ideal de maternidade associado ao sacrifício e à doação. Essa posição não é neutra, mas atravessada por um conjunto de valores sociais que projetam um papel idealizado da mãe, muitas vezes relacionado à abnegação e à centralidade da criança em sua vida.

A repetição de construções como **dar o melhor pros filhos** e **esquece da gente** carrega marcas da memória discursiva, ou seja, sentidos já estabilizados e reproduzidos socialmente sobre o que significa ser mãe. A antítese **"a gente esqueceu da gente pra lembrar sempre dos filhos"** evidencia uma relação dialética em que o papel de mãe é confrontado com a identidade individual da mulher e revela uma realidade silenciosa que atravessa gerações: o apagamento da mulher dentro da mãe. A maternidade, frequentemente romantizada, impõe uma

lógica de abnegação que, ao mesmo tempo que fortalece o vínculo com os filhos, fragiliza a individualidade da mulher. O cuidado materno, essencial e visceral, muitas vezes se traduz na renúncia dos desejos, dos projetos e até da própria identidade. O eu se dissolve na função, e a mulher se torna, antes de tudo, mãe. Mas essa entrega absoluta não é sem conflitos: se por um lado há amor e plenitude, por outro há uma ausência de si mesma.

A ideia de **dar o melhor** remete a um discurso socialmente amplificado que liga a maternidade à responsabilidade máxima pelo bem-estar e sucesso dos filhos. A memória discursiva associa o papel da mãe a uma prática de cuidado incondicional e sacrifício, perpetuando uma ideologia que coloca as mães em uma posição de constante demanda e expectativa social. A dialética da maternidade e da identidade feminina é um embate contínuo entre o dever e o desejo, entre a doação e a necessidade de autonomia. A mulher que antes tinha sonhos próprios, agora os recalcula a partir da vida dos filhos. No entanto, a contradição essencial dessa relação é que, para ser uma mãe plena, é preciso ser também uma mulher inteira. Não há cuidado genuíno quando se está esgotada, não há presença quando há apenas renúncia.

As formações discursivas se inscrevem em uma ideologia patriarcal, em que a identidade feminina é fortemente ligada à maternidade e ao cuidado doméstico. A recorrência da expressão **"a gente"** reforça um coletivo materno que compartilha experiências semelhantes, como se houvesse uma identidade comum às mulheres-mães que vivem essa rotina exaustiva.

A fala de **M6**, **“a primeira coisa quando eu saio de manhã, é fazendo algo pra minha filha comer. Eu ainda coloco na mamadeira o mingau”**, revela um compromisso diário que começa logo no início do dia. Essa rotina é apresentada como supervisionada e central na organização do cotidiano, reforçando uma formação discursiva que associa a maternidade à dedicação e ao cuidado. Por outro lado, **M2** afirma: **“eu fico aguardando a hora do sono pra dar uma descansada”**, revelando a exaustão física e emocional que acompanha as múltiplas funções desempenhadas pela mãe. Essa fala explicita as condições concretas de vida das mulheres-mães, que muitas vezes encontram no sono da criança o único momento de pausa, o que evidencia a tensão entre o ideal de maternidade abnegada e as limitações humanas.

Essa exaustão pode ser vista também no discurso de **M3 "o único tempo que a gente tem"** evidencia a tensão entre a subjetivação ideológica e uma experiência concreta de sobrecarga. A formulação **"cuidar do filho e cuidar do básico de dentro de casa"** mobiliza sentidos estabilizados na memória discursiva que associam as mulheres, especialmente as mães, ao espaço privado e às atividades relacionadas ao cuidado e à reprodução social. Ao utilizar a expressão **é sempre assim** reforça a permanência e a inevitabilidade dessa configuração,

sugerindo que ela não é apenas uma escolha pessoal de **M3**, mas uma condição socialmente estruturada e perpetuada. A memória discursiva aqui opera para sustentar a ideia de que essa divisão de responsabilidades é natural e imutável.

**M3** é interpelada pela ideologia que associa a maternidade à exclusividade e à dedicação integral. A formulação **depois que virei mãe** marca uma ruptura subjetiva: a transformação da identidade do sujeito em relação à experiência da maternidade. O discurso reflete a internalização de uma ideologia que define o papel materno como centralizador e inescapável, criando um efeito de apagamento das outras dimensões da vida da mulher. A ausência da experiência de **sair sozinha** evidencia uma relação de dependência simbólica e prática entre mãe e filho, que é naturalizada como uma exigência da maternidade. Freire destaca que o diálogo é essencial para a emancipação, no entanto, as falas mostram um isolamento social significativo O caminho para a transformação passaria pela criação de espaços educativos e comunitários que permitam às mulheres ampliar sua participação social e fortalecer sua autonomia.

O uso da expressão **"todo tempo ali com o filho, dentro de casa"** retoma um imaginário social de maternidade vinculada ao espaço privado, reforçando a ideia de que o lugar da mãe é no lar e que sua principal função é estar presente para atender às necessidades da criança. A falta de interação com outras pessoas fora do núcleo familiar reduz as oportunidades de troca de saberes e de crescimento crítico, aspectos fundamentais para uma prática libertadora ou seja uma educação que possibilite o desenvolvimento do pensamento crítico e a libertação das opressões estruturais. No contexto dessas mães, seria necessário um espaço de diálogo e formação para que pudessem refletir sobre suas condições, compartilhar experiências e buscar caminhos para equilibrar maternidade e desenvolvimento pessoal.

O cuidado aparece como um trabalho exclusivamente feminino, enquanto a sobrecarga e o cansaço. Além disso, as comparações utilizadas por **M1 "é igual um relâmpago"**, ilustra a percepção de que a maternidade e suas demandas são avassaladoras, reforçando o sentimento de que as mães não possuem espaço. Enquanto a metáfora utilizada por **M3 "o tempo da gente vale ouro"** sublinha a pressão sobre as mães para gerenciar tarefas em uma rotina extenuante, na qual o tempo é praticamente inexistente. Freire vê a **humanização** como um processo em que o sujeito toma consciência de sua própria história e de sua capacidade de transformação. A metáfora "**o tempo da gente vale ouro**" ilustra a percepção do tempo como um bem escasso e precioso, mas utilizado quase exclusivamente para atender às demandas dos outros. A comparação "**a correria do dia é igual um relâmpago**" reforça essa ideia de falta de tempo

próprio, o que pode gerar uma vida mecânica, desprovida da reflexão necessária para promover mudanças.

Essa ideia revela o impacto do isolamento social na experiência da maternidade quando **M3** aponta que **nunca mais soube o que é sair sozinha. Sozinha em termo de se reunir, com pessoas novas, pra conversar, descobrir coisas novas**. Essa fala traz um tom de lamento, diminuindo a percepção de que a maternidade implica na perda de autonomia e de aspectos da identidade individual.

O desafio, então, é romper com essa dicotomia que coloca a maternidade como uma condição exclusiva, em que ser mãe significa deixar de ser mulher. Talvez o caminho esteja no equilíbrio: amar os filhos sem esquecer de si, cuidar sem anular-se, ensinar pela presença, mas também pelo exemplo de uma vida que continua para além do maternar. Ser mãe não deve ser um ponto final na identidade da mulher, mas uma vírgula que a amplia. Afinal, lembrar dos filhos não precisa significar esquecer de si.

## 8. 2 A ORIGEM DO SABER

### 8. 2. 1 A CONSTRUÇÃO DO SABER MATERNO E SUA INFLUÊNCIA NO CUIDADO INFANTIL

A maternidade é uma característica intrinsecamente relacionada ao contexto social em que está inserida, sendo impossível dissociar aa figura materna das interações sociais que possibilitam o exercício de suas funções de cuidado. As práticas de cuidado, bem como eventuais lacunas nesse processo, são profundamente influenciadas pela ancestralidade da mãe, pelas condições socioeconômicas em que vive, pelas especificidades culturais que o envolvimento e pelo momento histórico. A influência da ancestralidade no ato de cuidar e a transmissão de saberes podem ser evidenciadas nos trechos a seguir.

Confiança

Valorização e legitimização

Afetividade

M3 - "Na gripe eu **só dou o chá de vick**, quem faz pra mim é a vovó, com um vick em planta. Geralmente, ferve a água, coloca a planta e tampa (...) Esses medicamentos quando eu não tenho, eu pego lá na horta da vovó. Ela gosta de plantar esses remédios caseiros e a gente pega lá. **Eu sempre escuto esses mais antigos**. Eu aprendi muito com a minha sogra também, quando eu saí da minha mãe e vim pra cá. Quando acabou o meu resguardo e vim pra cá, eu aprendi muita coisa com ela"

M5 - "Eu tinha uma vizinha que ela me ensinava como ela fazia o mingau. Ela me falava que ela ralava a banana, deixava ficar no sol. Ela tinha um pilão**zinho**, que ela batia bem batid**inho**, era que nem a massa. Ela colocava numa lat**inha** e de lá fazia o mingau pros filhos (...) Ela me ensinava isso também, a vizinha ela dizia que tem uma planta que é roxinha, que é pra diarreia {...} o marupazinho, eu plantei quando eu tava grávida. Ela dá uma

> batatinha, a gente quebrava a batatinha e colocava pra ferver, fazia o chá e dava na chuquinha pra criança {...} tudo isso ela me ensinou e eu plantava essas plantinhas"
>
> M1 - "Eu no meu dia a dia, antes de ser mãe, eu fui aprendendo com a minha mãe. Ela foi me ensinando, ela sempre me explicava "Minha filha quando tu for mãe, é assim assim assim. Assim que a gente deve cuidar dos filhos da gente. Assim que na vida da gente a gente tem que ir fazendo isso".

A análise do discurso da linha francesa, busca compreender como os sentidos são produzidos nas práticas discursivas, levando em conta aspectos ideológicos e históricos. Aplicando essa perspectiva as práticas discursivas apresentados, podemos identificar elementos importantes sobre o processo de aprendizagem das mães ribeirinhas no cuidado com seus filhos.

Os discursos femininos revelam a profundidade da transmissão intergeracional de saberes, evidenciando o legado compartilhado entre gerações. Esse conceito, amplamente explorado no âmbito da psicologia, remete à perpetuação de uma herança intergeracional, composta por imagens e identificações. Trata-se de um processo de transmissão que opera em prol da tessitura dos vínculos e da constituição histórica do sujeito.

A memória discursiva, refere-se ao conjunto de discursos já ditos que influenciam o que pode ser dito no presente. Nos depoimentos das mães, há uma forte presença da memória discursiva em relação ao cuidado infantil, transmitida por gerações. O saber não é individual, mas coletivo, e é repassado por meio de diferentes sujeitos: avós, mães, vizinhas e até profissionais de saúde.

No enunciado **"Na gripe eu só dou o chá de Vick, quem faz pra mim é a vovó"**, evidencia-se a confiança no saber ancestral transmitido pela geração precedente, o qual é eleito como primeira escolha pela **M3** ao enfrentar essa enfermidade, aqui a avó desempenha um papel central na preservação do conhecimento tradicional. Esse discurso é permeado pelas condições sociais e culturais que o sustentam, especialmente considerando seu contexto de produção em uma comunidade ribeirinha, onde os anciãos ocupam uma posição de autoridade como observado no enunciado "**eu sempre escuto desses mais antigos"**, a experiência dos mais velhos é valorizada e legitimada.

Destaca-se, igualmente, a figura da sogra para **M3**, no enunciado **"eu aprendi muito com a minha sogra também"**, além da mãe, outras mulheres próximas também desempenham esse papel de educadoras. Para **M5** essa figura é representada pela vizinha nos trechos **"eu tinha uma vizinha que ela me ensinava como ela fazia o mingau"** e **"tudo isso ela me ensinou"**. Enquanto para **M1** essa figura é representa pela mãe como **"eu fui aprendendo com a minha mãe"**.

A interdiscursividade refere-se à forma como diferentes discursos se cruzam e se articulam. No caso das mães ribeirinhas, há um encontro entre o saber popular/tradicional e o saber biomédico. Isso pode ser observado no fragmento discursivo de **M2** quando menciona **"Foi a enfermeira que me ensinou. Ela me ensinou porque eu não tinha conhecimento assim."** Há aqui uma valorização do conhecimento profissional, que convive com o saber tradicional das plantas medicinais e das práticas herdadas das gerações passadas. Esse cruzamento de discursos revela que o conhecimento sobre o cuidado infantil não é homogêneo, mas atravessado por diferentes vozes e ideologias. De um lado, há o saber médico-científico, ligado a instituições de saúde; de outro, há o saber tradicional, passado oralmente e baseado na experiência.

A polissemia do discurso manifesta-se na valorização de figuras femininas como fontes primordiais de sabedoria e apoio, frequentemente representadas por mulheres mais velhas. Nesse contexto, o saber feminino surge como um alicerce fundamental para a vivência e as experiências dessas mulheres. Sob uma perspectiva histórica, tal percepção está intrinsecamente relacionada ao papel social atribuído à mulher-mãe enquanto principal cuidadora, perpetuando um estilo de cuidado transmitido culturalmente.

Evidencia-se a formação discursiva vinculada aos saberes que são tecidos pelo conhecimento da natureza, presente no fragmento discursivo de **M3 “eu pego lá na horta da vovó. Ela gosta de plantar esses remédios caseiros e a gente pega lá”**. Os termos **horta da vovó** e **remédios caseiros** remete ao discurso que valoriza o uso de plantas medicinais e ingredientes naturais como fontes de saúde e bem-estar.

Essa valorização também pode ser vista nos termos **“pilãozinho”**, **“batidinho”**, **“roxinha”**, **“batatinha”** e **“plantinha”** utilizados pela **M5** ao descrever uma prática transmitida pela sua vizinha. A utilização recorrente dos sufixos diminutivos “**inho(a)**” revela, nesse contexto, uma carga semântica marcada por afetividade e admiração em relação ao saber partilhado. Assim, é possível reconhecer na afetividade o seu aspecto social, extremamente dinâmico e formador da personalidade humana, além de estabelecer a conexão entre o indivíduo e a procura pelo conhecimento, que se fortalece através das interações sociais. Esta dinâmica demonstra como o aprendizado, envolto em uma rede de significados emocionais e culturais, vai além da simples transmissão de informações, criando um sentimento de pertença.

Observa-se, a partir da enunciação de **M1**, que o processo do saber transcende as relações familiares, manifestando-se também no compartilhamento de experiências no âmbito comunitário, especialmente por meio das vivências compartilhadas entre outras mulheres:

> M1 - “Sempre quando eu ia pro meu pré-natal, quando eu ia pro posto, lá onde eu sentava, eu ia conversando com as colegas que tavam do meu lado, que já tinham filho primeiro que eu. E eu né, era mãe de primeira vez e ia tirando minhas dúvidas. Elas iam me falando quando chegasse no período do parto, como era a dor, tinha diferença de filho homem pra filha mulher {...} Quando sentisse a dor assim, quando viesse com aquele sinal, já era pra ter (...) era a mesma coisa quando a gente ia pro posto dar vacina né, a gente ia conversando. Se alguém visse uma manchinha assim, falava: olha fulana, tal coisa é bom pra isso aqui! Eu fui aprendendo muito assim, graças a Deus”

No fragmento dialógico analisado, pode-se identificar o posicionamento do enunciador ao destacar o discurso **“Mãe de primeira vez”**, que reflete que o aprendizado ocorre no diálogo com mulheres da comunidade especialmente entre mães de primeira viagem e mães mais experientes. Quando **M1** afirma **“eu ia conversando com os colegas que tava do meu lado”**, evidencia-se como o saber sobre a maternidade é construído coletivamente em espaços cotidianos o que mostra que o saber não está restrito a instituições formais, mas é construído coletivamente na experiencia vivida. Nesse contexto, como as relações interpessoais emergem como elemento central, o aprendizado ocorre a partir do compartilhamento de experiências, tecendo uma rede de significados que legitimam as vivências individuais como fontes valiosas de saber.

As mães estão inseridas em uma formação discursiva que valoriza o saber empírico e comunitário. O conhecimento transmitido não é mediado por uma autoridade científica (como um médico ou enfermeiro), mas por outras mães que já passaram pela experiência. Isso indica a legitimação do discurso oral como fonte de aprendizado e a valorização de saberes populares.

Conforme Freire (2011), o conhecimento se concretiza tal como apresentado no discurso supracitado, sendo construído pelos próprios sujeitos em suas relações dialéticas com o mundo. Nesse contexto, o mundo é simbolizado pelas consultas de pré-natal e pela vacinação, enquanto os pares são representados por outras mulheres. Assim, os sujeitos, aqui personificado pela **M1**, desenvolve o saber a partir de situações existenciais, como exemplificado na fala: **“elas iam me falando quando chegasse no período do parto, como era a dor, tinha diferença de filho homem pra filha mulher”**. Esse fragmento evidencia o papel ativo dessas mulheres no processo de aquisição e produção do conhecimento.

As formações discursivas das mães evidenciam um processo de socialização e transmissão de saberes tradicionais, demonstrando que o aprendizado sobre maternidade e saúde infantil não é apenas técnico, mas também carregado de significados culturais. O uso de exemplos práticos, como a dor do parto e os sinais de alerta, mostra como o conhecimento se ancora em experiências concretas e na memória coletiva.

Os saberes femininos nos incitam a assumir a autoridade sobre nossas próprias narrativas, edificando e transmitindo histórias que expressam nossos valores intrínsecos e conhecimentos ancestrais. É a partir desse movimento que se consolidam as estruturas de pertencimento, as dinâmicas de sociabilidade e os princípios de partilha que fundamentam nossas relações.

## 8. 2. 2 INTERAÇÕES E TROCA DE SABERES ENTRE AS MÃES E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O cuidado à saúde de crianças em comunidades ribeirinhas reflete um complexo entrelaçamento entre o saber popular e o saber científico. As mães ribeirinhas, principais agentes desse processo, articulam práticas tradicionais enraizadas em conhecimentos transmitidos intergeracionalmente e orientações biomédicas provenientes dos serviços de saúde. A intermediação entre essas duas esferas de conhecimento é um fator determinante para a qualidade e eficiência do cuidado:

| | |
|---|---|
| Validação | M3 – "**A enfermeira me ensinou assim**, ela mandou eu misturar banha de galinha e aquele outro (...) e sebo de Holanda, aí esquenta e passar na garganta." |
| Confluência de dois saberes | M2 – "**Pra garganta eu dou ibuprofeno, eu passo a ganha de galinha com cebo de Holanda**, que foi a enfermeira que me ensinou. Ela me ensinou porque eu não tinha conhecimento assim. Quando a gente não tem filho, a gente não tem conhecimento né. Aí ela me deu a banha de galinha com sebo de Holanda misturado, aí a gente amorna e passa na garganta. Eu faço quando ela tá com a garganta." |
| Limite | M1 – "**Quando o remédio caseiro não dá jeito mesmo**, que é constante, a gente já leva na unidade e aí eles passam remédio. (...) Quando aqui não dá jeito, que tá bem mesmo (,) a criança fica desidratada, **eles encaminham a gente pra ir pra cidade, pra UPA ou Municipal.**" |
| Presença de um não dito | |
| Consciência | M5 – "O suporte aqui na comunidade ele é muito bom. **Porque tem outras comunidades que é bem mais longe**. Como na maioria das vezes utiliza o remédio caseiro não surte o efeito que a gente esperava, aí tem que encaminhar. Aqui o suporte é rápido." |
| | M1 – "Aí se não melhorar a gente procura a unidade de saúde que tem aqui, que é o posto. Aí a enfermeira ou o doutor mesmo eles passam o remédio, que é desinflamatório né (...) amoxilina, tem o ibuprofeno também, que ele é desinflamatório; é bom pra dor de cabeça, tanto como pra garganta né." |

Nos discursos de **M3** e **M2**, nota-se a confluência de dois saberes: o popular e o científico. A figura da enfermeira se destaca como uma autoridade que ensinou a mistura, além da menção do ibuprofeno mostrando a incorporação de um discurso biomédico hegemônico, enquanto o saber tradicional, representado pelo uso de elementos como **banha de galinha** e **sebo de holanda**, que remetem a prática ancestral de cuidado ligado a cultura e medicina

popular. Este movimento evidencia um processo de reinterpretação, onde a prática popular adquire legitimidade ao ser transmitida por um especialista em saúde.

