



**UFAM**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO PARÁ EM ASSOCIAÇÃO AMPLA COM A UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO AMAZONAS**

**PAULA ANDREZA VIANA LIMA**

**MANEJO DA DOR EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NA AMAZÔNIA  
BRASILEIRA**

**MANAUS - AM  
2021**

**PAULA ANDREZA VIANA LIMA**

**MANEJO DA DOR EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NA AMAZÔNIA  
BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará em Associação Ampla com a Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no Contexto da Sociedade Amazônica.

Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia.

**Orientador:** Prof. Dr. Abel Santiago Muri Gama.  
**Coorientador:** Prof. Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho

**MANAUS - AM  
2021**

### **Ficha Catalográfica**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

L732m Lima, Paula Andreza Viana  
Manejo da dor em comunidade ribeirinhas na Amazônia brasileira  
/ Paula Andreza Viana Lima . 2021  
79 f.: il.; 31 cm.

Orientador: Abel Santiago Muri Gama  
Coorientador: Zilmar Augusto de Souza Filho  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Uso de Medicamentos. 2. Plantas Medicinais. 3. Manejo da Dor. 4. Dor. 5. População Rural. I. Gama, Abel Santiago Muri. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título



Documento assinado eletronicamente por **Abel Santiago Muri Gama, Professor do Magistério Superior**, em 20/08/2021, às 16:25, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Paula Andreza Viana Lima, Usuário Externo**, em 22/08/2021, às 15:00, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luís Paulo Souza e Souza, Professor do Magistério Superior**, em 26/08/2021, às 09:40, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Laura Maria Vidal Nogueira, Usuário Externo**, em 13/09/2021, às 09:47, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufam.edu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufam.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0639504** e o código CRC **667089C3**.

Rua Terezina - Bairro Adrianópolis nº 495 - Telefone: (92) 3305-1181 / Ramal 2050  
CEP 69057-070, Manaus/AM, ppgenf@ufam.edu.br

Referência: Processo nº 23105.025168/2020-15

SEI nº 0639504

Aos amores da minha vida Cilene Viana,  
Vaneide Lima e Rodrigo Damasceno pelo  
apoio e incentivo incondicional nessa jornada.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a **Deus**, por estar viva e poder realizar esse sonho em 2021.

A **minha família**, em especial as **minhas mães Cilene Viana e Vaneide Lima** que sempre lutaram pela minha educação, apoiaram e incentivaram meus sonhos.

Ao **amor da minha vida Rodrigo Damasceno** pelo companheirismo, paciência e palavras de incentivo durante esses 10 anos juntos. **Também a sua família** pela torcida do nosso sucesso.

A **Universidade Federal do Amazonas** e a **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas** pela oportunidade de realização do mestrado no Estado do Amazonas e a concessão de auxílio financeiro durante meus estudos.

Ao **meu orientador Prof. Dr. Abel Gama**, por acreditar na realização desse estudo, partilhar seus conhecimentos e conselhos de vida, além de incentivar o meu crescimento acadêmico desde a graduação no Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde das Populações Amazônica.

Ao **meu coorientador Prof. Dr. Zilmar Augusto** pela assistência nos momentos de dúvidas com o mestrado e dissertação, como também, pelas orientações e parceria nas produções de artigos.

Aos **ribeirinhos das comunidades de Coari - Amazonas**, pois sem a sua colaboração com a pesquisa “Saúde, Medicamentos e Automedicação em Ribeirinhos do Amazonas”, esta dissertação não seria possível de ser realizada.

A **Profª. Drª. Silvia Secoli** pela contribuição para a formulação da proposta de pesquisa dessa dissertação durante a minha visita à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Ao **Prof. Dr. Tiótrefis Fernandes** pelo auxílio com as análises estatísticas da dissertação.

Aos **meus professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará em associação ampla com a Universidade Federal do Amazonas** pelos conhecimentos repassados em aula que também balizaram a construção dessa dissertação.

Aos **professores Dra. Laura Vidal e Dr. Luís Paulo** que constituíram a banca examinadora e contribuíram para o enriquecimento deste estudo.

Aos **meus colegas do mestrado**, em especial a **minha amiga Enfª. Natalie Tavares** que partilhou das minhas dificuldades, dúvidas e sonhos, como também trouxe alegria e companhia **com sua família** durante essa pandemia da COVID-19.

Aos meus amigos, em especial ao **Enf. Carlos Eduardo Bezerra, Enfª. Francisca Dantas, Enfª Kianne Conceição, Enfª. Luizete Gama**, que mesmo distantes sempre me motivaram com palavras amigas.