O discurso das interlocutoras evidencia uma diversidade discursiva, uma vez que combina várias vozes: a da enfermeira, que se posiciona como sujeito do conhecimento científico, e a das mães, que se apresentam inicialmente como indivíduos que **não tinha conhecimento** e que adquirem conhecimento através da vivência da maternidade e da orientação profissional. A expressão "**quando não temos filhos, não temos conhecimento**" indica que a memória do "não saber" antes de ter filhos, mostra que o cuidado também esta ligado a experiencia de vida, um processo construído socialmente não inato.

No interdiscurso há uma sobreposição de vozes a voz da Enfermeira e as vozes da tradição ribeirinha indicando que o cuidado infantil nesse contexto não é puramente tradicional nem totalmente medicalizado, mas uma negociação de saberes.

A redundância de estruturas discursivas e a utilização de expressões como "**a enfermeira me ensinou"** favorecem um efeito de evidência, isto é, promovem a elaboração de um discurso que se revela natural e inquestionável. Ao declarar que a prática tradicional foi transmitida por uma profissional da saúde, ocorre uma legitimação que aloca esse saber dentro da normatividade biomédica, o que corrobora a ideologia de que o conhecimento adquire validade unicamente quando validado pela ciência. Apesar de aparente harmonia entre os saberes, a necessidade de validação pela Enfermeira expõe a dominação do discurso científico sobre o discurso tradicional evidenciando como o poder se exerce através da linguagem, moldando as práticas de cuidado

Os cuidadores assumem um lugar de fala onde se posicionam como não detentores exclusivos do saber tradicional (pois aprenderam com a enfermeira), mas também não se submetem totalmente ao saber biomédico já que adaptam o conhecimento com práticas como **"amornar a mistura".** A descrição detalhada do preparo **"esquenta e passa na garganta"** reforça um discurso de experiência prática.

Freire contesta a concepção de que o saber deve ser depositado nas pessoas por uma autoridade. A atitude da enfermeira, ao instruir sobre conteúdos que já integram a cultura da comunidade, não caracteriza uma mera transmissora de conhecimento, mas sim uma facilitadora da interlocução entre diferentes saberes. Assim, ela auxilia as mães a reconhecerem que seu saber possui valor e pode ser desenvolvido por meio da interação com a biomedicina.

A memória discursiva mostra que o remédio caseiro é sempre a primeira opção indicando uma prática cultural enraizada, a medicina institucional é acionada quando a situação agrava, isso fica evidente quando **M1** diz "**quando o remédio caseiro não dá jeito mesmo"**.

O fragmento discursivo de **M5 “Como na maioria das vezes utiliza o remédio caseiro, não surte o efeito que a gente esperava, aí tem que encaminhar"** reforça essa ideia sugerindo que a medicina tradicional é válida até certo ponto sendo substituída pelo discurso médico hegemônico em situações críticas sugerindo que há uma hierarquia do saber.

A reiterada utilização da construção condicional de **M1** "**quando não dá jeito**" acentua um efeito de evidência, fazendo com que o interlocutor perceba de forma natural que a biomedicina se configura como a instância conclusiva e decisiva para a resolução de questões relacionadas à saúde. Esse dispositivo linguístico oculta as condições materiais e estruturais que frequentemente forçam as comunidades ribeirinhas a recorrerem a medicamentos caseiros antes de procurarem assistência médica, como a dificuldade de acesso a serviços de saúde.

Os cuidadores se posicionam dentro de uma formação discursiva que mistura cuidado familiar e acesso a saúde **M5** reforça a visão positiva do suporte local quando declara que "**o suporte aqui na comunidade ele é muito bom**", mas também reconhece sua limitação ao dizer “**quando o remédio caseiro não surte o efeito**”. Existe uma omissão no discurso: a alusão a comunidades mais distantes, a expressão "**porque tem outras comunidades que é bem mais longe"** revela uma consciência da desigualdade no acesso a saúde, mas também uma resignação ao dizer **“aqui o suporte é rápida"**, essa ajuda ainda pode ser restringida. estabelece uma oposição implícita, na qual a comunidade da enunciadora se adapta as estruturas disponíveis.

Ademais, **M1** assume um discurso de mediação entre a comunidade e o sistema de saúde ao dizer “**eles encaminham a gente pra ir pra cidade**” o discurso médico aparece como uma instância de poder que legitima o encaminhamento evidencia uma dependência institucional, no qual a assistência médica especializada torna-se acessível exclusivamente por intermédio dos profissionais de saúde. Tal contexto evidencia uma naturalização das limitações do acesso a saúde mostrando uma dinâmica de poder e um acesso desigual aos serviços de saúde, evidenciando de que forma as políticas públicas podem influenciar as práticas e as percepções em relação ao cuidado.

O discurso de **M1** não surge isoladamente, mas dentro de um contexto de precariedade no acesso à saúde. A necessidade de deslocamento para a cidade para conseguir atendimento adequado pra **ir pra cidade**, **pra UPA** ou **Municipal** sugere a insuficiência da assistência local, embora isso não seja explicitamente tematizado na fala. Essa omissão indica a presença de um não dito, ou seja, um elemento silenciado no discurso que poderia revelar desigualdades no sistema de saúde.

Do ponto de vista ideológico, a fala de **M1** se insere dentro de uma formação discursiva que reforça a ideia de que o Estado detém o monopólio do cuidado formal à saúde, enquanto o saber popular ocupa uma posição secundária e emergencial. Entretanto, a permanência do uso dos remédios caseiros evidencia a resistência de práticas tradicionais, mesmo diante da hegemonia do discurso biomédico que domina, mas não apaga completamente o saber tradicional, que persiste como primeira instância de cuidado. A fala das cuidadoras é, portanto, um espaço de negociação entre resistência e adaptação.

Outro aspecto relevante que não foi mencionado é a carência de questionamentos acerca da ausência de políticas que promovam a integração entre os conhecimentos populares e os biomédicos. As cuidadoras não questionam o sistema de saúde, mas mostram uma estratégia de sobrevivência dentro dele, seus discurso restringe-se a acolher a lógica dominante sem questioná-la, evidenciando um efeito ideológico: a aceitação inerte de uma configuração desigual no acesso à saúde.

Essa hierarquia da biomedicina sobre o saber popular é confirmada a partir da invalidação do discurso das mães quando citam o uso da prática popular, como observada na fala de **M1**:

> M1 – "Aqui na comunidade é assim, a dismintitura, tem médico que não reconhece isso. Se for falar lá, falta bater. Fala que é bobagem, falta bater {...} aí pronto, puxa!"

A formação discursiva de **M1** expressa uma vivência compartilhada em um contexto social particular o de uma cuidadora de comunidade ribeirinha que ocupa uma posição de mediadora entre a cultura ribeirinha e as instituições externas. Sua fala revela um conflito discursivo entre duas formas de conhecimento: o saber popular e o saber científico que são marcados por assimetria de poder. O discurso ribeirinho reconhece a **dismentidura** (termo utilizado para referir a deslocamento, contusão, luxação, entorse ou desconjuntamento) como uma condição válida que indica um saber que se fundamenta nos saberes tradicionais e na vivência prática, embora esse termo não seja reconhecido pela medicina convencional que muitas vezes desconsidera o contexto cultural.

Na polifonia do discurso as vozes das cuidadoras da comunidade assumem um lugar de resistência contra o discurso médico que desconsidera as especificidades culturais como podemos observar no fragmento discursivo de **M1 "existe médico que não reconhece isso"** revela a tensão existente entre esses discursos, sublinhando uma dinâmica de poder e a competição pela legitimação do saber, denunciando uma violência simbólica na qual o conhecimento da comunidade é deslegitimado.

A enunciadora se encontra inserida em uma configuração discursiva que valoriza a vivência prática e diária no âmbito da atenção à infância. A maneira pela qual ele elabora a narrativa expõe um ressentimento ou uma indignação em relação à desvalorização desse conhecimento por parte dos médicos, que detêm uma posição de autoridade no âmbito da formação discursiva da biomedicina. A construção "**falta bater**", repetida em duas ocasiões, ressalta essa relação conflituosa, insinuando uma sensação de opressão e silenciamento do conhecimento popular diante do discurso institucional.

A expressão "**Se for falar lá, falta bater**" constitui uma metáfora que pode simbolizar a violência institucional, sugerindo que, para o médico, a solução seria uma correção física (castigo), em vez de entender a condição da criança que é descrita pela cuidadora dentro de seu contexto cultural, o que acentua o sentimento de rejeição e descrédito experimentado pelos habitantes da comunidade ao manifestarem sua impressão acerca da saúde infantil. A reiteração dessa expressão acentua a ideia de exclusão discursiva, na qual a voz dos indivíduos da comunidade é desmerecida.

A formação discursiva de **M1** revela uma ideologia de subalternização, na qual o saber dominante (médico-científico) se impõe sobre o saber tradicional quilombola. Em outro momento há também uma ideologia de resistência, pois a cuidadora contesta essa ordem, afirmando o direito da comunidade a ser ouvida e respeitada.

Pêcheux destaca que o discurso carrega sempre marcas do interdiscurso, ou seja, de outros discursos que o atravessam e o constituem. Aqui, há um não-dito que remete ao histórico de marginalização dos saberes populares em relação à medicina institucional. O trecho sugere que há uma hierarquia entre os saberes, na qual o conhecimento médico oficial se impõe e deslegitima a experiência empírica da comunidade.

A fala de **M1** expressa o que Freire denomina de cultura do silêncio, na qual os oprimidos têm sua voz deslegitimada e são instruídos a questionar a validade de seu próprio saber. Dentro da perspectiva freireana, o verdadeiro conhecimento não deve ser imposto de forma vertical, mas sim elaborado coletivamente através do diálogo. Entretanto, no fragmento analisado, o que se observa é exatamente o oposto: a comunidade busca manifestar sua experiência, porém é alvo de ridicularização e silenciamento, o que fortalece a estrutura de opressão.

O saber também pode emergir do cuidado exercido por figuras de autoridade dentro da comunidade, como no caso de **M1**, que, ao desempenhar a função de puxadora, obtém reconhecimento devido à sua expertise em situações de **"dismentidura"**. Sua função transcende o auxílio prático, firmando-se como uma fonte de conhecimento e experiências

compartilhadas, principalmente em situações em que a medicina institucional não reconhece percepções e práticas locais.

> M3 – “O meu filho mais se dismenti, do que adoece. Quando ele se dismenti eu levo pra ela (M1), ta aqui o meu remédio {...} eu só levo pra ela puxar. (...)”
>
> M1 – “Esse negócio de dismintitura, eu nasci com esse dom. Eu descobri que tinha esse dom e queria e queria aprender mais, pra mim poder fazer o certo e não machucar, principalmente em criança pequena. Aí eu iniciei um curso de massagem, só que foi no tempo que conheci meu esposo, aí eu parei, fechei, não terminei mais {...} eu aprendi um bucado de coisa (...) Como Deus me deu esse dom.”

**M1** ocupa um lugar de autoridade dentro da comunidade devido ao seu conhecimento sobre a "dismentidura", enquanto **M3** legitima essa posição ao reconhecer sua eficácia e confiar nela como principal referência no cuidado do filho. A declaração de **M3** "**O meu filho mais se dismenti, do que adoece**" sinaliza um desvio em relação à narrativa biomédica. A diferenciação entre **dismentir** e **adoecer** indica uma lógica singular na compreensão da saúde, na qual a "dismentidura" não é considerada uma enfermidade típica, mas sim um estado particular que demanda uma forma distinta de atenção (aquela proporcionada por **M1)**. Esse enunciado não apenas valida o conhecimento popular, mas também evidencia a inadequação da medicina institucionalizada em entender e abordar essa condição.

Por sua vez, a declaração de **M1** "**esse negócio de dismintitura, eu nasci com esse dom**", insere-se em uma configuração discursiva diferenciada, na qual o saber não é obtido de maneira formal, mas sim outorgado por uma entidade superior, evidenciando a dimensão simbólica e espiritual do cuidado. A repetição da palavra **"dom"** (3 vezes) associada a Deus constrói uma imagem de legitimação sagrada ("Como Deus me deu esse dom"). Isso vincula sua prática a uma missão, não apenas a uma técnica aprendida, reforçando autoridade moral. Essa perspectiva difere da lógica biomédica, a qual baseia sua autoridade no saber científico e na validação formal.

Nesse contexto, o **dom** é entendido como um componente fundamental e decisivo na existência e na identidade do indivíduo que o recebe. Não é possível desconsiderá-lo ou evitá-lo, uma vez que envolve um convite inexorável, outorgado por Deus, que necessita ser direcionado ao atendimento do bem-estar da coletividade. Além de representar uma competência, o talento constitui a condição essencial que valida tanto a assimilação quanto a execução do ato de puxar, convertendo-se na base primordial para desarticular a **dismentidura** e restaurar o equilíbrio corporal.

A expressão "**Como Deus me deu esse dom**" coloca a prática de **M1** em uma esfera sagrada, atribuindo-lhe um status singular dentro da comunidade o *ethos* de "cuidadora divina". Esse componente reforça sua posição argumentativa, uma vez que gera um efeito de autoridade que não pode ser facilmente refutado dentro dessa construção discursiva.

Entretanto, **M1** também ressalta um empenho individual para melhorar sua atuação "**queria aprender mais, pra mim poder fazer o certo e não machucar, principalmente em criança pequena**". Neste contexto, observa-se uma tentativa de reconciliar a ideia de **dom** com a busca por aprimoramento técnico, o que pode ser compreendido como um movimento discursivo que visa conferir maior legitimidade ao conhecimento apresentado. Esse empenho, entretanto, é suspendido ao ser citada a afirmação de que "**iniciei um curso de massagem (...), mas parei, fechei, não terminei mais**". A incompletude do curso ("parei, fechei") não invalida seu saber, mostrando que a comunidade ribeirinha valoriza outras formas de conhecimento.

Esse excerto revela uma hibridização discursiva: o **"dom"** (saber ancestral/intuitivo) coexiste com o curso (saber institucionalizado) revelando uma identidade construída na intersecção entre o divino e o aprendizado, típico de comunidade onde os saberes coexistem.

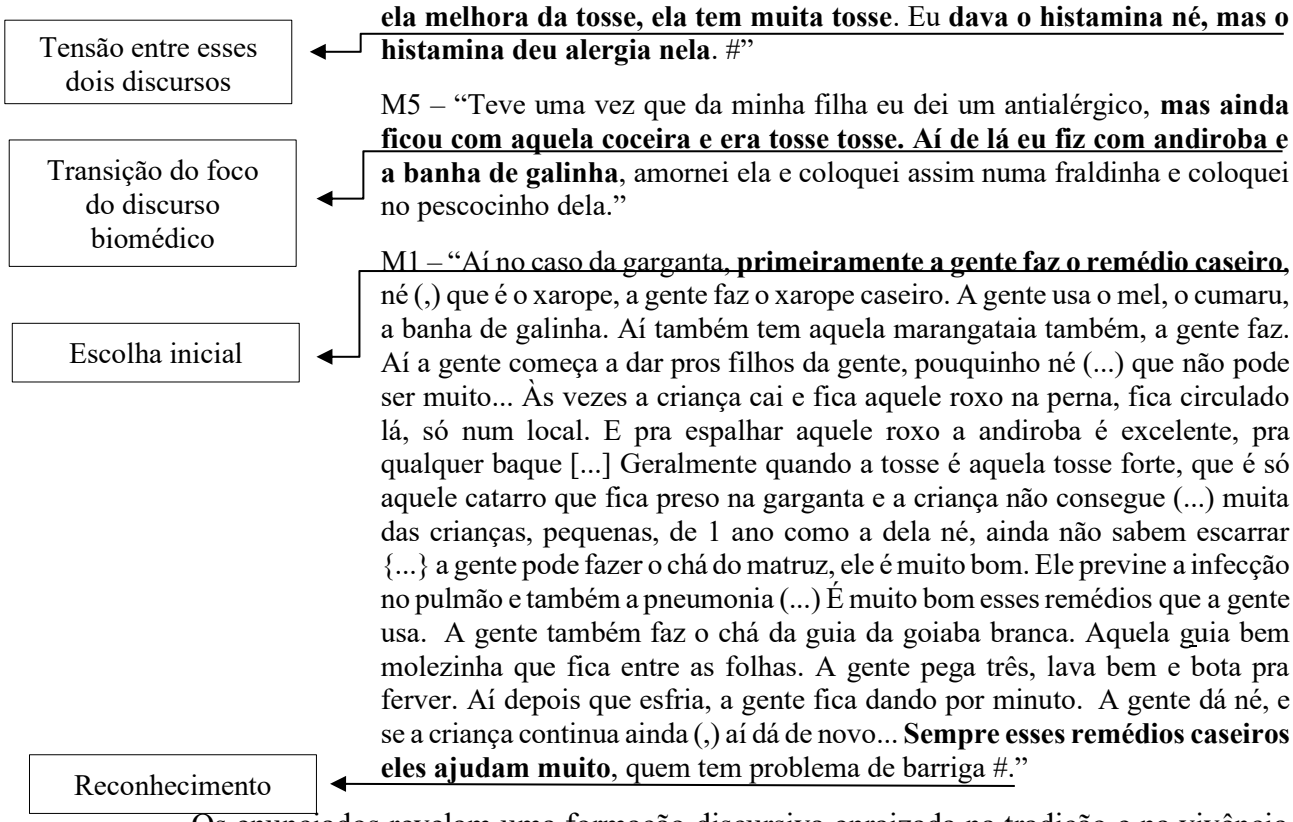
A fala de ambos os sujeitos mais uma vez evidencia a marginalização do saber popular, que não possui espaço nas instituições de saúde e, portanto, persiste e se mantém vigente na oralidade e na prática habitual. A análise do discurso propicia a compreensão de como esses discursos são permeados por ideologias e relações de poder, evidenciando que a linguagem não é neutra, mas sim um território de contestação pelo significado e pela legitimação do conhecimento.

## 8. 2. 3 OS SABERES DO USO DAS PLANTAS MEDICINAIS NO CUIDADO INFANTIL

As comunidades ribeirinhas, guardiãs de tradições ancestrais preservam um rico conhecimento sobre o uso de plantas medicinais no cuidado infantil. Esse saber reflete uma profunda conexão com a natureza e uma visão holística da saúde, integrando corpo, mente e espírito. A medicina tradicional oferece não apenas alternativas naturais de cuidado, mas também ensina sobre prevenção, respeito aos ciclos da vida e a importância da ancestralidade como podemos observar nos fragmentos discursivos que se seguem:

> M5- "Pra tosse a gente a gente sempre coloca o cumarú, aí na verdade a gente faz o chá. Na realidade, tem muita gente que faz o chá. Ele é um hapivid, às vezes eu quebro, coloco num copo com água. Às vezes coloco até na geladeira pra ficar mais friozinho um pouco né, ai eu dou pra ela tomar. E isso ajuda a soltar o catarro."
>
> M4 – "Eu faço o cumaru, a folha grossa, coloco um pingo de limão. Aí eu fervo e guardo num vidrinho pra ficar dando pra ele. **Às vezes é com isso que**

Atribuição de valor




Os enunciados revelam uma formação discursiva enraizada na tradição e na vivência coletiva, onde o saber acerca dos remédios caseiros se dissemina de maneira oral e é legitimado por sua aplicação prática e pela passagem entre gerações. Essa visão contrapõe-se ao discurso biomédico predominante, que dá prioridade a fármacos industrializados e a abordagens científicas de tratamento.

No trecho de **M4 "Às vezes é com isso que ela melhora da tosse, ela tem muita tosse. Eu dava o histamina né, mas o histamina deu alergia nela"**, há uma tensão evidente entre esses dois discursos. A ocorrência de uma reação adversa da criança ao medicamento corrobora a validade do conhecimento popular, uma vez que o tratamento convencional revela-se ineficaz ou até nocivo. Nesse sentido, o relato da experiência vivida pela mãe prevalece sobre a autoridade do discurso biomédico, evidenciando uma mudança de confiança em direção aos métodos tradicionais.

Os sujeitos estabelecem a legitimidade do conhecimento popular por intermédio de uma narrativa fundamentada na experiência prática e nas consequências observadas. A utilização de expressões como "**Na realidade, há muitas pessoas que preparam o chá**" (**M5**) indica que o saber acerca do cumaru não é algo pessoal, mas está, de fato, compartilhado e reconhecido dentro da comunidade. A alusão ao costume coletivo reforça a legitimidade desse conhecimento, contrastando com o modelo biomédico que, frequentemente, ignora ou desmerece tais práticas.

A escolha das palavras também reforça a certeza e eficácia do tratamento caseiro. **M5** afirma: "**e isso ajuda a soltar o catarro**", atribuindo um efeito direto ao remédio natural. O uso da conjunção **"e"** elimina dúvidas ou hesitações, criando um enunciado assertivo. Já **M4**, ao dizer "**Às vezes é com isso que ela melhora da tosse**", insere uma certa modulação, reconhecendo que o resultado pode variar, mas ainda assim atribuindo valor ao remédio caseiro.

Há uma construção retórica que contextualiza e questiona a eficácia da medicina alopática, ao mesmo tempo em que enaltece a utilização de medicamentos caseiros. **M5** ressalta que o medicamento **antialérgico** prescrito não solucionou integralmente a questão da sua filha, evidenciando a possibilidade de considerar o tratamento tradicional, que se mostra como uma alternativa mais efetiva.

A utilização do conectivo "**mas**" sugere uma interrupção na expectativa de eficácia do fármaco indicado, evidenciando que o saber médico apresenta limitações que podem ser mitigadas pelo emprego de terapias caseiras. A menção à **andiroba** e à **banha de galinha** não é apresentada como um recurso acessório, mas sim como uma alternativa eficaz, transferindo o foco de legitimidade do discurso biomédico para o conhecimento popular.

Já **M1** reforça a primazia do tratamento natural ao afirmar que **"primeiramente"** a abordagem é feita com remédios caseiros, indicando uma posição de saberes em que o conhecimento tradicional ocupa um lugar central. A utilização desse advérbio estabelece um plano discursivo em que o saber popular assume uma posição central na atenção à saúde.

A expressão "**a gente faz o remédio caseiro**" ressalta a noção de um grupo que compartilha e transmite conhecimentos, caracterizando a atividade como parte integrante de uma tradição coletiva. A formação de expressões como "**a gente faz**" , "**a gente usa**" , "**a gente pega**" indica um processo de elaboração colaborativa, no qual o saber não se restringe a um especialista, mas sim a um conjunto social.

A maneira como **M1** e **M5** organizam seus enunciados não somente corrobora os remédios caseiros, mas também reivindica a legitimidade do saber popular, desafiando a hegemonia da medicina tradicional. A análise desses enunciados à luz das ideias de Michel Pêcheux, revela um confronto discursivo entre duas esferas de conhecimento. O discurso da medicina alopática é contestado e contextualizado, enquanto o saber tradicional é reafirmado em sua legitimidade e eficácia. Este processo evidencia que o discurso não é isento, mas sim um espaço de conflito no qual diversas formações ideológicas se expressam e se opõem.

A elaboração conjunta do conhecimento está alinhada com a pedagogia freireana, a qual compreende o saber como um constructo oriundo da interação e da experiência prática dos indivíduos. Em contraste com a educação tradicional, que apresenta um saber imposto

externamente, o conhecimento popular surge da experiência vivida pelos indivíduos e de sua demanda por soluções para questões concretas.

## 9 DISCUSSÃO

A saúde de crianças menores de cinco anos em comunidades ribeirinhas da Amazônia é influenciada por uma complexa interação entre saberes tradicionais, acesso limitado a serviços de saúde e as particularidades do ambiente amazônico. Nesse contexto, as práticas de cuidado são moldadas tanto pelo conhecimento empírico repassado entre gerações quanto pelas orientações formais de saúde, quando disponíveis. Compreender essas dinâmicas é essencial para desenvolver estratégias eficazes de promoção à saúde que respeitem a cultura local e enfrentem os desafios específicos dessa população.

Considerando que a formação do conhecimento acerca do cuidado de crianças em comunidades ribeirinhas é, em sua essência, fortemente impactada por aspectos culturais, ambientais, sociais e históricos. Essas comunidades, comumente localizadas em áreas remotas e com acesso restrito aos serviços de saúde, elaboram conhecimentos e práticas singulares, que são repassados de uma geração para outra. Cada nova geração absorve a herança cultural de seus predecessores, enquanto também promove mudanças em seus estilos de vida (Aranha, 2006).

Assim, os saberes gerados nas comunidades ribeirinhas surgem, em sua maior parte, da experiência diária, através da observação e da ação prática. Esses conhecimentos, ainda que não organizados formalmente por instituições educacionais, são essenciais para a vida comunitária e são transmitidos entre gerações por meio de interações diretas, especialmente através do convívio cotidiano e do diálogo entre os membros mais experientes e os mais jovens. Assim, os jovens, de maneira gradual, absorvem os saberes essenciais para entender e enfrentar a realidade na qual estão inseridos. Pode-se afirmar, portanto, que há uma estreita relação entre as experiências vividas por essas populações e os saberes construídos ao longo do tempo (Sampaio-Silva e Barros, 2020).

À medida que aumenta a exposição a fenômenos naturais e a situações práticas, o acervo de conhecimentos da comunidade torna-se mais abrangente e consolidado. Essa dinâmica ressalta a importância da experiência sensível e da observação ativa na formação do conhecimento, aspectos que se manifestam como modalidades válidas de aprendizado, intimamente conectadas à forma como o ser humano interage com a natureza. Ao observar, o ser humano realiza uma interpretação e, ao interpretar, vivencia e adquire conhecimentos, assim

perpetuando as informações fundamentais para a vida às margens dos rios (Sampaio-Silva e Barros, 2020).

A transmissão de conhecimentos nas comunidades ribeirinhas ocorre, em sua maior parte, por meio de processos intergeracionais, nos quais tradições, práticas culturais, rituais, mitos e valores são trocados entre as diferentes gerações. De acordo com Machado et al. (2024), tal processo pode se revelar de maneira consciente ou inconsciente, desempenhando um papel tanto na preservação quanto na potencial quebra de legados culturais. No ambiente ribeirinho, essa dinâmica se manifesta de maneira particularmente evidente nas interações familiares, onde o saber é transmitido diariamente por meio da convivência, das experiências partilhadas e da oralidade. A ideia de reciprocidade está profundamente conectada a esse processo, uma vez que as relações entre as gerações se tornam mais robustas à medida que o conhecimento é compartilhado e renovado dentro do núcleo familiar.

Dessa forma, as condutas e ações dos genitores, por exemplo, não apenas espelham características individuais, mas também as influências do sistema familiar e do contexto sociocultural em que se encontram, evidenciando a continuidade da identidade e o sentimento de pertencimento à comunidade (Machado et al., 2024).

Esse conhecimento é incorporado de acordo com Souza, Souza e Veras (2019) devido a população ribeirinha muitas vezes é considerada uma população esquecida, caracterizada pelo pouco investimento nestas pelo poder público e escondidas no estereótipo de trabalhador rural continuam a crescer constantemente desde a era da borracha. Muitas comunidades vivem em áreas de difícil acesso com pouca ou nenhuma infraestrutura de serviços públicos, com isso seus padrões de vida são limitados e ficam sujeitos a precariedade, as comunidades tradicionais não recebem atenção por características genéticas mestiças e culturais advindas da falta de organização social, o que os define como povos invisíveis.

Portanto, em particular nas áreas ribeirinhas o acesso à assistência médica é raro. Sabe-se que existem poucos agentes comunitários de saúde. Quando os ribeirinhos necessitam de assistência médica são obrigados a se deslocar aos postos de saúde em comunidades próximas, depois de longas viagens nos barcos, canoas à remo ou rabetas. Alguns postos costumam ficar parte do mês sem profissionais que retornam às suas cidades natal um período de tempo a cada mês. Quando não conseguem assistência eles têm que viajar para as cidades próximas afim de serem atendidos em postos de saúde ou mesmo no hospital. Muitos não possuem recursos financeiros para custear a viagem e acabam por utilizar do seu conhecimento empírico, as plantas medicinais (Souza; Souza; Veras, 2019).

As práticas discursivas das mães configuram a ideia de que o advento de uma criança dá início a uma nova dimensão da identidade feminina: a transição para o papel de mãe. A maternidade, nesse contexto, envolve a aquisição de um saber específico, essencial para a execução da maternagem de maneira eficaz. Ao longo desse processo de aprendizado e adaptação, as mães desvelam que nas comunidades ribeirinhas, o cuidado com as crianças muitas vezes se baseia em conhecimentos tradicionais, como o uso de plantas medicinais e outros rituais de proteção (Ribeiro e Galvão, 2022).

Essas práticas, enraizadas na cultura local, são transmitidas oralmente e desempenham um papel fundamental na prevenção e tratamento de doenças comuns como dor de garganta, gripe e quedas que ocasionam hematomas, torções ou deslocamentos ósseos. Esses aspectos demonstram a forma como o conhecimento materno se forma na experiência diária, por intermédio da observação, da prática e da transmissão de saberes no âmbito comunitário (Ribeiro e Galvão, 2022).

Os discursos acerca da utilização de medicamentos interligam tanto o senso comum quanto o conhecimento científico, evidenciando uma confluência entre essas modalidades de saber. No entanto, a dependência exclusiva de métodos tradicionais pode apresentar riscos quando não há acesso a diagnóstico médico adequado para condições mais graves, por isso, é importante integrar esses saberes populares às práticas de saúde convencionais, valorizando o conhecimento local sem negligenciar a necessidade de atendimento profissional (Carvalho e Pereira, 2022).

Um exemplo dessa situação é a forma como uma mãe que possui formação técnica em enfermagem relata, com autoridade discursiva, a aplicação de medicamentos à sua filha, evidenciando seu conhecimento sobre os métodos terapêuticos. Neste contexto, Carvalho e Pereira (2022) salientam que a adoção de medicamentos é predominantemente determinada pelo entendimento médico a respeito das enfermidades e dos efeitos dos fármacos no corpo humano. Entretanto, esse procedimento pode igualmente ser influenciado por elementos culturais, psicológicos, sociais e econômicos.

Ademais, as descobertas desses pesquisadores apontam que os fármacos mais frequentemente empregados pelos genitores no cuidado infantil são os antialérgicos, antitérmicos e analgésicos. Constata-se que, na maior parte das vezes, a administração desses medicamentos se realiza com a intermediação materna, com as mães incumbidas tanto do preparo quanto da aplicação das doses. Os resultados obtidos confirmam as descobertas da pesquisa em questão, a qual identificou a prevalência do uso de ibuprofeno e paracetamol, que são ambos classificados como analgésicos. Além disso, reitera-se que o zelo e a gestão desses

fármacos são predominantemente realizados pelas mães, conforme demonstrado neste estudo (Carvalho e Pereira, 2022).

Por conseguinte, as práticas de cuidado passam a incorporar componentes da medicina tradicional, ressaltando-se, entre eles, a utilização da andiroba em caso de quedas. De acordo com Strachulski, Silva e Floriani (2021), a utilização do óleo de andiroba através de massagens para o tratamento de lesões e ferimentos constitui uma prática que é transmitida ao longo das gerações e assimilada na rotina das comunidades. A massagem é realizada com o objetivo de melhorar a circulação sanguínea e reduzir o inchaço em torno de um hematoma.

A incorporação da andiroba é utilizada na medicina tradicional, em virtude de suas variadas propriedades biológicas. Entre os efeitos terapêuticos, ressalta-se a presença das ações analgésica, antibacteriana, anti-inflamatória, antifúngica, antialérgica e antimalárica. Ademais, é reconhecida por sua efetividade no manejo de feridas e hematomas. O óleo de andiroba pode ser empregado tanto em sua forma pura quanto associado a outros produtos naturais, sendo frequentemente mencionado por sua habilidade em contribuir para a cicatrização de feridas (Ribeiro, et al. 2021).

No cenário apresentado deste estudo, a utilização do chá de hortelã no tratamento de gripes está alinhada aos resultados de Costa et al. (2021), que destacam a prevalência dessa infusão nos cuidados voltados à infância. De acordo com as mães envolvidas no mencionado estudo, o emprego de fitoterápicos, como o chá de hortelã, constitui uma opção viável e eficiente para o alívio de sintomas frequentes em crianças.

A hortelã, planta aromática abundante em óleos essenciais, contém seus principais compostos ativos nas folhas de tonalidade verde-escura. Dentre esses compostos, sobressaem os polifenóis, substâncias que também se encontram em várias frutas e hortaliças, renomadas por suas características anti-inflamatórias e antioxidantes. Pesquisas demonstram que a hortelã possui efeitos positivos na mitigação de sintomas relacionados a gripes e resfriados, além de contribuir para a diminuição de dores de garganta e desconfortos abdominais (Sousa; Silva; Gondim, 2024).

Apesar de suas características curativas, sugere-se precaução na utilização da hortelã em certos segmentos populacionais. Conforme evidenciado em um informativo da Universidade Federal de Santa Catarina (2020), o consumo desta planta medicinal deve ser evitado por mulheres grávidas, lactantes e crianças com menos de quatro anos. Contudo, o texto não detalha os perigos relacionados à sua utilização nessas populações.

No contexto discursivo, as mães expandem o diálogo acerca das práticas de cuidado, ressaltando a relevância do auxílio prestado por integrantes da comunidade, além da utilização

de plantas medicinais. Neste cenário, a figura do(a) puxador(a) é frequentemente citada, destacando-se M1 como uma referência nesse papel, que se configura como um referência de cuidado e de autoridade na comunidade. A atuação dos puxadores é amplamente disseminada em diminutas comunidades da região amazônica, onde esses indivíduos exercem uma função crucial no auxílio a pessoas que apresentam lesões. Esse resultado vai de acordo com os de Vaz et al. (2016), ao estudar essa prática no Baixo Amazonas a prática de “puxar” envolve a realização de massagens nas regiões afetadas do corpo, visando tratar torções, distensões musculares, problemas articulares, contusões e luxações, comumente referidas como "dismintiduras".

A atividade dos puxadores está integrada a uma lógica que une o dom (entendido como uma dádiva divina ou uma aptidão inata) a aspectos da pajelança. Embora sua prática esteja atrelada a um aprendizado empírico, existe um consenso na localidade de que apenas os que possuem esse dom são capazes de aprimorar totalmente a habilidade. Dessa maneira, a técnica, por si só, revela-se inadequada; a habilidade para desempenhar a função de puxador está intrinsecamente vinculada à existência dessa capacidade especial, que direciona tanto a aprendizagem quanto a execução dessas atividades tradicionais (Vaz, et al. 2016).

A expressão "dismintidura", referida neste contexto, configura um recurso linguístico que reforça a identidade cultural da comunidade. Conforme Vitti (2024), a cultura é entendida como um conjunto intricando de valores, costumes, crenças e práticas que organizam a forma de viver de um grupo específico, sendo a linguagem um componente fundamental nesse contexto. A língua não somente forma e propaga a cultura, mas também viabiliza sua transmissão entre gerações, assegurando sua permanência ao longo do tempo. Assim, a cultura e a língua constituem fenômenos interdependentes: não existe cultura sem a linguagem, da mesma forma que não se pode dissociar a linguagem de um contexto cultural.

Freire enfatiza a cultura como um elemento essencial para a iniciação de um diálogo genuíno com a realidade, viabilizando a elaboração de um conhecimento relevante por meio da interação entre os indivíduos. Nesse contexto, a atividade dos puxadores não apenas revela a interconexão entre cultura e linguagem, mas também espelha a dialética entre tradição e vivência. Dessa forma, a sabedoria popular, veiculada por intermédio da oralidade e das práticas, configura-se como um elemento indispensável na geração e na continuidade do conhecimento coletivo nas comunidades amazônicas (Freire, 1963).

Por conseguinte, as mães expressam preocupação em relação às alterações climáticas, reconhecendo a urgência de um cuidado específico em virtude do aumento do risco de doenças respiratórias. Estudos recentes apontam que, ao longo das duas últimas décadas, tais

modificações têm estado relacionadas a várias comorbidades, como enfermidades respiratórias e infecções gastrintestinais. Dentre os grupos mais suscetíveis a esses impactos, as crianças se sobressaem, uma vez que, em razão do desenvolvimento ainda imaturo de seus sistemas fisiológicos, apresentam maior vulnerabilidade às complicações resultantes das mudanças climáticas (Veronesi et al., 2023).

A elevação das temperaturas, por sua vez, tem sido associada à ampliação da propagação de doenças infecciosas, incluindo aquelas transmitidas por vetores, como a dengue, além de infecções bacterianas. Para crianças com menos de cinco anos, os efeitos das alterações climáticas tendem a agravar os perigos relacionados às cinco principais causas de mortalidade nessa faixa etária: desnutrição, complicações neonatais, infecções respiratórias agudas, diarreia e malária (Veronesi et al., 2023).

A tomada de decisões das mães no cuidado infantil reflete um processo de autonomia que transcende a simples aplicação de tratamentos, incorporando uma compreensão ativa e interpretativa dos sinais do corpo das crianças. Esse comportamento se alinha à concepção freiriana de conscientização, pois envolve não apenas a experiência empírica, mas também uma reflexão crítica sobre a saúde e o bem-estar dos filhos. Ao interpretar e agir sobre os sinais do corpo infantil, essas mães exercem uma práxis que combina conhecimento tradicional e intuição com uma postura reflexiva diante da realidade (Freire, 1979).

Essa dinâmica dialoga com a ideia de que a capacidade humana de distanciar-se da realidade para compreendê-la e transformá-la é uma característica essencial do pensamento crítico. Inicialmente, a percepção do mundo ocorre de forma espontânea e ingênua, mas, à medida que a experiência se acumula e a reflexão se intensifica, o indivíduo passa a atuar conscientemente sobre sua realidade. No caso das mães cuidadoras, essa passagem de um conhecimento espontâneo para um entendimento mais elaborado se dá na medida em que suas práticas são ressignificadas pela vivência e pela observação constante dos efeitos de suas ações (Freire, 1979).

No âmbito dos cuidados diários oferecidos pelas mães, a imunização se sobressai como uma atividade fundamental para a promoção da saúde das crianças. Conforme Slendak, Camargo e Burg (2021), verifica-se uma predominância feminina na busca por serviços de saúde para a vacinação dos filhos, destacando que, na maior parte das situações, as mães exercem a função principal nesse processo. Esse fenômeno fortalece a noção social de que a responsabilidade pelo cuidado das crianças está predominantemente ligada à figura materna, corroborando as conclusões deste estudo.

A pesquisa realizada por Barros e Cavalheiri (2021) demonstra que, assim como no presente estudo, a maioria dos responsáveis entende a importância da vacinação e reconhece sua função na prevenção de enfermidades. A imunização na infância constitui um instrumento essencial para assegurar a proteção da sociedade contra doenças infecciosas, configurando-se como uma estratégia de elevada eficácia e reduzido custo.

Outro aspecto crucial na assistência à infância é a preservação de hábitos de higiene, os quais exercem uma função vital na prevenção de enfermidades e na promoção da saúde. A existência de múltiplos agentes infecciosos, como bactérias e vírus, no ambiente torna essencial a implementação de estratégias que reduzam a exposição de crianças a esses patógenos. A preservação da limpeza tanto do corpo quanto do ambiente possibilita uma redução considerável na ocorrência de doenças, favorecendo um desenvolvimento mais saudável (Pucciet al., 2024).

Por conseguinte, as mães ressaltam a alimentação como um elemento essencial no cuidado cotidiano, demandando atenção particular. Conforme indicado por Seabra (2022), os anos iniciais da vida são caracterizados por profundas mudanças e progressos no crescimento infantil. Nesse cenário, a nutrição apropriada exerce uma função fundamental para garantir que esses processos transcorra de forma satisfatória. Ademais, uma dieta equilibrada é fundamental para robustecer o sistema imunológico da criança, conferindo-lhe maior resistência a várias enfermidades que podem surgir durante a etapa de desenvolvimento de suas estruturas fisiológicas.

Os pais, na condição de responsáveis primários pela seleção e aquisição de alimentos, exercem uma influência considerável nas preferências e nos hábitos alimentares dos filhos. Essa influência se manifesta tanto através da escolha dos alimentos disponibilizados no lar, quanto pelas práticas alimentares que são implementadas e pelo comportamento que é modelado. Assim, a adoção de uma dieta equilibrada desde os anos iniciais de vida favorece não apenas o crescimento saudável, mas também a constituição de hábitos alimentares apropriados, mitigando possíveis complicações de saúde no futuro (Santos; Coelho; Silva, 2023).

Nesse cenário, uma das mães citou a utilização de suplementos vitamínicos adquiridos em farmácias, além da obtenção de vitaminas pelo consumo de frutas. A comercialização de complementos de vitaminas e minerais em farmácias é amplamente reconhecida por sua eficácia na prevenção de doenças, uma vez que ajuda a atender possíveis lacunas nutricionais na alimentação infantil. Consoante as orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria, nutrientes como a vitamina A, a vitamina D e o ferro exercem uma função fundamental no crescimento saudável e na diminuição da probabilidade de doenças. Ademais, a adição desses

elementos é considerada uma estratégia viável e de baixo custo, evidenciando sua relevância na promoção da saúde infantil (Neves, Sousa e Júnior; 2022).

Uma das mães enfatiza que a mensuração do peso é um aspecto essencial na rotina de cuidados, visto que esse procedimento está diretamente relacionado às condições para a manutenção do benefício do programa Bolsa Família. O descumprimento dessa exigência pode acarretar o bloqueio do pagamento, ressaltando a importância da supervisão do estado nutricional dos beneficiários. A pesagem, nesse cenário, visa primordialmente avaliar a saúde e o desenvolvimento das crianças, além de fornecer informações fundamentais para o monitoramento das condições nutricionais das famílias beneficiadas pelo programa (Brasil, 2025).

Esse programa assegura uma renda mínima que impacta diretamente a segurança alimentar e o acesso a serviços essenciais, como saúde e educação. Em localidades em que o isolamento geográfico impede o acesso a oportunidades de emprego e a uma infraestrutura adequada, esse auxílio possibilita que as mães obtenham alimentos de maior valor nutricional, garantindo assim condições de desenvolvimento mais propícias para seus filhos. Ademais, o Programa Bolsa Família está vinculado a condicionalidades, tais como a exigência de acompanhamento pré-natal e vacinação infantil, o que reforça o zelo materno e diminui a mortalidade infantil. Assim, o programa não apenas enfrenta a pobreza, mas também exerce uma influência benéfica sobre a saúde e o bem-estar das crianças, promovendo um ciclo de desenvolvimento mais saudável e sustentável nessas comunidades (Santos; Silva; Koller, 2017; 2017; Brasil, 2025).

O cuidado com a saúde na infância, por meio de ações como imunização, nutrição apropriada, higiene e acompanhamento do peso, evidencia as orientações institucionais e as políticas públicas direcionadas à maternidade e ao crescimento infantil. Nesse cenário, a promoção da saúde, em conjunto com a educação em saúde, configura-se como um elemento imprescindível para a difusão do conhecimento científico no campo, facilitada por profissionais, visando fortalecer a autonomia das famílias, ampliar a compreensão do processo saúde-doença e seus determinantes, além de estimular a adoção de práticas saudáveis. Assim, a educação em saúde se destaca como uma abordagem significativa para lidar com desafios, entender as dificuldades e suprir as necessidades das mães e de suas famílias (Silva et al., 2023).

A interação entre mães e profissionais de saúde exerce uma função essencial na promoção do bem-estar das crianças, favorecendo a troca de experiências e saberes, bem como estimulando a incorporação de hábitos saudáveis. Esse procedimento consolida a participação ativa dos responsáveis no cuidado infantil, possibilitando que recebam instruções apropriadas

para a prevenção de males e a promoção da saúde. Assim, a participação dos profissionais desempenha um papel crucial na formação das famílias, transformando-as em protagonistas no avanço e na preservação da saúde infantil (Silva, et al., 2023).

O discurso, compreendido como uma prática social, tem o potencial de modificar realidades e subjetividades, permitindo que os sujeitos não apenas se ajustem a ideologias e normas preestabelecidas, mas também questionem e ressignifiquem essas estruturas. Nesse contexto, a educação em saúde não se limita à transmissão de conhecimentos científicos, mas possibilita a construção de autonomia das famílias, permitindo que elas participem ativamente do cuidado infantil e, ao mesmo tempo, redefinam discursos e práticas que orientam suas experiências. Assim, o envolvimento dos profissionais da saúde se torna um meio de capacitação e empoderamento, viabilizando não apenas a adesão a políticas públicas de saúde, mas também a ressignificação das relações de poder e do próprio entendimento sobre o cuidado materno e infantil (Hillesheim; Oliveira; de Paiva, 2021).

Adicionalmente, a vivência da maternidade pela primeira vez, frequentemente, favorece a assimilação de saberes provenientes de diversas fontes, seja através da comunidade ou de instituições de saúde. As especificidades da gravidez e do período pós-parto podem evocar uma vasta diversidade de emoções, frequentemente contraditórias, tais como alegria e melancolia, ansiedade e aflição, expectativas e realizações, além de surpresas e desilusões. Esse procedimento pode se tornar ainda mais intenso para aquelas que se tornam mães pela primeira vez, uma vez que experimentam a maternidade de forma inédita. É importante ressaltar que a maneira pela qual a mulher entende e vivencia a maternidade é fortemente moldada por suas identificações maternas, as quais são construídas culturalmente (Souza; Fernandes; Paula, 2022).

Persistem, socialmente, percepções romantizadas a respeito da maternidade, nas quais o afeto materno é considerado inato e apto a satisfazer todas as necessidades da criança. Essa visão fortalece a concepção de que a maternidade constitui uma vocação inerente à mulher, associando seu valor e identidade à realização do papel materno. No âmbito desse contexto, a devoção contínua aos cuidados da criança e a constante presença materna são comumente vistas como traços fundamentais do amor materno, atribuindo à mulher na função de mãe reconhecimento e validade dentro dos padrões culturais que, ao longo da história, vinculam a feminilidade à maternidade (Damaceno; Marciano; Di Menezes 2021).

A forte dedicação ao cuidado do próximo, historicamente associada ao gênero feminino pela cultura e pela sociedade, limitou a função das mulheres à esfera materna, resultando em um frequente descaso com o autocuidado. Assim, a mulher encontra-se

sobrecarregada com deveres familiares e domésticos, enfrentando uma trajetória cansativa. A paciência é, por sua vez, enaltecida como uma virtude fundamental para a execução dessas atividades (Pastorelli et al., 2024).

Destarte, a paciência é uma característica que acompanha as mães durante o processo de desenvolvimento infantil, uma vez que elas entendem que cada fase representa uma etapa com desafios distintos. Esse compreendimento enfatiza o desenvolvimento infantil como um fenômeno ininterrupto e dinâmico. A fase inicial do desenvolvimento infantil sofre considerável influência da presença materna, sendo fundamental para o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, o que impacta de maneira significativa o bem-estar e o desenvolvimento da criança (Weiss e Baggio, 2023).

Com base nisso, Azevedo (2022) caracteriza a maternidade como uma vivência que requer um compromisso de sacrifício imposto às mulheres, em conformidade com as normas socioculturais prevalentes. A autora refere-se a essa abordagem como “ideário materno contemporâneo”, no qual o processo de tornar-se mãe está profundamente ligado a um sofrimento simbólico considerado fundamental. Esse sofrimento, por sua vez, opera como um fator de validação social, conferindo à mulher o reconhecimento de seu papel como "boa mãe" dentro das expectativas culturalmente estabelecidas.

A partir disso, os discursos começaram a destacar um aspecto frequentemente omitido do cuidado materno: a sobrecarga enfrentada pelas mães. A experiência da maternidade constitui uma mudança significativa na vida das mulheres, influenciando múltiplas dimensões fundamentais desse processo. Além das transformações físicas resultantes da gravidez, ocorre uma reestruturação substancial do tempo e da autonomia da mãe, uma vez que as exigências da maternidade se acumulam às obrigações associadas à gestão do lar. Esse acúmulo de responsabilidades tende a acentuar a sobrecarga materna, perpetuando a demanda social de que a mulher se dedique completamente ao cuidado das crianças e à gestão do lar (Pereira, 2022).

Silva et al., (2022), em sua pesquisa acerca da exaustão materna, ressaltam que a experiência da maternidade pode ser interpretada, simbolicamente, como um processo de luto. Dessa maneira, ao assumir o papel de mãe, a mulher passa por uma transformação de um estilo de vida focado em sua própria individualidade para uma nova identidade, na qual sua subjetividade, frequentemente, torna-se secundária em função do cuidado com o outro. Conforme os autores, a maternidade se apresenta como um caminho irreversível, um modo de viver em que a mulher não dispõe da opção de se afastar, lidando com desafios cotidianos resultantes dessa vivência.

Partindo do cuidado, passamos a outro ponto a ser discutido: o saber. Em específico sobre a influência do saber adquirido pelas mães na configuração das práticas de cuidado. As populações tradicionais são detentoras de um saber singular, local, que diz respeito aos aspectos que norteiam essas interações no seu cotidiano. Os resultados demonstram que o saber é transferido entre gerações, sendo influenciado por tradições, crenças e práticas socioculturais. Conforme argumentam Santos et al., (2024), o conhecimento popular surge da elaboração conjunta ao longo das gerações, refletindo as interpretações culturais relacionadas às condições de saúde. Entretanto, tais concepções nem sempre estão alinhadas aos modelos científicos, uma vez que originam-se de experiências compartilhadas e de valores coletivos. O saber cultural, assim sendo, exerce uma função crucial na maneira como os indivíduos entendem e reagem às questões referentes à saúde, impactando as práticas de assistência e a tomada de decisões nas comunidades.

Contudo, a disseminação desse saber é significativamente impactada e reconhecida pela presença de figuras femininas, que exercem uma função primordial nesse contexto. Conforme Rocha et al. (2021), as mães, ao buscarem métodos de cuidado, adquirem conhecimentos, experiências e saberes por meio de interações com pessoas de seu convívio. Assim, as atividades de cuidado são transmitidas de geração em geração, sendo especialmente repartidas entre as mulheres, de mãe para filha. Esse procedimento não apenas reforça as conexões familiares, como também promove a conservação de costumes e tradições femininas, assegurando a perpetuação do conhecimento cultural nas comunidades.

A transmissão do saber, pode ser comprovada à luz da Análise do Discurso, considerando que os significados às práticas de cuidado atribuídas não são neutros, mas construídos dentro de um contexto histórico, político, social e ideológico. A linguagem, nesse sentido, é um elemento fundamental na perpetuação desses saberes, pois é por meio dela que as tradições são transmitidas e ressignificadas ao longo do tempo. Assim, como mães, ao desempenharem esse papel de mediadoras do conhecimento, não atuam apenas como indivíduos, mas como sujeitos interpelados por discursos ideológicos que determinam seu lugar social e legitimam sua atuação dentro da comunidade (Orlandi, 2005).

De acordo com Orlandi (2015), “a linguagem é linguagem porque faz sentido. E a linguagem só faz sentido porque se inscreve na história”. Assim, o discurso das mães ribeirinhas carrega em si a memória discursiva, que não é um simples registro do passado, mas uma reconstrução dinâmica que atualiza saberes e práticas culturais. O cuidado infantil, portanto, não é apenas uma prática cotidiana, mas um fenômeno discursivo que atravessa gerações,

constantemente renovado, mas também marcado pela historicidade e pelos efeitos da memória que permeiam a linguagem e as ações de cuidado.

Essa transmissão de saberes nas comunidades ribeirinhas ocorre por meio do diálogo, o que possibilita a preservação e adaptação das práticas culturais ao longo das gerações. Esse processo não se restringe à mera reprodução de conhecimentos, mas envolve uma construção coletiva do saber, mediada pela interação entre os membros da comunidade. Os mais velhos compartilham suas experiências, enquanto os mais jovens assimilam esses ensinamentos e os ressignificam conforme as novas necessidades e desafios (Rocha et al., 2021).

Esse modelo de transmissão de saberes está em consonância com a concepção de Paulo Freire a respeito da construção do conhecimento, que se baseia na noção de que tal processo se dá de forma dialética, na qual os indivíduos, por meio de suas interações com o mundo e entre si, elaboram saberes a partir de suas experiências concretas e contextuais. Este conceito é relevante para a transmissão do conhecimento acerca do cuidado infantil entre as mães ao longo das gerações, uma vez que essas mulheres não apenas reproduzem as práticas adquiridas, mas também participam de forma ativa na construção e adaptação dessas práticas, levando em conta suas experiências e os contextos sociais nos quais se encontram (Freire, 2011).

Um aspecto relevante identificado nos resultados é que, para que ocorra o diálogo e a disseminação desse conhecimento, há um elemento crucial que possibilita a concretização dessa dinâmica: a afetividade. Os enunciados das participantes estão impregnadas de afeto, destacando uma imensa admiração pelas figuras femininas que propagam esses conhecimentos entre as mães. Conforme Freire (2003), elementos como amor, confiança e humildade, são essenciais para a formação do diálogo, constituindo sua própria essência.

Conforme o autor, na ausência desses elementos, torna-se inviável estabelecer relações dialógicas entre os indivíduos. Uma das característica destacada por Freire (2003) é o amor, o qual se conecta a uma ação comprometida tanto com o mundo quanto com o próximo. O amor, nesse contexto, configura-se como uma força que atravessa o diálogo, possibilitando que os indivíduos se reconheçam entre si. A afetividade, assim sendo, apresenta-se como um componente fundamental para o desenvolvimento de um conhecimento coletivo, favorecendo uma interação de intercâmbio e transformação incessante entre as diferentes gerações

Destaca-se também que o processo de construção do conhecimento vai além das relações familiares, evidenciando-se no intercâmbio de experiências no âmbito comunitário. No contexto coletivo e interativo de aprendizado entre mulheres na maternidade, o entendimento acerca da experiência materna não é repassado de forma hierárquica por uma figura de autoridade científica; ao contrário, é construído a partir da vivência prática e da troca de

conhecimentos entre mães que possuem mais experiência e aquelas que estão vivenciando sua primeira gestação. Esse compartilhamento representa um ato de reflexão e ação no qual as mulheres avaliam de maneira crítica suas experiências, reinterpretam desafios e estabelecem um conjunto de conhecimentos que direcionam suas práticas de cuidado materno (Galli e Braga, 2017).

Por sua vez, o conhecimento pode ser constituído por meio da interação entre a comunidade e os profissionais de saúde, conforme demonstrado no reconhecimento, por parte das mães, da enfermeira comunitária como uma mediadora que une saberes populares às suas orientações em saúde. Takemoto, Zarpelon e Rossetto (2019) enfatizam a relevância de os profissionais de saúde assimilarem essas concepções e abordagens, especialmente quando a meta é proporcionar um atendimento mais cuidadoso e adaptado ao contexto. Os autores enfatizam, também, que diversas dessas práticas se afastam consideravelmente do conhecimento científico estabelecido, e essas divergências podem ocasionar equívocos que, por sua vez, culminam na oferta de cuidados insuficientes às necessidades e percepções da comunidade.

Todavia, essa iniciativa nem sempre é promovida por todos os profissionais de saúde, conforme demonstrado pelo relato de uma mãe que destaca a falta de reconhecimento, por parte do médico, em relação às práticas populares de saúde. Tal atitude reflete o modelo biomédico predominante e pode ser interpretada com base na análise de Araújo (2011), que ressalta como, desde a era colonial, o curandeirismo e outras modalidades populares de tratamento têm enfrentado resistência das instituições formais. Entretanto, essas práticas continuam a se manifestar de forma significativa em variados contextos sociais, nos quais adquirem legitimidade e credibilidade.

A noção de colonialidade do saber visa destacar as implicações epistêmicas da colonialidade do poder. Esse conceito diz respeito à marginalização, ressignificação folclórica e/ou apagamento de diversas formas de conhecimento que divergem dos modelos estabelecidos pela ciência o. Esse fenômeno torna-se evidente quando as mães, em um primeiro momento, recorrem a remédios caseiros, ainda que de maneira controlada. No entanto, em situações de maior gravidade, a biomedicina se impõe como referência central, evidenciando sua força institucional e sua influência no imaginário coletivo (Rego, 2023).

Esse modelo biomédico, conforme descrito por Cantu, Santiago e Mansano (2023), está intrinsecamente ligado ao processo de medicalização dentro do arcabouço médico. Esse modelo fundamenta-se em terapêuticas e práticas de cuidado baseadas em uma concepção ocidental de sujeito e de sua constituição, além da ideia de que os processos de adoecimento

podem ser reduzidos a aspectos exclusivamente biológicos. Dessa forma, as intervenções se estruturam dentro de uma perspectiva nosográfica, na qual a categorização das doenças é pautada em sintomatologias validadas pelo discurso científico dominante. Esse discurso, ao deter legitimidade tanto científica quanto social, estabelece padrões normativos sobre o que é considerado saúde e doença.

Observa-se, portanto, a desvalorização do termo "dismintitura", utilizado pelas mães para se referirem a torções ou deslocamentos ósseos. Esse conceito, por ser de origem popular, não é reconhecido dentro da terminologia científica, evidenciando a imposição de um paradigma biomédico que define os contornos do que é validado como conhecimento legítimo sobre o adoecimento. Nesse contexto, a compreensão da doença é condicionada pelos padrões científicos, de modo que qualquer interpretação divergente é percebida como uma inadequação do indivíduo às normas sociais vigentes (Caponi, 2012; Cantu, Santiago e Mansano 2023)

A hegemonia da medicalização manifesta-se, sobretudo, na centralidade atribuída ao uso de fármacos, que atuam no organismo com o objetivo de alinhar o corpo às expectativas biomédicas. Essa dinâmica revela uma hierarquização dos saberes, na qual o conhecimento popular é frequentemente relegado a um papel secundário e restrito a intervenções iniciais. No entanto, diante de quadros de maior gravidade, o discurso biomédico se sobrepõe, reafirmando a autoridade institucional da biomedicina no imaginário social. Dessa forma, o modelo biomédico não apenas responde às demandas que lhe são direcionadas, mas também opera na eliminação de concepções que destoam dos seus princípios normativos (Caponi, 2012).

Para que a descolonização do saber aconteça, é essencial desmontar a lógica e o modelo de racionalidade excludente e totalizante que direcionam a criação do conhecimento. Esse procedimento abrange a valorização e o reconhecimento de epistemologias historicamente relegadas à margem, assim como a ampliação das vozes de comunidades cujos conhecimentos foram silenciados e sufocados pelo colonialismo e pela colonialidade do saber (Cantu, Santiago e Mansano 2023).

A opressão que incide sobre os conhecimentos tradicionais das comunidades ribeirinhas pode ser examinada sob a ótica de Paulo Freire, notadamente no que tange à sua visão sobre a educação bancária e à desumanização promovida pelos sistemas hegemônicos. Freire (1987) questiona a imposição de um saber hegemônico que desconsidera a vivência e a cultura dos marginalizados, sujeitando-os a uma lógica de exclusão e subjugação.

Além da desvalorização de suas próprias sabedoria tradicionais, essas comunidades enfrentam obstáculos estruturais impostos pelo próprio sistema de saúde. A dificuldade de acesso a hospitais, em virtude de sua localização geograficamente isolada, evidencia não apenas

um obstáculo logístico, mas também uma manifestação palpável da desigualdade social e da violação de direitos fundamentais. O afastamento físico dos serviços de saúde, somado à ausência de políticas públicas efetivas para atender a essas comunidades, agrava a exclusão e a continuidade da opressão (Freire, 1987; Rochal et al., 2021).

Os achados desta pesquisa demonstraram que o conhecimento pode surgir a partir do cuidado promovido por figuras de autoridades dentro da comunidade. Neste contexto, um dos integrantes deste estudo é amplamente reconhecido como "puxadora", exercendo uma função fundamental na transmissão e na aplicação de conhecimentos terapêuticos tradicionais. Conforme enfatiza Vaz (2016), as puxadeiras desempenham um papel no tratamento de lesões corporais, incluindo torções, distensões musculares, problemas articulares, contusões e luxações, bem como outras condições que provocam alterações físicas, comumente referidas como "desmentituras".

A tradição que orienta essa prática apresenta características simbólicas e místicas. Conforme Costa (2017), a condição de puxador demanda mais do que a aquisição de habilidades técnicas; é imprescindível que a pessoa demonstre um "dom", que frequentemente se manifesta através de sonhos ou é transmitido geneticamente. Dessa forma, a formação de um puxador não se dá unicamente pela orientação de um mestre experiente, mas pela validação desse talento, que legitima sua aptidão de cura no seio da comunidade.

Adicionalmente, os curadores que exercem suas funções em comunidades tradicionais e indígenas têm um papel que ultrapassa o atendimento emergencial ou os cuidados prestados no lar. Conforme indica Sarmento (2023), esses indivíduos realizam suas atividades em prol da coletividade, sem que a obtenção de recompensas financeiras seja a finalidade primordial.

Constata-se, assim, um processo de socialização do saber, no qual a arte e a capacidade de curar são transmitidas de forma seletiva, limitando-se aos indivíduos considerados legítimos portadores dessas competências. Esse conhecimento, profundamente fundamentado na utilização de plantas medicinais, não se apoia em práticas acadêmicas, mas em uma compreensão particular das propriedades terapêuticas inerentes a cada substância. Assim, o puxador deve ter um entendimento abrangente acerca da utilização adequada dos recursos fitoterápicos, assegurando a efetividade do tratamento e a preservação dessa tradição ancestral (Sarmento, 2023).

A utilização de plantas medicinais exerce uma função primordial no saber tradicional das comunidades amazônicas, configurando-se como um dos fundamentos na formação de conhecimentos vinculados ao cuidado e à cura. A avaliação dos relatos das mães participantes desta pesquisa demonstra uma visão que se afasta do modelo biomédico predominante,

destacando a importância das plantas medicinais como o principal recurso terapêutico. Os resultados obtidos estão alinhados com as descobertas de Araújo et al. (2023), as quais apontam que a prática de cura por meio de plantas vai além da esfera medicinal, estando intimamente relacionada a rituais, como benzimentos e outras expressões espirituais.

A conexão entre esse conhecimento tradicional e a abundância da biodiversidade amazônica é clara, uma vez que diversas espécies vegetais são empregadas na fabricação de infusões e outras bebidas, além de serem aplicadas diretamente na derme. Diversas partes das plantas, tais como folhas, caules, raízes e frutos, são escolhidas com base em suas propriedades terapêuticas, sendo utilizadas tanto no tratamento de doenças quanto em práticas rituais de cura. Assim, as plantas medicinais não apenas exercem uma função terapêutica, mas também constituem parte do patrimônio cultural dessas comunidades, desempenhando um papel essencial nas práticas sociais e nas tradições que são transmitidas entre gerações (Araújo et al., 2023).

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso investigativo desta dissertação permitiu o desvelar de saberes e práticas de cuidado profundamente enraizados na vida cotidiana das mulheres ribeirinhas da Amazônia, cuja maternidade se configura como um espaço de enunciação, produção de saber e resistência. A escuta qualificada e sensível, sustentada por um olhar comprometido com a complexidade da experiência humana, revelou que o cuidado infantil nesses contextos não é apenas um ato funcional, mas uma práxis no sentido freireano do termo , atravessada por afetos, tradições, improvisos e negociações simbólicas que conferem à maternidade um papel fundante na constituição da vida comunitária.

A opção metodológica pelo método criativo e sensível foi decisiva para o alcance da profundidade e da riqueza dos dados obtidos. Por meio das Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade, da escuta ativa e que favoreceram a livre expressão das participantes, foi possível acessar não apenas os conteúdos explícitos dos discursos, mas também as camadas implícitas de sentido, muitas vezes silenciadas em abordagens tradicionais.

Esse método permitiu captar, com densidade e respeito, a lógica interna que estrutura os saberes maternos: uma lógica forjada na vivência, na oralidade e na observação cotidiana dos corpos infantis. Com isso, mais do que levantar informações, o processo metodológico potencializou a criação de um espaço de confiança, de pertencimento e de validação subjetiva dessas mulheres como produtoras de conhecimento.

As práticas discursivas analisadas demonstraram que as mães ribeirinhas operam a partir de uma racionalidade própria, profundamente articulada ao território, ao corpo e à ancestralidade. Ao mesmo tempo em que acionam medicamentos prescritos por instituições formais de saúde, elas recorrem a plantas medicinais, massagens e saberes transmitidos por mães, avós, vizinhas ou puxadoras. Essa coexistência de saberes (longe de representar confusão ou desinformação) expressa uma formação discursiva híbrida, como descreve Michel Pêcheux, em que sentidos distintos se interpenetram e disputam hegemonia em um mesmo campo enunciativo. O resultado é um saber plural, dinâmico, dialógico e situado.

Contudo, é imperativo reconhecer que essa articulação entre o saber tradicional e o saber biomédico ocorre, frequentemente, em um contexto de vulnerabilidade e exclusão social, o qual impõe e revela limites materiais concretos ao acesso pleno à saúde. As comunidades ribeirinhas investigadas sofrem com a escassez de serviços públicos, a ausência de infraestrutura adequada, a descontinuidade na presença de profissionais de saúde e a logística precária de deslocamento até as unidades urbanas.

Muitas vezes, as famílias precisam enfrentar longas distâncias em rios, sem garantia de atendimento na chegada, o que torna a atenção institucional à saúde um recurso esporádico, e não uma presença contínua e garantida. Além do receio da deslegitimização do seu saber tradicional e comunitário.

Essa realidade, longe de enfraquecer a capacidade de cuidado, reforça a centralidade dos saberes locais. A medicina caseira, o uso de xaropes, chás e massagens não são meros resquícios de um passado pré-moderno, mas estratégias de sobrevivência diante da negligência histórica do Estado e da invisibilidade social que recai sobre esses territórios. Como bem aponta Freire, todo saber é fruto de uma relação dialógica com o mundo. Nesse sentido, o saber dessas mulheres é legítimo, não apenas por sua eficácia empírica, mas por sua capacidade de responder às exigências concretas da vida, nas condições que lhes são impostas no dia a dia.

Os discursos das mães analisadas escancaram, ainda, o sofrimento subjetivo causado pela sobrecarga materna, pela naturalização do cuidado como responsabilidade exclusivamente feminina e pela internalização de um ideal de maternidade marcado pela renúncia. As metáforas recorrentes referenciando ao tempo corrido que essas mães tem e a falta de momentos para si mesma traduzem, com força simbólica, a tensão entre a potência e o esgotamento que atravessa o cotidiano dessas mulheres. Tais expressões são, ao mesmo tempo, testemunhos e denúncias: falam da vitalidade das crianças, mas também do isolamento das mães, da alegria de cuidar, mas também do peso de nunca serem cuidadas.

A maternidade, nesse contexto, é socialmente construída como um lugar de sacralização e de invisibilização. Em consonância com os pressupostos da Análise do Discurso, entende-se que o discurso da mãe não é meramente pessoal, mas resultado de um posicionamento subjetivo atravessado por ideologias dominantes. As mulheres-mães enunciam a partir de lugares estruturados por relações de poder, onde o reconhecimento de seus saberes depende, muitas vezes, da validação externa de uma autoridade médica o que revela a assimetria entre os discursos que disputam legitimidade no campo da saúde.

Ainda assim, os dados revelam que essas mulheres não se colocam de forma passiva diante da autoridade biomédica. Elas reinterpretam, ressignificam e reconfiguram o que lhes é ensinado, incorporando-o às suas práticas com senso crítico e autonomia. A valorização da experiência, a confiança nos saberes antigos e a solidariedade entre mulheres funcionam como dispositivos de resistência, que mantêm viva uma epistemologia outra (feminina, comunitária, situada) que insiste em existir mesmo diante da dominação simbólica que tenta silenciá-la.

Portanto, esta dissertação não se trata de propor um retorno ao passado nem de idealizar práticas tradicionais. Trata-se, antes, de reconhecer que há múltiplas formas de saber, de cuidar e de se relacionar com o corpo e com a saúde. Trata-se de afirmar que o cuidado não é neutro, e que todo saber é um saber posicionado, carregado de história, cultura, afeto e ideologia.

Trata-se, sobretudo, de propor um encontro entre mundos, um encontro que seja pautado pelo diálogo, pela escuta, pela ética e pela valorização do outro como legítimo produtor de conhecimento. Que não há um saber único no mundo e, principalmente, no campo da saúde. Que uma formação profissional não deslegitima outro saber. Trata-se de mostrar resistências culturais, de povos que foram marginalizados e esquecidos devido ao seu contexto histórico. A Amazônia como um todo é fruto de uma grande diversidade: na fauna, na flora e dos povos que dela vivem e utilizam seu recurso (desde) sempre para sobreviver.

E por fim, destaca que a construção de uma política pública de saúde verdadeiramente democrática e humanizadora passa, necessariamente, por este reconhecimento. Que este trabalho que traz as vozes dessas mulheres ribeirinhas (ricas de saber e de cultura) possam ecoar nos espaços de formulação de políticas, nos corredores dos postos de saúde, que sirva como arcabouço nos currículos dos cursos da área da saúde e, sobretudo, na consciência daqueles que se propõem a cuidar da vida.

# 11 CRONOGRAMA

| **Atividades** | **Abril 2024** | **Maio 2024** | **Jun 2024** | **Jul 2024** | **Ago 2024** | **Set 2024** | **Out 2024** | **Nov 2024** | **Dez 2024** | **Jan 2025** | **Fev 2025** | **Mar 2025** | **Abril 2025** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Levantamento bibliográfico | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | |
| Qualificação | X | | | | | | | | | | | | |
| Ajustes no Projeto | X | | | | | | | | | | | | |
| Encaminhamento ao CEP | | X | X | X | | | | | | | | | |
| Aprovação do comitê de ética | | | | | X | | | | | | | | |
| Período de Ambientação | | | | | X | X | | | | | | | |
| Coleta de dados | | | | | | | X | | | | | | |
| Analise de dados | | | | | | | X | X | | | | | |
| Tratamento dos resultados | | | | | | | | X | X | X | | | |
| Entrega e defesa | | | | | | | | | | | X | X | |
| Adequação para publicação | | | | | | | | | | | | | X |

## 12 ORÇAMENTO

Informa-se que as despesas desta pesquisa foram financiadas pela própria pesquisadora.

| **Especificações** | **Quantidade** | **Custo Unitário** | **Total** |
|---|---|---|---|
| Papel A4 (resma) | 02 unidades | R$ 30,00 | R$ 60,00 |
| Caneta Esferográfica Azul | 05 unidades | R$ 1,00 | R$ 5,00 |
| Grampeador | 01 unidade | R$ 19,90 | R$ 19,90 |
| Papel 40kg | 12 unidades | R$ 3,00 | R$ 36,00 |
| Kit canetinha hidrográfica 12 cores | 03 unidades | R$ 19,90 | R$ 59,70 |
| Transporte – lancha | 16 unidades | R$ 20, 00 | R$ 320, 00 |
| Alimentação | 8 unidades | R$ 20, 00 | R$ 160, 00 |
| Caneta piloto | 03 unidades | R$ 10,00 | R$ 30,00 |
| Impressão e encadernação | 10 | R$ 35,00 | R$ 350,00 |
| **TOTAL:** R$1.040,60 | | | |

## REFERÊNCIAS


Almeida, R. H. **O diretório dos índios: um projeto de "civilização" no Brasil do século XVIII.** Brasília: UNB, 1997.

Anjos, H. V. M.; Barros, G. S. F.; Rodrigues, F. B. A pedagogia libertadora e a práxis educativa freireana na Educação Profissional e Tecnológica: o caso do curso técnico em Vigilância em Saúde integrado ao Ensino Médio. **Rev. Ed. Popular**, Edição Especial, p. 225-246, 2021.

Arabiat, D. H. Traditional methods for managing illness in newborns and infants in an Arab Society. **Int Nurs Rev**, v. 66, n. 3, p. 329-337, 2019.

Aranha, M. L. A. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Moderna, 2006

Araújo, F. L. Representações de Doença e Cura no Contexto da Prática Popular da Medicina: Estudo de caso sobre uma benzedeira. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, v.1, n. 18, p. 87-91, 2011.

Araújo, J. P. et al. Saberes e práticas tradicionais de saúde da população amazônica. **Saúde coletiva**, v. 13, n. 84, p. 12220-12227, 2023.

Arenz, K. H. **Filhos e filhas do Beiradão: formação sócio-histórica dos ribeirinhos da Amazônia.** Santarém: FIT, 2000.

Aynalem, B. Y.; Melesse, M. F.; Bitewa, Y. B. Cultural Beliefs and Traditional Practices During Pregnancy, Child Birth, and the Postpartum Period in East Gojjam Zone, Northwest Ethiopia: A Qualitative Study. **Womens Health Rep (New Rochelle)**, v. 4, n.1, p. 415-422, 2023.

Azevedo, M. R. F. **Entre normalizações e estranhamentos: tensões subjetivas nos processos de tornar-se mãe**. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade Federal de Paraíba (UFPB), João Pessoa, p. 50, 2022.

Bakhtin, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: HUITEC, 1999.

Barros, E. S.; Cavalheri, J. C. Conhecimento dos responsáveis sobre a importância da vacinação infantil. **R. Saúde Públ. Paraná**, v. 4, n. 3, p. 29-45, 2021.

Bates, H. **Um naturalista no Rio Amazonas**. Belo Horizonte: Editora Itatiaia. 1979.

Beauvoir, S. **O Segundo Sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

Betendorf, J. F. **Crôn~BEZERRica da missão dos padres da companhia de Jesus no estado do Maranhão**. Rio de Janeiro: impressa oficial, 1910.

Bezerra N. J. M. **A conquista Portuguesa da Amazônia**. In: Alves F. A.; Souza J., José A.; Bezerra N., J. M. (orgs.). Pontos de história da Amazônia. 2 ed. Belém: Paka-Tatu, 2001. p. 11-25.

Brasil. **Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da criança: orientações para implementação**. Brasília, 2018.

Brasil. M**inistério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome**, 2025. Bolsa Família tem impacto positivo na nutrição de crianças de 0 a 6 anos, indica estudo do MDS. Disponível: https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/bolsa-familia-tem-impacto-positivo-na-nutricao-de-criancas-de-0-a-6-anos-indica-estudo-do-mds. Acesso em: 20 jan. 2025.

Buser, J. M. Cultural beliefs and health-seeking practices: Rural Zambians' views on maternal-newborn care. **Midwifery**, v. 85, p. 1-10, 2020.

Cabral, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê**. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1998.

Cabral, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê**. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Ana Nery, 1999.

Cabral, I. E.; Silveira, A.; Bubadué, R. M. **Pesquisa baseada em arte: aplicação do Método Criativo Sensível em estudos qualitativos.** Workshop. Disponível em: Proposta18_CIAIQ2020_Workshop_PesquisaBaseadaemArte_PT_Varios.pdf (ludomedia. http://es.ciaiq.ludomedia.org/wp-. Acesso em 29 de jan. 2024.

Cantu, G. B.; Santiago, E.; Mansano, S. R. V. Caminhos plurais de cuidados com a saúde: medicalizações do simbólico. **Interações**, v. 24, n. 1, p. 247-259, 2023.

Caponi, S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. **InterThesis**, v. 9, n. 2, p. 101-122, 2012.

Cartana, M. H. F.; Heck, R. M. Contribuições da antropologia na enfermagem: refletindo sobre a doença. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 233-240, 1997.

Carvalho, E. R; Rocha, H. A. L. **Estudos epidemiológicos**. Faculdade de Medicina Universidade Federal do Ceará, p. 1-4, 2008. Disponível em: . Acesso em: 19 jan. 2023.

Carvalho, M. R. F.; Pereira, D. N. A condução do uso de medicamentos por mães de crianças. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 6, p. 48334-48352, 2022.

Carvalho, T. M. **Medicina popular do Nordeste: uma visão sobre o papel das plantas no tratamento de enfermidades**. Monografia (Bacharelado em Nutrição) – Centro Universitário (UNIAGES), Paripiranga, p. 15, 2021.

Córdula, E. B. L.; Nascimento, G. C. C. A produção do conhecimento na construção do saber sociocultural e científico. **Revista Educação Pública**, v. 12, n. 9, p. 1-6, 2018.

Costa, A. C. P. J. et al. Saberes populares no cuidado ao recém-nascido com enfoque na promoção da saúde. **Rev Pesqui**, v. 5, n. 2, p. 3626-3635, 2013.

Costa, N. M. P. **Etnoterminologia na língua mundurukú (tupí): sistema de cura e cuidado na voz de pajés, parteiras e puxadores de desmentidoras**. Tese (Doutorado em Linguística) - Universidade de Brasília (UNB), Brasília, p. 62, 2017.

Costa, R. S. L. et al. Uso de plantas medicinais por indivíduos de uma comunidade do Acre. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p.1-8, 2021.

Coutinho, K. A. A. et al. A higiene corporal da criança com encefalopatia pelos familiares: método criativo sensível. **Online braz. j. nurs.(Online)**, p. 443-453, 2016.

Damaceno, N. S.; Marciano, R. P.; Di Menezes, N. R. C. As Representações Sociais da Maternidade e o Mito do Amor Materno. **Perspectivas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 199-224, 2021.

Dougherty, L. et al. Understanding factors influencing care seeking for sick children in Ebonyi and Kogi States, Nigeria. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 746-756, 2020.

Engle, P. L. et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 378, p. 1339-1353, 2011.

Ferreira, M. G. S. **A dialógica freiriana na intermediação de práticas de cuidado à criança vítima de acidente na emergência: uma abordagem da enfermeira junto à família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, p. 31, 2003.

Ferreira, M. G. S. **Estresse pós-trabalho entre crianças/adolescentes: delineando ações de saúde e de enfermagem**. Tese (doutorado em enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, p. 44, 2012.

Fiorin, J. L. **Em busca de sentidos: estudos discursivos**. São Paulo: contexto, 2022.

Freire, P. Conscientização e Alfabetização: uma nova visão do processo. **Revista de Cultura da Universidade do Recife**, v. 4, 1963.

Freire, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação.** São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

Freire, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

Freire, P. **Extensão ou comunicação?** 15ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

Freire, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

Freire, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2003.

Freire, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

Freire, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

Freire, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz & Terra, 1970.

Freyre, G. **Casa grande e senzala**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

Gallagher, M. R.; Rehm, R. S. El papel de los síndromes culturales y los remedios tradicionales mexicanos en la promoción de salud de los niños. **Enfermaría Global**, v. 11, n. 27, p. 12-21, 2012.

Galli, E. F.; Braga, F. M. O diálogo em Paulo Freire: concepções e avanços para transformação social. **Quaestio,** v. 19, n. 1, p. 161-180, 2017.

Gauthier, J.; Santos, I. **A sociopoiética: fundamentos teóricos, técnicas vivenciadas de pesquisa vivência.** Rio de Janeiro: UERJ, DEPEXT, NAPE, 1996.

Gil, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

Gonçalves, W. P. **Amazônia, Amazônias**. São Paulo: Contexto, 2001.

Grantham-Mcgregor, S. et al. Developmental potencial in the first 5 years for children in developing countries. **Lancet**, v. 369, n. 6, p. 60-70, 2007.

Guerra, V. M. L. A análise do discurso de linha francesa e a pesquisa nas ciências humanas**. An Sciencult**, v. 1, n. 1, p. 1-18, 2009.

Harris, M. **Presente Ambivalente: uma maneira amazônica de estar no tempo.** São Paulo: FAPESP/Annablume, 2006.

Hill, Z. et al. Recognizing childhood illnesses and their traditional explanations: exploring options for care-seeking interventions in the context of the IMCI strategy in rural Ghana. **Trop Med Int Health**, v. 8, n. 7, p. 668-676, 2003.

Hillesheim, M. C. P.; Oliveira, G. S.; Paiva, A. B. Algumas considerações teóricas acerca da análise do discurso e abordagem do procedimento metodológico necessário à realização da análise discursiva. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 48, p. 148-166, 2021.

Hockenberry, M. J.; Wilson, D. **WONG**: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2018. Outras formas de trabalho 2018. Disponível: https://censos.ibge.gov.br/agro/2017/2012-agencia-de-noticias/noticias/24267-mulheresdedicam-quase-o-dobro-do-tempo-dos-homens-em-tarefas-domesticas.ht. Acesso em 03 nov. 2023.

Iganus, R. B. Newborn care: A qualitative study of inter-cultural variations and similarities among two ethnic groups in Northeastern Nigeria. **Niger J Clin Pratc**, v. 25, n.6, p. 885-894, 2022.

Jarrah, S.; Bond, A. E. Jordanian women's postpartum beliefs: na exploratory study. **Int J Nurs Pract**, v. 13, n. 5, p. 289-295, 2007.

Lemos, I. Z. C. et al. Ethnobiological survey of plants and animals used for the treatment of acute respiratory infections in children of a traditional community in the municipality of barbalha, ceará, brazil. **Afr J Tradit Complement Altern Med**, v. 13, n. 4, p. 166-175, 2016.

Liamputtong, L. Childrearing practices and child health among the Hmong in Australia: implications for health services. **Int Health Serv**, v. 32, n. 4, p. 817-836, 2002.

Lima, R. F. S. et al. Práticas populares de cura e o uso de plantas medicinais pormães ribeirinhas no cuidado infantil. **Rev Pesqui**, v. 9, n. 4, p. 1154-1163, 2017.

Lima, D. W. C. et al. Historicidade, conceitos e procedimentos da análise do discurso. **Rev de Enfm UERJ**, v. 25, p. 12913-12913, 2017.

Loureiro, J. J. P. **Cultura amazônica: uma poética do imaginário**. São Paulo: Escrituras, 2001.

Lu, C. et al. Risk of poor development in young children in low-income and middle- income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level. Advancing

Lukianchuki, C. A linguagem verbal como exercício do social. **Sinergia**, v. 2, n. 1, p. 43-47, 2001.

Machado, A. O. B. et al. A transmissão intergeracional nas relações pai e filhos: revisão integrativa da literatura. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 33, n. 79, p. 85-99, 2024.

Machado, L. O. O controle intermitente do território. **Revista Território**, , v. 1, n. 2, p. 19-32, 1997.

Matsuyama, A. et al. Perceptions of caregivers about health and nutritional problems and feeding practices of infants: a qualitative study on exclusive breast-feeding in Kwale, Kenya. **BMC Public Health**, v. 13, n. 525, p. 1-13, 2013.

Matue, M. Perre, S. Ignoring children's bedtime crying: the power of western-oriented beliefs. **Infant Ment Health**, v. 39, n. 2, p. 220-230, 2018.

Maués, R. H. Um aspecto da diversidade cultural do cabloco amazônico. **Estudos avançados**, v. 19, n. 53, p. 259-274, 2005

Maués, R. H. **Uma outra "invenção" da Amazônia**. Belém: CEJUP, 1999.

Mchome, Z. et al. 'He usually has what we call normal fevers': Cultural perspectives on healthy child growth in rural Southeastern Tanzania: An ethnographic enquiry. **PLos One**, v. 14, n. 9, p. 2-22, 2019.

Memon, J. et al. Knowledge, attitude, and practice among mothers about newborn care in Sindh, Pakistan. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 329, p. 1-9, 2019.

Milbrath, V. M. et al. Vulnerabilidades vivenciadas por familiares/ cuidadores de crianças com condição crônica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** , v. 33, n.8, p. 1-20, 2023.

Miller, E. Z. Maternal health and knowledge and infant health outcomes in the Ariaal people of northern Kenya. **Soc Sci Med**, v. 73, n. 8, p. 1266-1274, 2011.

Minayo, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

Montenegro, R. C. F. Mulheres e cuidado: responsabilização, sobrecarga e adoecimento. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 16, 2018, Espírito Santo. **Anais** [...]. Vitória: UFES, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22257

Naiff, A. P. O. **Entre o rosa e o azul: um estudo em representações sociais de ser homem e de ser mulher**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), Rio de Janeiro, p. 18, 2021.

Neves, L. B.; Sousa, P. S.; Júnior, G. C. Suplementação alimentar em crianças. **Estudos Avançados Sobre Saúde e Natureza**, v. 30, n. 86, p. 94-98, 2022.

Newbrander, W. et al. Barriers to appropriate care for mothers and infants during the perinatal period in rural Afghanistan: A qualitative assessment. **Glob Public Health**, v. 9, n. 1, p. 93-109, 2014.

Nogueira, R, M. A evolução da sociedade patriarcal e sua influência sobre a identidade feminina e a violência de gênero. In: salão internacional de ensino, pesquisa e extensão – SIEPE, 10, 2018, Santana do Livramento. **Anais** [...]. Santana do Livramento: Unipampa, 2018. Disponível em: https://guri.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq_trabalhos/16963/seer_16963.pdf

Oliveira, M. F. D. **Os saberes de uma família ribeirinha paraense: um estudo na Ilha Arapiranga, Pará**. Dissertação (Mestrado em educação tecnológica) - Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFECT-MG), Minas Gerais, p. 23, 2018.

OMS. **Organização Mundial de Saúde**, 2013. Estratégia de medicina tradicional da OMS: 2014-2023. Disponível em: Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.pdf. Acesso em 29 set. 2023.

OPAS. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2023. Medicinas tradicionais, complementares e integrativas. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/medicinas-tradicionais-complementares-e-integrativas. Acesso em: 01 out. 2023.

Orlandi, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. São Paulo: Pontes Editores, 2015.

Orlandi, E. P. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. São Paulo: Pontes, 2002.

Orlandi, E. P. **Análise do discurso: Princípios e procedimentos.** 13ª ed. Campinas, SP: Pontes editores, 2020..

Orlandi, E. P. **Análise do Discurso: princípios e procedimentos**. São Paulo: Pontes, 2009.

Orlandi, E. P. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. São Paulo: Editora da Unicamp, 1997.

Orlandi, E. P. Michel Pêcheux e a Análise de Discurso (Michel Pêcheux et l'Analyse de Discours). **Estudos da língua(gem)**, v. 1, n. 1, p. 9-13, 2005.

Pastorelli, S. O. S. et al. A sobrecarga de mães trabalhadoras durante o isolamento social da pandemia da covid19. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 5, p. 1-17, 2024.

Peltzer, K.; Phaswana-Mafuya, N.; Treger, L. Use of Traditional and Complementary Health Practices in Prenatal, Delivery and Postnatal Care in the Context of HIV Transmission from Mother to Child (PMTCT) in the Eastern Cape, South Africa. **Afr J Tradit Complement Altern Med**, v. 6, n. 2, p. 155-162, 2009.

Pereira, R. **Utopia da maternidade**. Monografia (Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades) - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção, p. 15, 2022.

Pinheiro, I. S. et al. Impactos na saúde da mulher mãe cuidadora de criança com câncer. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2021.

Porro, A. **O povo das águas: ensaios de etno-história amazônica**. Petrópolis: Vozes, 1995.

Premij, S. et al. Sociocultural influences on newborn health in the first 6 weeks of life: qualitative study in a fishing village in Karachi, Pakistan. **BMC pregnancy childbirth**, v. 14, n. 232, p. 1-12, 2014.

Priante, P. T. **As vozes das crianças às margens do rio Tapará: ser criança na comunidade Tapará Grande – Santarém/PA**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), Santarém, p. 86, 2016.

Pucci, R. M. et al. HIGIENE PESSOAL: Uma abordagem humanizada e didádica. **Interfaces**, v. 12, p. 1-10, 2024.

Queiroz, M. V. O. et al. Sensitizing children with diabetes to self-care: Contributions to educational practice. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 337-343, 2016.

Rego, M. F. G. **Saberes tradicionais, práticas de benzimento e educação popular em saúde**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), São João del-Rei, p. 75, 2023.

Reis, A. C. F. **Santarém: seu desenvolvimento histórico**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

Ribeiro, C. D. B. et al. O uso medicinal de Carapa guianensis Abul. (Andiroba). **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p.1-10, 2021.

Ribeiro, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

Ribeiro, M. R.; Galvão, E. F. C. 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, p. 1-17, 2022.

Rocha, H. C. et al. Busca por cuidados de saúde: itinerário terapêutico de crianças egressas de unidades neonatais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 34, p. 1-11, 2021.

Sampaio-Silva, A.; Barros J. B. E **Os conhecimentos empíricos dos ribeirinhos sobre a influência do calendário lunar nas marés**. Monografia (Especialização em Ensino de Ciências com Ênfase em Física) – Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, p. 30, 2020.

Santos, A. N. S. et al. “Ordem de saúde, norma familiar”:entrelaçando os saberes técnico-científicos sanitaristas e o conhecimento cultural popular de medicina familiar no imaginário coletivo. **Revista observatório de la economia latino-americana**, v. 22, p. 9, p. 01-29, 2024.

Santos, J. M.; Coelho, T. A. A.; Silva, R. F. G. Fatores que interferem na formação do hábito alimentar saudável na infância: uma revisão bibliográfica. **Revista científica do ubm**, v. 25, n. 48, p. 80-94, 2023.

Santos, T. M.; Silva, S. S. C.; Koller, S. H. Avaliação de Beneficiárias Ribeirinhas da Amazônia sobre o Programa Bolsa Família. **Psicologia Clínica e Cultura**, v. 33, p. 1-8, 2017.

Santos, W. M.; Souza, N. S. A árvore do conhecimento como instrumento para a promoção da saúde de adolescentes de um centro de atendimento socioeducativo (CASE). **Revista Contexto & Saúde**, v. 14, n. 26, p. 43-47, 2014.

Sarmento, E. B. Dona zita: amazônida que "puxa" e cura dores e males do corpo. **Das Amazônias,** v. 6, n. 2, p. 112-122, 2023.

Seabra, R. F. et al. Alimentação saudável na infância: um relato de experiência. **Acervo Saúde**, v. 15, n. 3, p. 1-5, 2022.

Shonkoff, J. P. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 109, p. 17302- 17307, 2012.

Silva, A. S. et al. Efetividade de uma intervenção educativa para a promoção da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil. **Ciencia y enfermería**, v. 29, n. 8, p. 1-12, 2023.

Silva, M. S. L. Um olhar além da maternidade: Burnout Materno. **Saúde Coletiva**, v. 12, n. 83, p. 12116-12121, 2022.

Slendak, M. S.; Camargo, M. E. B; Burg, M. R. A importância da vacinação: a opinião dos pais de crianças de 0 a 5 anos. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.4, p.18420-18432, 2021.

Soares, A. L. S. **O papel da mulher ao longo da história: influências no conceito de família bem como nas relações de parentesco**. Monografia (Bacharelado em Direito) – Universidade federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, p. 31, 2021.

Sousa, G. G. F.; Silva, M. E. S.; Gondim, R. S. D. Plantas empregadas para fins medicinais no tratamento da hipertensão. **Acervo Saúde**, v. 24, n. 7, p.1-8, 2024.

Souza, C. F.; Souza, M. J. M.; Veras, M. F. P. A VIDA RIBEIRINHA AMAZÔNICA: Alteridade, Territorialidade e Invisibilidade. **UniEVANGÉLICA**, v. 1, n. 1, p. 36-53, 2019.

Souza, C. M.; Fernandes, T. S.; Paula, T. R. Tornar-se mãe: aspectos biopsicossociais da maternidade. **Rev. Cient. Novas Configur. Dialog. Plur**, v. 3, n. 4, p.29-46, 2022.

Souza, K. R; Kerbauy, M. T. M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **Educação e Filosofia**, v. 31, n. 6, p. 21-44, 2017.

Souza, S. A. F, S. **Análise de discurso: procedimentos metodológicos**. 2ª Ed. Manaus: EDUA, 2021.

Strachulski, J.; Silva, A. A.; Floriani, N. Força da floresta, saúde e doença: o uso da flora medicinal pelo povo parintintim. **Revista Cerrados (Unimontes)**, v. 19, n. 1, p. 1-27, 2021.

Szareski, C.; Beuter, M.; Brondani, C. M. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 715-722, 2010.

Takemoto, A. Y; Zarpelon, N. F.; Rossetto, E. G. Práticas populares no cuidado infantil: percepção das mães / Popular practices in child care: mothers' perceptions. **Rev Rene**, v. 20, n. 1, 2019.

Thairu, L.; Pelto, G. Newborn care practices in Pemba Island (Tanzania) and their implications for newborn health and survival. **Matern Child Nutr**, v. 4, n.3, p. 194-208, 2008.

Tomeleri, K. R.; Marcon, S. S. Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos. **Acta Paul Enferm**, n. 22, v. 3, p. 272-280, 2009.

Turner, C. et al. Beliefs and practices during pregnancy, post-partum and in the first days of an infant's life in rural Cambodia. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.17, n. 116, p. 1-8, 2017.

UFSC. **Universidade Federal de Santa Catarina,** 2020. Horto didático de plantas medicinais do HU/CCS. Disponível em: https://hortodidatico.ufsc.br/hortela/. Acesso em: 18 dez 2024.

Vaz, F. A. **Pajés, benzedores, puxadores e parteiras: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia**. Santarém: UFOPA, 2016.

Veronesi, L. B. et al. O impacto das variações climáticas na demanda de crianças e adolescentes aos serviços de emergência. **Residência Pediatrica**, v. 13, n. 3, p. 1-6, 2023.

Vitti, S. C. A. A língua como elemento constitutivo da identidade e cultura. **Revista Foco,** v. 17, n.6, p. 1-22, 2024.

Wagley, C. **Uma comunidade Amazônica: estudo do homem nos trópicos**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1988.

Walker, S. P. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. **Lancet**, v. 378, p. 1325-1338, 2011.

Wawzyniak, J. V. **Resgate de mitos, lendas, contos, e estórias e transformação deste material paradivulgação.** Santarém: Ibama/Promanejo, 2006.

Webair, H. H.; Ghouth, A. S. B. 'This diarrhoea is not a disease …' local illness concepts and their effects on mothers' health seeking behaviour: a qualitative study, Shuhair, Yemen. **BMC Public Health**, v. 14, n. 581, p. 1-8, 2014.

Weinstein, B. **A borracha na Amazônia: expansão e decandência: 1850-1920.** São Paulo: Hucitee, 1993.

Weis, T. V.; Baggio, L. A construção do vínculo mãe-bebê para o desenvolvimento infantil na primeira infância**. Rev. Psicol Saúde e** Debate, v. 9, n.1, p. 24-44, 2023.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A – ARTIGOS SELECIONADOS DO ESTUDO BIBLIOMÉTRICO.

**Quadro.** Artigos selecionados para compor o portifólio da pesquisa.

| BASE DE DADOS | AUTOR/ANO | TÍTULO | MÉTODO | OBJETIVO | SÍNTESE DOS RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|---|
| SCOPUS 1 | PREMJI, S. 2014 | Sociocultural influences on newborn health in the first 6 weeks of life: qualitative study in a fishing village in Karachi, Pakistan | Estudo qualitativo, fenomenológico | Explicar as influências socioculturais que impactam os esforços das mães para manter ou melhorar a saúde do recém-nascido. | As mães não tinham voz na tomada de decisão, tensões surgiam entre remédios tradicionais e práticas médicas atuais. |
| SCOPUS 2 | JARRAH, S. 2007 | Jordanian women's postpartum beliefs: An exploratory study | Estudo qualitativo, com grupos focais | Determinar as crenças entre as mulheres jordanianas em relação a 10 comportamentos pós-parto selecionados. | A maioria das mães mantinham crenças equívocas sobre segurança, expiração do bebê no seio e amamentação. |
| SCOPUS 3 | YEARWOOD, E. 2007 | Child Health Care Decision Making and Experiences of Caribbean Women | Estudo qualitativo, com grupos focais | Obter dados sobre a tomada de decisões e práticas de cuidados de saúde infantil de mulheres imigrantes de língua inglesa da região do Caribe e descrever suas experiências com o sistema de saúde dos EUA e os prestadores de cuidados. | Uso de práticas de "utilização paralela" pelos cuidadores; de ervas e outras alternativas práticas; uma forte rede de apoio social informal dentro da comunidade; e falta de confiança nos prestadores de cuidados de saúde. |
| SCOPUS 4 | SMITHERMAN, L. 2005 | The Use of Folk Remedies Among Children in an Urban Black Community: Remedies for Fever, Colic, and Teething | Estudo quantitativo, descritivo | Identificar remédios populares usados para tratar febre, cólicas e dentição entre crianças negras em Detroit, Michigan. | A maioria aprendeu sobre esses remédios com suas mães. . |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SCOPUS 5 | LIAMPUTTONG, P. 2002 | Childrearing Practices and Child Health among the Hmong in Australia: Implications for Health Services | Estudo qualitativo, observação participante | Analisar as crenças e práticas culturais relacionadas com a criação e saúde infantil entre os Hmong em Melbourne, Austrália. | Mães Hmong seguem práticas culturais como marcar dados de nascimento, amamentar, evitar elogios e cerimônias religiosas para proteção dos recém-nascidos, baseadas em crenças tradicionais**.** |
| BVS 6 | ROCHA, H. 2021 | Busca por cuidados de saúde: itinerário terapêutico | Estudo qualitativo, exploratório | Compreender os caminhos percorridos por mães e cuidadoras na busca pelo cuidado de crianças egressas de unidades neonatais. | O setor informal foi o mais relatado pelas cuidadoras. Em geral, a primeira escolha era pela automedicação orientada pelas avós. O uso do setor popular foi influenciado pelo conhecimento prévio das famílias e sua percepção do processo saúde-doença. |
| BVS 7 | MCHOME, Z. 2019 | 'He usually has what we call normal fevers': Cultural perspectives on healthy child growth in rural Southeastern Tanzania: An ethnographic enquiry | Estudo qualitativo, etnográfico | Examinar como os cuidadores descrevem e reconhecem o crescimento saudável nas crianças pequenas e os significados que atribuem a estes marcadores culturais de crescimento saudável. | Os significados atribuídos ao crescimento saudável da criança estão enraizados no contexto cultural dos participantes. |
| BVS 8 | ARABIAT, D. 2019 | Traditional methods for managing illness in newborns and infants in an Arab society. | Estudo qualitativo, com grupos focais | Explorar práticas de autogestão em relação aos métodos tradicionais de manejo de doenças em recém-nascidos e bebês e as implicações dessas práticas na saúde infantil. | As mães estavam mais dispostas a experimentar remédios à base de ervas, massagens tradicionais para autogerir a saúde dos seus bebés. Os remédios populares não se restringiam às tradições transmitidas de geração em geração. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BVS 9 | TAKEMOTO, A. 2021 | Práticas populares no cuidado infantil: percepção das mães | Estudo qualitativo | Descrever a percepção das mães no uso das práticas populares prestados à criança no domicílio. | O uso das práticas populares se mantém forte no contexto social e cultural das famílias, principalmente influenciado pelas avós. |
| BVS 10 | LIMA, R. 2017 | Práticas populares de cura e o uso de plantas medicinais por mães ribeirinhas no cuidado infantil | Estudo qualitativo, observação participante | Analisar as práticas populares de cura com plantas medicinais pelas mães ribeirinhas durante o cuidado dos filhos | Práticas populares variam de acordo com a causa; problemas de saúde podem ser tratados com plantas medicinais respaldadas pela ciência. |
| BVS 11 | TURNER, C. 2017 | Beliefs and practices during pregnancy, post-partum and in the first days of an infant's life in rural Cambodia | Estudo qualitativo, com grupos focais | Registrar as crenças e práticas durante a gravidez, pós-parto e nos primeiros dias de vida de uma criança, na zona rural do Camboja. | As práticas tradicionais no final da gravidez e no período pós-parto não eram mais comumente realizadas. Contudo, a icterícia, uma condição neonatal potencialmente grave, não foi reconhecida. |
| BVS 12 | CUNNAMA, L. 2016 | A mother's choice: a qualitative study of mothers' health seeking behaviour for their children with acute diarrhoea. | Estudos qualitativo,com grupos focais | Examinar qualitativamente as crenças em torno e a qualidade percebida dos cuidados de saúde acedidos para a diarreia aguda infantil. | A busca por cuidados de profissionais tradicionais é culturalmente enraizada, principalmente devido à preocupação sobre as causas sobrenaturais da diarreia. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BVS 13 | LEMOS, I. 2016 | Ethnobiological survey of plants and animals used for the treatment of acute respiratory infections in children of a traditional community in the municipality of Barbalha, Ceará, Brazil. | Estudo quantitativo, exploratório | Realizar levantamento etnobiológico de plantas e animais utilizados no tratamento de infecções respiratórias agudas em crianças de uma comunidade tradicional do município de Barbalha, Ceará, Brasil. | Foram 38 espécies citadas. De acordo com a Frequência Relativa de Citação as espécies mais citadas foram: *Ocimum basilicum* L. (0,59), *Eucalyptus globulus Labili* (0,59), *Plectranthus amboinicus* (L.) Spreng (0,42), *Hyptis suaveolens* (L.) Poit. (0,24), *Allium aescalonicum* L. (0,22) e *Mentha arvensis* L. (0,18) |
| BVS 14 | NEWBRANDER, W. 2014 | Barriers to appropriate care for mothers and infants during the perinatal period in rural Afghanistan: a qualitative assessment. | Estudo qualitativo, com grupos focais | Explorar práticas tradicionais de mulheres, famílias e comunidades relacionadas com os cuidados maternos e neonatais, e questões socioculturais. | As práticas tradicionais discutidas incluem o atraso no banho das mães e o atraso na amamentação dos bebés; e o uso de remédios caseiros tradicionais e automedicação. |
| BVS 15 | FORTES, J. 2014 | Percepção de mães sobre o uso de práticas integrativas e complementares em seus filhos | Estudo qualitativo | Descrever as práticas integrativas e complementares pelas mães em seus filhos, identificar motivos que as levam ao uso e discutir a percepção de mães sobre essas práticas. | As mães percebem massagem, xarope, orações de maneira positiva a insatisfação com a medicina tradicional, crenças e cultura os motivos que as levam a utilização. |
| BVS 16 | COSTA, A. 2013 | Saberes populares no cuidado ao recém-nascido com enfoque na promoção da saúde | Estudo qualitativo | Verificar a influência dos saberes populares no cuidado ao recém-nascido, com enfoque na promoção da saúde da criança. | Os saberes relatados e sua influência nos cuidados ao recém-nascido foram orações e benzimentos, chás de ervas variadas e crendices. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BVS 17 | GALLAGHER, M. 2012 | El papel de los síndromes culturales y los remedios tradicionales mexicanos en la promoción de salud de los niños | Estudo qualitativo, etnografico | Descrever o contexto em que as mães de ascendência mexicana acreditavam que as síndromes culturais afetavam a saúde das crianças e descrever como melhoraram a Saúde | As participantes acreditavam que deviam estar conscientes das síndromes culturais que afectavam a saúde dos seus filhos e cuidar dessas síndromes utilizando remédios tradicionais. |
| BVS 18 | MILLER, E. 2011 | Maternal health and knowledge and infant health outcomes in the Ariaal people of northern Kenya. | Estudo qualitativo | Definir os domínios de conhecimento de saúde específicos da cultura; identifica factores que predizem o conhecimento sobre saúde materna; investigar associações entre o conhecimento sobre saúde materna e os comportamentos de procura de tratamento; associar o conhecimento em saúde a biomarcadores da saúde infantil | Este estudo encontrou consenso nos domínios das doenças infantis, medicina tradicional, medicina ocidental e tomada de decisões sobre tratamento. |
| BVS 19 | TOMELERI, K. 2009 | Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos | Estudo qualitativo | Identificar e descrever os cuidados populares adotados por mães adolescentes na assistência aos filhos nos seis primeiros meses de vida. | As mães reproduziam em seu cotidiano de cuidar várias práticas populares que fazem parte da cultura local e familiar. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BVS 20 | PELTZER, K. 2009 | Use of traditional and complementary health practices in prenatal, delivery and postnatal care in the context of HIV transmission from mother to child (PMTCT) in the Eastern Cape, South Africa. | Estudo qualitativo | Determinar as opiniões das mulheres que recorreram aos serviços dos praticantes tradicionais antes, durante e/ou depois da gravidez; e realizar investigação formativa com profissionais de saúde tradicionais. | Os resultados mostraram que os em particular os parteiras de plantão e, até certo ponto, fitoterapeutas/adivinhos desempenham um papel significativo na gravidez e nos cuidados pós-natais, e também na assistência ao parto. |
| WOS 21 | KACAN, C. 2022 | Examining knowledge and traditional practices of mothers with children under five in Turkey on diarrhoea according to education levels | Estudo qualitativo | Examinar os níveis de conhecimento e práticas tradicionais de mães com filhos menores de 5 anos sobre diarreia em relação aos seus níveis de escolaridade. | A prática tradicional predominantemente da diarreia infantil era "alimentar a criança com banana" (92,5%). O nível de escolaridade materna foi determinado como uma variável significativa. |
| WOS 22 | JAMES, P. 2023 | The use of traditional medicine practitioner services for childhood illnesses among childbearing women: a multilevel analysis of demographic and health surveys in 32 sub-Saharan African countries | Estudo quantitativo, dados dos Inquéritos | Estimar a prevalência do uso de serviços de medicina tradicional para tratar doenças infantis entre mulheres com filhos menores de cinco anos. | As mulheres que procuraram cuidados de saúde para doenças infantis utilizaram o serviço de um praticante de medicina tradicional, geralmente por diarreia infantil, febre e tosse. |
| WOS 23 | MEMON, J. 2019 | Knowledge, attitude, and practice among mothers about newborn care in Sindh, Pakistan | Estudo de corte transversal | Avaliar o conhecimento, atitude e práticas (CAP) entre as mães sobre os cuidados com os recém-nascidos e seus fatores relacionados no distrito de Badin Sindh, província do Paquistão. | As mães realizavam banho imediato, aplicação de substâncias tradicionais no cordão, atraso no início da amamentação, descarte de colostro e administração de alimentação pré-láctea aos recém-nascidos. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| WOS 24 | DOUGHERTY, L. 2020 | Understanding factors influencing care seeking for sick children in Ebonyi and Kogi States, Nigeria | Estudo qualitativo | Explorar os fatores que permitem ou impedem os pais de procurarem cuidados para crianças doentes com menos de cinco anos nos estados de Kogi e Ebonyi. | Descobriu-se que o uso da medicina tradicional e o autotratamento são primeiros passos comuns no tratamento antes de recorrer ao sistema de cuidados biomédicos. |
| WOS 25 | HILL, Z. 2003 | Recognizing childhood illnesses and their traditional explanations: exploring options for care-seeking interventions in the context of the IMCI strategy in rural Ghana | Estudo misto, quantitativo e qualitativo | Explorar a importância relativa do reconhecimento da doença como uma barreira à procura de cuidados e a viabilidade e o impacto potencial de melhorar o reconhecimento. | Os cuidados realizados incluíam a classificação de certas doenças como "não hospitalares" e intratáveis pela medicina moderna; problemas de acesso; e uso frequente de medicamentos tradicionais. |
| WOS 26 | AYNALEM, B. 2023 | Cultural Beliefs and Traditional Practices During Pregnancy, Child Birth, and the Postpartum Period in East Gojjam Zone, Northwest Ethiopia: A Qualitative Study | Estudo qualitativo, com grupos focais | Explorar crenças culturais e práticas tradicionais durante a gravidez, parto e período pós-parto na zona leste de Gojjam, noroeste da Etiópia. | Os entrevistados relatam muitos exemplos de práticas culturais, tradicionais e religiosas vivenciadas pela comunidade na Zona Leste de Gojjam. |
| WOS 27 | BUSER, J. 2020 | Cultural beliefs and health-seeking practices: Rural Zambians' views on maternal-newborn care | Estudo qualitativo, com grupos focais | Descrever os fatores associados aos cuidados neonatais nas zonas rurais da Zâmbia. | As mães com bebês nas zonas rurais da Zâmbia provavelmente experimentam um sentido dualista de responsabilidade para satisfazer as expectativas culturais e do sistema de saúde. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| WOS 28 | WEBAIR, H. 2014 | 'This diarrhoea is not a disease ...' local illness concepts and their effects on mothers' health seeking behaviour: a qualitative study, Shuhair, Yemen | Estudo qualitativo, com grupos focais | Contribuir para a definição de conceitos de doenças locais comuns com seus efeitos no comportamento de busca de saúde para doenças infantis comuns. | As mães confiam na medicina tradicional e acreditam que ela é sempre benéfica e nunca prejudicial. Os participantes não revelam o uso da medicina tradicional aos seus médicos porque os médicos se opõem a estas práticas. |
| WOS 29 | CHAAND, I. 2019 | Malnutrition in Chakradharpur, Jharkhand: an anthropological study of perceptions and care practices from India | Estudo qualitativo | Investigar o conhecimento, a percepção e as práticas relacionadas à saúde, nutrição, práticas de cuidado. | Há forte dependência de práticas tradicionais e culturais para cuidados de saúde e nutrição para recém-nascidos, bebés e crianças pequenas. Além disso, a comunidade depende de sistemas alternativos de medicina para o tratamento de doenças infantis. |
| WOS 30 | MATSUYAMA, A. 2013 | Perceptions of caregivers about health and nutritional problems and feeding practices of infants: a qualitative study on exclusive breast-feeding in Kwale, Kenya | Estudo qualitativo | Explorar as percepções e práticas alimentares dos cuidadores de crianças menores de 6 meses de idade, com atenção especial ao conhecimento indígena dos cuidadores, às percepções sobre os problemas de saúde e aos comportamentos de busca de cuidados. | Os cuidadores utilizavam vários medicamentos populares e populares da farmácia, do seu próprio quintal ou jardim e de curandeiros tradicionais para que a mãe ou a criança não ficassem expostas a riscos percebidos durante o período vulnerável após o nascimento. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| WOS 31 | ABUBAKAR, A. 2013 | Socio-Cultural Determinants of Health-Seeking Behaviour on the Kenyan Coast: A Qualitative Study | Estudo qualitativo | Examinar o comportamento dos pais na procura de cuidados de saúde na costa do Quénia. | A cura tradicional ainda desempenha um papel importante. Os curandeiros tradicionais foram consultados por várias razões. |
| WOS 32 | THAIRU, L. 2008 | Newborn care practices in Pemba Island (Tanzania) and their implications for newborn health and survival | Estudo qualitativo, descritivo | Descrever as práticas de cuidado ao recém-nascido e seu potencial impacto na saúde do recém-nascido. | Foram identificadas crenças e práticas culturais que promovem o início precoce da amamentação e do vínculo, incluindo a "reclusão pós-parto". Identificamos também práticas potencialmente prejudiciais para a saúde. |
| WOS 33 | IGANUS, R. 2022 | Newborn Care: A Qualitative Study of Inter-Cultural Variations and Similarities Among Two Ethnic Groups in Northeastern Nigeria | Estudo qualitativo | Examinar semelhanças e variações nos cuidados aos recém-nascidos entre dois grandes grupos étnicos no nordeste da Nigéria**.** | Com exceção do banho precoce, foram observadas boas práticas de cuidados termais em ambos os grupos. Várias substâncias foram aplicadas em outras partes do corpo do bebê. |

Fonte: autora, 2023.

**APÊNDICE B –** QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Código: Data da entrevista: / /

**Caracterização da mãe ou cuidadora:**

Grau de parentesco:
( )Mãe
( )Avó
( )Irmã
( ) Tia
Outro:_____

Data de nascimento:____/____/_____

Idade informada (caso não saiba data de nascimento):_____

Você é o principal cuidadora das crianças do domicílio?
( ) Sim
( ) Não

Há quanto tempo a sua família mora nesta comunidade?
_____meses ou _____anos

Número de moradores no domicílio:
Crianças de 0 a 5 anos _____
Crianças/adolescentes com 7 anos ou mais _____
Adultos do sexo masculino (18 a 59 anos) _____
Adultos do sexo feminino (18 a 59 anos) _____
Idosos do sexo masculino (60 anos ou mais) _____
Idosos do sexo feminino (60anos ou mais) _____
Total de moradores_____

A mãe ou cuidadora sabe ler ou escrever?
( ) Sim
( ) Não

Qual o nível mais elevado de escolaridade que frequenta ou frequentou?
( ) Nunca frequentou escola
( ) Fundamental (incluir primário e ginásio)
( ) Ensino médio (incluir clássico, científico e magistério)
( ) Superior de graduação
( ) Pós-graduação

Principal ocupação:
( ) Agricultura/Piscicultura/Extrativismo – Autônoma Proprietária
( ) Agricultura/Piscicultura/Extrativismo – Empregada
( ) Atividade comércio/serviços - Autônoma
( ) Atividade comércio/serviços – Empregada
( ) Funcionária público
( ) Do lar
( ) Estudante
( ) Aposentada

( ) Desempregada
( ) Outra _____

**Caracterização Do Domicílio**

Tipo de casa:
( ) Alvenaria
( ) Madeira
( ) Taipa/barro
( ) Outro_____
( ) Ignorar

O que é feito com o lixo produzido no domicílio?
( ) Coletado por serviço de limpeza diretamente no domicílio
( ) Colocado em local na comunidade para posterior coleta por serviço de limpeza
( ) Enterrado ou queimado na comunidade
( ) Enterrado ou queimado fora da comunidade
( ) Jogado em rio ou lago
( ) Outro

O destino do lixo ocorre da mesma maneira nos períodos de cheia e de seca?
( ) Sim
( ) Não

De onde vem a água que a família utiliza para beber?
( ) Rede local
( ) Coleta da chuva
( ) Fonte protegida
( ) Poço artesiano
( ) Poço raso (Cacimba)
( ) Rio, igarapé, lago,
( ) Outro

A forma de obtenção da água para beber a mesma nos períodos de cheia e seca do rio?
( ) Sim
( ) Não

No domicílio, a água usada para beber é usualmente:
Tratada com hipoclorito de sódio ( ) sim ( ) não ( ) ignorado
Filtrada/fervida ( ) sim ( ) não ( ) ignorado
Não faz nenhum tipo de tratamento ou usa outro método ( ) sim ( ) não ( ) ignorado

Este domicílio tem iluminação elétrica?
( ) Sim
( ) Sim, mas descontínua
( ) Não
( ) Ignorado

A energia elétrica é proveniente de:
( ) Gerador próprio

( ) Gerador na comunidade
( ) Rede pública de distribuição
( ) Outro

**Caracterização socioeconômica**

No último ano (12 meses), o dinheiro que os moradores do domicílio usam veio de:
( ) Trabalho remunerado
( ) Trabalho remunerado
( ) Venda de produtos da agricultura/pecuária
( ) Pesca
( ) Venda de artesanato ou produção cultural
( ) Comércio em geral
( ) Aposentadoria
( ) Benefícios sociais
( ) Ajuda financeira de terceiros
( ) Outro:_____

Existe em seu domicílio alguém que receba aposentadoria?
( ) Sim
( ) Não

No seu domicílio alguém recebeu nos últimos doze meses algum desses auxílios?

| | |
|---|---|
| Auxílio maternidade | ( ) Sim / ____meses /( ) Não |
| Seguro defeso | ( ) Sim / ____meses /( ) Não |
| Auxílio-doença | ( ) Sim / ____meses /( ) Não |
| Bolsa família | ( ) Sim / ____meses /( ) Não |
| Outro: _____ | ( ) Sim / ____meses /( ) Não |

Algum morador do domicílio trabalha?
( ) Sim
( ) Não

Se sim, qual o número de pessoas no domicílio que tem trabalho e possui rendimento:
Pessoas com recebimento mensal: _____(0 se nenhum morador)
Pessoas com recebimento eventual: _____(0 se nenhum morador)

Em média qual a renda mensal total da família (em salário, bens ou produtos, serviços, benefícios etc)
R$ _____

**APÊNDICE C –** ROTEIRO DAS PERGUNTAS GERADORAS DE DEBATE

| Cód. de identificação: | Data:___/___/___ |
|---|---|

**PARA PROMOVER O DIÁLOGO GRUPAL, UTILIZAREMOS AS SEGUINTES QUESTÕES NORTEADORAS DOS DEBATES:**

**1º encontro – Dinâmica do Corpo Saber:** quais recursos você utiliza para cuidar do seu filho diante de alguma enfermidade?

- Que doenças ou problemas de saúde seus filhos costumam ter e como você os trata?
- Com quem você conversa sobre como cuidar de crianças, como você faz?

**2º encontro – Dinâmica da Árvore do Conhecimento:** quais cuidados você considera necessário para que seu filho cresça e se desenvolva de forma saudável?

- Quais cuidados diários você exerce para o bem estar do seu filho?
- Quais resultados você espera diante desses cuidados que você exerce diariamente?

**APÊNDICE D –** TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **"Conhecimentos e práticas de cuidado na promoção à saúde de crianças menores de 5 anos em uma comunidade ribeirinha na amazônia"**. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Emilly Vasconcelos Goulart, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará e Universidade Federal do Amazonas. O objetivo deste estudo é conhecer as experiências vivenciadas no cuidado à saúde das crianças, descrever os valores culturais que norteiam esse processo de cuidado e analisar os saberes constituídos que orientam as práticas de cuidado. A justificativa para a realização desta pesquisa baseia-se na utilização de práticas de saúde populares, que se diferenciam das abordagens convencionais, demonstram eficácia e são amplamente utilizadas em diversas regiões, incluindo China, África e América Latina. As crianças, em particular, devido à sua dependência de cuidadores, são significativamente influenciadas por essas práticas. Reconhecer e compreender essas práticas é crucial para integrar abordagens populares com as dos profissionais de saúde, promovendo uma assistência integral e adequada às necessidades infantis. Portanto**, a sua participação consistirá em responder um questionário sociodemográfico e participar de uma reunião de grupo, conhecida como dinâmica criativa, onde você poderá conversar com outras mulheres sobre as suas vivências no cuidado de suas crianças.**

**Estimamos que cada encontro dure aproximadamente 50 minutos cada e será realizado na própria comunidade. Durante esses encontros, as entrevistas serão gravadas em áudio e vídeo. A gravação ajudará a obter e transcrever as informações de forma precisa, enquanto as imagens auxiliarão na análise de dados e na demonstração dos resultados. No entanto, usaremos apenas a transcrição das informações que você fornecer, sem divulgar sua voz ou imagem. A autorização para o uso de voz e imagem é completamente opcional e, se você decidir permitir, será feita uma autorização específica no final deste termo. Seus dados pessoais serão tratados com total confidencialidade, seguindo rigorosos protocolos de segurança, e qualquer identificação será removida das transcrições e análises.**

Esclarecemos que esta pesquisa oferece a possibilidade de riscos mínimos, como a quebra do sigilo das informações obtidas e constrangimento devido à natureza do tema abordado. Para minimizar o risco de quebra de sigilo, os participantes serão identificados por códigos alfanuméricos (por exemplo, M1, M2, M3, M4...), sendo "M" uma referência a "Mulher". Os textos produzidos serão arquivados em um local seguro, acessível apenas à pesquisadora, e serão mantidos por cinco anos após a conclusão da pesquisa. Após esse período, os documentos serão destruídos. Caso surja constrangimento, a participante terá a opção de interromper ou encerrar sua participação na oficina. Quanto aos benefícios, a pesquisa pode ajudar a preservar e valorizar os conhecimentos tradicionais e culturais das comunidades ribeirinhas, contribuindo para a sustentabilidade e a identidade cultural local. Os resultados podem informar a elaboração de políticas públicas mais eficazes e adaptadas às necessidades específicas das comunidades ribeirinhas, promovendo uma saúde pública mais inclusiva e equitativa. Quanto a comunidade acadêmica, os achados encontrados durante a pesquisa podem servir como base para estudos futuros, incentivando a continuidade da investigação em áreas relacionadas à saúde infantil e saberes tradicionais. Em relação às participantes, ao focar nas experiências das mulheres no cuidado à saúde infantil, a pesquisa pode empoderá-las ao reconhecer e valorizar seus conhecimentos e práticas. Além disso, a pesquisa dá voz às mulheres das comunidades

ribeirinhas, aumentando sua visibilidade e representatividade nos debates sobre saúde e cuidado infantil. Caso você decida não participar do estudo ou desistir do mesmo a qualquer momento, fique certa de que a recusa não acarretará qualquer penalidade ou nenhuma modificação na forma como a Sra. é atendida pela pesquisadora ou pela instituição de saúde local. A sua participação nesta pesquisa não causará a você nenhum gasto, assim como você não receberá remuneração ou recompensa financeira ao participar. As informações obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa. Se houver algum gasto exclusivamente para participar desta pesquisa, este gasto lhe será ressarcido. A Sra. também terá direito a indenização no caso de qualquer dano que eventualmente aconteça e que for produzido pela pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Todos os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos. As pesquisadoras envolvidas no referido projeto são: **Emilly Vasconcelos Goulart** (pesquisadora responsável) – (91) 98409-1104 e **Maria Goreth Silva Ferreira** (orientadora) – (93) 981126707.[1] Se a Sra. tiver alguma consideração ou dúvida, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no endereço descrito no rodapé desse documento. O CEP é um grupo de pessoas que avalia projetos de pesquisa para garantir que respeitem os direitos e o bem-estar dos participantes. Ele verifica se a pesquisa está de acordo com normas éticas, protegendo as pessoas envolvidas contra possíveis riscos e garantindo que elas sejam tratadas com justiça e respeito. O CEP é essencial para assegurar que as pesquisas sejam conduzidas de maneira ética e responsável. Serão preservados os preceitos éticos com base na resolução nº580 do Conselho Nacional de Saúde de 22 de março de 2018, que visa estabelecer por meio de normas a proteção, a dignidade e o respeito nas pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual do Pará sob parecer nº 7.008.247.

Este documento, por conter mais de uma página, está adequadamente numerado e grampeado. Será assinado por todos os participantes da pesquisa.

Caso a Sra. se sinta suficientemente informada a respeito de tudo que leu ou que foi lido para você sobre a pesquisa, sobre os procedimentos que serão realizados, os riscos, a garantia de ressarcimento, a garantia de confidencialidade, de receber esclarecimentos permanentes, que sua participação é voluntária e que não receberá remuneração e nem terá despesas para participar da pesquisa e, se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.**

Eu_____, abaixo assinado, **declaro que concordo** voluntariamente em participar do estudo intitulado **"Conhecimentos e práticas de cuidado na promoção à saúde de crianças menores de 5 anos em uma comunidade ribeirinha na amazônia". Declaro, ainda, que fui devidamente informada pela Pesquisadora**

[1] Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Pará localizado na Av. Plácido de Castro, nº 1399. Aparecida. Santarém-PA. CEP 68040-090, fone: (93) 3512-8000 ou (93) 3512-8013, e-mail: ceptapajos@uepa.br.

**Responsável sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos,** ficando claro para mim, quais são os objetivos da pesquisa, a forma como vou participar, os riscos e benefícios e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Também compreendi que a minha participação não implicará em despesas nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Concordo voluntariamente participar desse estudo assinando este documento junto com os pesquisadores em todas as suas páginas que deverão ser numeradas. Estou ciente de que uma cópia ficará comigo e a outra com a Pesquisadora Responsável.

Santarém:_____/____/_____

_____

**Assinatura da Participante da Pesquisa**

Eu _____pesquisadora principal deste estudo, declaro que forneci todas as informações sobre a pesquisa ao participante do estudo e sanei todas as suas dúvidas.

_____

**Assinatura do Pesquisadora Responsável**

Emilly Vasconcelos Goulart
Coren nº 000.779.412
Travessa Turiano Meira, 905. Apartamento B.
(91) 98409-1109
Emillygolart@gmail.com

_____

**Assinatura do Pesquisadora Responsável**

Maria Goreth Silva Ferreira
(93)98112-6707
mgotysf@gmail.com

**APÊNDICE E -** TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM E SOM DA VOZ

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistada no projeto de pesquisa intitulado **"Conhecimentos e práticas de cuidado na promoção à saúde de crianças menores de 5 anos em uma comunidade ribeirinha na amazônia"**, Emilly Vasconcelos Goulart, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará e Universidade Federal do Amazonas.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise por parte da equipe pesquisadora responsável, transcrição, publicação de resultados em artigos científicos, apresentações em conferências acadêmicas e outras formas de divulgação científica, desde que seja mantido o sigilo da minha identidade, salvo autorização explícita em contrário.

Tenho ciência de que **não** haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

As gravações serão utilizadas exclusivamente para os fins desta pesquisa e serão armazenadas em ambiente seguro. A confidencialidade das informações será rigorosamente mantida e minha identidade não será revelada em qualquer relatório ou publicação resultante desta pesquisa.

Tenho o direito de solicitar acesso às gravações em que participei e posso, a qualquer momento, pedir a retirada de qualquer material que contenha minha imagem e voz, sem necessidade de justificativa.

Para quaisquer dúvidas ou informações adicionais sobre esta pesquisa, poderei contatar o pesquisador responsável pelo telefone **(91)98409-1104** ou pelo e-mail **emillygolart@gmail.com.**

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o a participante.

Concordo com o uso da minha imagem e voz conforme descrito neste termo.

Santarém, _____de _____

**Assinatura do Cedente**

**Assinatura do Pesquisador Responsável**

Emilly Vasconcelos Goulart
Coren nº 000.779.412
Travessa Turiano Meira, 905. Apartamento B.
(91) 98409-1109
Emillygolart@gmail.com

**ANEXOS**

**ANEXO A** - CARTA DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

AV. MENDONÇA FURTADO, 2440 - CEP 68040-050 – BAIRRO: ALDEIA Santarém/PA. FONE: 2101-0100

**CARTA DE ACEITE**

Em nome da Secretaria Municipal de Saúde declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa intitulado **"CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE CUIDADO NA PROMOÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS EM UMA COMUNIDADE RUBEIRINHA NA AMAZÔNIA"** de autoria da Mestranda, **Emilly Vasconcelos Goulart,** sob a orientação da Docente **Profa. Dra. Maria Goreth Silva Ferreira,** dando-lhe consentimento para realizar o trabalho nesta instituição e coletar dados em nossos serviços: Unidades Básicas de Saúde do Tapará Grande, *após a aprovação do projeto em questão pelo Comitê de Ética em Pesquisa*, o qual é pré-requisito para o início da pesquisa.

Necessário, porém, se faz que antes da publicação dos resultados o trabalho seja apresentado a esta Secretaria Municipal de Saúde com o escopo de analisar e discutir os resultados obtidos, sendo obrigatório citar na publicação o nome da Universidade do Estado do Pará - UEPA e da Secretaria Municipal de Saúde, como locais de realização da pesquisa.

Santarém, 21 de Maio de 2024.

Maria do Desterro Liberal Rego
Chefe do Núcleo de Referência Técnica em Saúde
Decreto 164/2022 – GAP/PMS

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - CAMPUS XII - TAPAJÓS - UEPA

Plataforma Brasil

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE CUIDADO NA PROMOÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS EM UMA COMUNIDADE RIBEIRINHA NA AMAZÔNIA

**Pesquisador:** EMILLY GOULART

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 80340624.3.0000.5168

**Instituição Proponente:** UEPA - Universidade Do Estado Do Pará - CAMPUS XII - Tapajós

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 7.008.247

**Apresentação do Projeto:**

Segundo as pesquisadoras este estudo se concentra na análise dos significados atribuídos pelas mulheres ribeirinhas à promoção da saúde de seus filhos menores de cinco anos, destacando os saberes e práticas populares de cuidado empregados nesse contexto. A investigação visa examinar como os valores e crenças culturais subjacentes ao conhecimento materno sobre saúde influenciam e estimulam o processo de tomada de decisão das mães em relação aos cuidados fornecidos às suas crianças. Método: trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, embasada na abordagem qualitativa, com foco no método criativo e sensível (MCS). Este método, fundamentado na construção colaborativa do conhecimento, segue o princípio da dialogicidade estabelecido por Bakhtin e enraizado na prática pedagógica de Freire. Sua operacionalização ocorrerá por meio de oficinas de arte e criatividade, as quais se apoiam nas dinâmicas "Corpo Saber" e "Árvore do Conhecimento". A análise dos dados será conduzida mediante a aplicação da análise de discurso francesa (ADF). Hipótese: As mães e mulheres ribeirinhas utilizam um conjunto de saberes tradicionais e práticas culturais específicas que contribuem significativamente para a promoção da saúde e bem-estar das crianças menores de 5 anos em suas comunidades.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Analisar os saberes e práticas que orientam o processo de cuido a saúde das

**Endereço:** Av. Plácido de Castro, 1399, Bairro Aparecida, Bloco I, sala 02
**Bairro:** Aparecida **CEP:** 68.040-090
**UF:** PA **Município:** SANTAREM
**Telefone:** (93)3512-8013 **Fax:** (93)3512-8000 **E-mail:** ceptapajos@uepa.br

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE (continuação)**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - CAMPUS XII - TAPAJÓS - UEPA

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 7.008.247

crianças menores de 5 anos em uma comunidade ribeirinha da Amazônia.

Objetivo Secundário:
- Conhecer as experiências vivenciadas acerca do cuidado a saúde das crianças menores de 05 anos;
- Descrever os valores culturais que norteiam o processo de cuidados;
- Analisar como os saberes constituídos orientam a prática de cuidado de crianças menores de 05 anos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: o presente estudo identifica a quebra de sigilo como um possível desafio. No entanto, a fim de mitigar essa preocupação ao longo de toda a investigação, será assegurado o completo anonimato das participantes, as quais serão identificadas por meio de códigos alfa-numéricos (M1, M2, M3, M4...). Os nomes e informações pessoais das participantes serão estritamente confidenciais, e os resultados obtidos serão utilizados exclusivamente para propósitos de pesquisa. Os dados serão armazenados em uma pasta digital no notebook, com backups correspondentes protegidos por senha, e serão manipulados exclusivamente pela pesquisadora. Os textos gerados serão arquivados em um espaço designado para este fim, acessível somente pela pesquisadora. O armazenamento destes dados será mantido por um período de 5 anos após a conclusão da pesquisa, e após esse intervalo temporal, os mesmos serão devidamente destruídos. Este protocolo visa garantir a segurança, confidencialidade e integridade dos dados coletados durante o desenvolvimento da pesquisa, em conformidade com as práticas éticas. Ademais, destaca-se outro potencial risco relacionado à possível recusa dos indivíduos em participarem da pesquisa. Com o intuito de amenizar essas eventualidades, os objetivos da pesquisa serão esclarecidos de maneira transparente aos participantes, e quaisquer dúvidas serão prontamente esclarecidas pela pesquisadora, assegurando, assim, um acesso completo à informação. No que concerne aos riscos, dado que a metodologia empregada incorpora dinâmicas de criatividade e sensibilidade, existe a possibilidade de provocar alterações emocionais nas participantes, evocando memórias latentes que possam suscitar reações emotivas. Caso o afloramento de tais reações emocionais ultrapasse a capacidade de gestão da pesquisadora e da equipe auxiliar, a participante tem a prerrogativa de interromper ou finalizar sua participação na oficina.

Benefícios: a pesquisa oferecerá uma compreensão detalhada das nuances e desafios

**Endereço:** Av. Plácido de Castro, 1399, Bairro Aparecida, Bloco I, sala 02
**Bairro:** Aparecida **CEP:** 68040-090
**UF:** PA **Município:** SANTAREM
**Telefone:** (93)3512-8013 **Fax:** (93)3512-8000 **E-mail:** ceptapajos@uepa.br

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE (continuação)**



enfrentados pela comunidade. Este conhecimento não apenas enriquece o repertório acadêmico, mas também estabelece uma base empírica robusta para futuras intervenções que estejam alinhadas com as necessidades específicas da população infantil. A descrição dos valores culturais que permeiam os cuidados à saúde contribuem para a preservação dessas tradições locais e promove uma apreciação mais ampla da diversidade cultural.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É pertinente. Alguns detalhes devem ser considerados nessa pesquisa, como o pequeno número da amostra, considerando o tamanho da população.

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva. Como critério de inclusão: serão incluídos neste estudo de mães e cuidadoras de crianças de até 5 anos, que residem na comunidade ribeirinha de Tapará Grande, com idade acima de 18 anos e que aceitem participar da pesquisa. Critério de Exclusão: serão excluídos todos os participantes que apresentarem dificuldade cognitiva e de entendimento que possam comprometer os preceitos éticos, e aquelas que não estejam presentes na comunidade no momento da coleta e que apresentem dificuldade na fala.

participantes responderão a um questionário semiestruturado contendo aspectos sociodemográficos, com o objetivo de melhor caracterizá-las e conhecer o contexto em que estão inseridas. É importante ressaltar que o questionário será utilizado exclusivamente para fins de contextualização e apoio na análise das falas, não sendo um objetivo principal da pesquisa.

A análise dos dados ocorrerá por meio da Análise de Discurso da Linha Francesa (AD). Dessa forma, a AD consiste na análise de unidades texto para além da análise da frase. Possibilita a leitura dos interdiscursos, valorizando a relação de sentidos na interação com o outro, levando em consideração sua historicidade. Como um método de análise, ela pretende compreender a língua fazendo sentido, constituindo o ser humano e sua história. Entre os dispositivos analíticos utilizados na interpretação do material empírico, destacam-se: formação discursiva, interdiscurso, intradiscurso, paráfrase, polissemia, polifonia e a materialidade linguística (Orlandi, 2005). Essa Análise se preocupa com o sujeito, com o contexto social e questiona a linguagem. Quais são os sentidos possíveis do discurso e o que ele significa. Assim, conforme Orlandi (2009), a análise do discurso se propõe a uma investigação aprofundada da maneira pela qual um objeto simbólico é responsável pela construção de significados. O processo de transformação da estrutura superficial linguística em um objeto discursivo constitui o ponto de partida fundamental para essa empreitada de compreensão. Inicialmente, a abordagem

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE (continuação)**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - CAMPUS XII - TAPAJÓS - UEPA

Continuação do Parecer: 7.039.247

analítica se inicia com a configuração do corpus, o qual requer uma delimitação cuidadosa de seus parâmetros, incluindo a realização de recortes pertinentes. À medida que se desenvolve esse estágio inicial de análise, torna-se necessário o retorno constante a conceitos e noções previamente estabelecidos, uma vez que a análise do discurso implica um processo iterativo que exige uma constante interação entre a teoria subjacente, a consulta ao corpus e a análise propriamente dita. Dessa forma, é possível subdividir a Análise do Discurso em distintas fases, que se desdobram de acordo com as seguintes etapas:

- Pré-Análise: nesta etapa será definido os dispositivos teóricos que irão auxiliar na condução da análise e será estabelecido o corpus da pesquisa, nesse momento haverá a transformação dos dados brutos da pesquisa em um objeto teórico que será analisado;
- Análise discursiva: nesta etapa será analisada a superfície linguística e do objeto discursivo. Onde haverá a transformação da superfície discursiva em um objeto linguístico, retomando conceitos e noções. Posteriormente, são observadas algumas formações/relações do sentido do discurso, ditos e não-ditos, lugares de fala. Nesta etapa também será analisado o processo discursivo, relacionando as formações discursivas com a ideologia.
- Pós-Análise Discursiva: nesta etapa ocorrerá a contextualização, sistematização e redação dos resultados da Análise.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram apresentados e devidamente ajustados.

**Recomendações:**

Correção da formatação e digitação do projeto, pois existem páginas em branco.

No TCLE deixar a escrita mais homogenea, assim utilizar apenas o pronome voce quando for direcionar ao participante, pois há escritas com o pronome e em outras com a descrição "participante", exemplo "... Para minimizar o risco de quebra de sigilo, os participantes serão identificados; ...a participante terá a opção de interromper ou encerrar.." podendo ser utilizado apenas o pronome, para não conduzir a um equivoco de interpretação ou erro na leitura do devido documento por parte do comunitário.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendencias foram sanadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Os(As) Pesquisadores(as) deverão apresentar relatórios parciais informando sobre o andamento da pesquisa, assim como deverão apresentar um relatório final, informando se a

**Endereço:** Av. Plácido de Castro, 1399, Bairro Aparecida, Bloco I, sala 02
**Bairro:** Aparecida **CEP:** 68040-090
**UF:** PA **Município:** SANTAREM
**Telefone:** (93)3512-8013 **Fax:** (93)3512-8000 **E-mail:** ceptapajos@uepa.br

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE (continuação)**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - CAMPUS XII - TAPAJÓS - UEPA

Continuação do Parecer: 7.000.247

pesquisa apresentou alguma intercorrência ética, assim como os principais resultados alcançados pela investigação. Tais relatórios devem ser submetidos a partir da Plataforma Brasil, acessando o projeto de pesquisa na janela LISTA DE PROJETOS DE PESQUISA, pelo botão ¿Detalhar¿ e então utilizando a ferramenta ¿Enviar Notificação¿.

"O CEP deverá ser informado sobre qualquer "alteração", por envio de "emenda" e sobre quaisquer eventos adversos relacionados ao projeto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2353671.pdf | 22/07/2024 17:48:21 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_ATUALIZADOORIGINAL.pdf | 22/07/2024 17:46:12 | EMILLY GOULART | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEcorrigido.pdf | 22/07/2024 17:41:02 | EMILLY GOULART | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | CartadeAceite.pdf | 22/07/2024 17:36:17 | EMILLY GOULART | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 05/06/2024 12:43:10 | EMILLY GOULART | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 05/06/2024 12:40:17 | EMILLY GOULART | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO.pdf | 04/06/2024 16:25:14 | EMILLY GOULART | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

**Endereço:** Av. Plácido de Castro, 1399, Bairro Aparecida, Bloco I, sala 02
**Bairro:** Aparecida **CEP:** 68.040-090
**UF:** PA **Município:** SANTAREM
**Telefone:** (93)3512-8013 **Fax:** (93)3512-8000 **E-mail:** ceptapajos@uepa.br

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE (continuação)**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - CAMPUS XII - TAPAJÓS - UEPA

Continuação do Parecer: 7.008.247

SANTAREM, 15 de Agosto de 2024

**Assinado por:**
**Yara Macambira Lima**
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Plácido de Castro, 1399, Bairro Aparecida, Bloco I, sala 02
**Bairro:** Aparecida **CEP:** 68.040-090
**UF:** PA **Município:** SANTAREM
**Telefone:** (93)3512-8013 **Fax:** (93)3512-8000 **E-mail:** ceptapajos@uepa.br

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Curso de Graduação em Enfermagem
Av. José Bonifácio, 1298 - Guamá 66063-010
Belém/PA
www.uepa.br