E a todas as pessoas não mencionadas anteriormente que me ajudaram direta ou indiretamente com a colação especial na graduação e ingresso no mestrado (**Enfª. Elveline Barbosa, Enfª. Naiza Lima, Enfª. Lucelia Rocha, Enfª. Thayna Fernandes, Enf. Lucas Almeida, Enfª. Adriana Zurra, Enfª. Kettle Abreu, Enfª. Elison Gonçalves, Profª. Fernanda Katrine, Profª Hyana Kamila, Profª Josiane Mariño, Profª. Priscilla Mendes,**

**Prof. Ramon Brito, Prof<sup>a</sup>. Tânia Custódio, Prof<sup>a</sup>. Valdenora Macedo, Secr. David Queiroz e outros).**

**Muito obrigada!**

“Toda prece floresce”

(@FalaMarinheiro)

IMA, Paula Andreza Viana. **Manejo da Dor em Comunidades Ribeirinhas na Amazônia Brasileira**. 2021. 81 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2021.

## RESUMO

**Introdução:** medicamentos e plantas medicinais são mundialmente utilizados pelo homem como estratégias terapêuticas para o alívio ou inibição da dor. Em populações vulneráveis em áreas remotas, com características singulares (socioeconômicas, culturais, geográficas e ambientais) como populações ribeirinhas da Amazônia Brasileira, o fenômeno carece de informações. **Objetivo:** avaliar as estratégias de manejo da dor em comunidades ribeirinhas na Amazônia Brasileira. **Método:** estudo transversal de base populacional, parte da pesquisa “Saúde, Medicamentos e Automedicação em Ribeirinhos do Amazonas - SAMARA”, desenvolvido no ano de 2015, em 24 comunidades ribeirinhas de Coari, Amazonas – Brasil (n=492). As variáveis utilizadas neste estudo de manejo da dor foram informações sociodemográficas, acesso aos serviços de saúde, consumo de álcool, hábitos tabagistas, enfermidades autorrelatadas e consumo de medicamentos dos 246 participantes que informaram ter realizado o manejo da dor (manejo da dor exclusivo com medicamentos (n=180) + exclusivo com plantas medicinais (n=28) + misto (n=38) com medicamentos e plantas). A variável dependente foi avaliada pelo uso de, pelo menos, um medicamento (exclusivo com medicamentos + misto) ou planta medicinal (exclusivo com plantas medicinais + misto) consumido para o manejo da dor nos últimos 30 dias antecedentes a entrevista. Os dados foram analisados com base na estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** Dos 246 ribeirinhos que realizaram o manejo da dor, a prevalência de consumo de medicamentos para o manejo da dor foi de 88,6% (n=218) entre participantes. A substância química mais consumida foi a dipirona (28,1%). A maioria dos medicamentos utilizados ocorreu por iniciativa própria (64,1%), foram adquiridos nas farmácias (84,4%) e usados para tratar a cefaleia (58,5%). As variáveis “ser alfabetizado” (OR: 2,632; IC 95%: 1,066-6,501) e “ter renda familiar acima de 1 salário mínimo” (OR: 3,098; IC 95%: 1,303-7,368) permaneceram independentemente associadas a prática de manejo da dor com medicamentos na regressão logística. O manejo da dor com plantas medicinais, prevaleceu em 26,8% (n=66) dos ribeirinhos. A planta medicinal mais consumida como remédio caseiro para o manejo da dor foi a casca do fruto da laranjeira (*Citrus sinensis* (L.) Osbeck) (21,6%). Dentre todas as plantas medicinais consumidas, prevaleceu o uso de cascas (63,6%) e a preparação em chá (96,6%). O conhecimento do uso foi adquirido principalmente por familiares (74,2%) e o problema algíco que mais levou ao manejo da dor com plantas medicinais foram as dores abdominais (70,5%). Na regressão logística a variável faixa etária entre 18 a 49 anos (OR: 2,154; IC 95%: 1,109-4,186) permaneceu independentemente associada a prática de manejo da dor com plantas medicinais. **Conclusão:** As populações ribeirinhas do Amazonas costumam utilizar com frequência medicamentos para o manejo da dor, evidenciando a necessidade de orientações quanto a promoção do uso racional dos medicamentos e a possibilidade de ocorrência de mascaramento de doenças no contexto ribeirinho. Embora o consumo de plantas medicinais para o manejo da dor tenha ocorrido em menor proporção em relação aos medicamentos, se for considerado a isenção de custos e acessibilidade a população, as plantas medicinais tornam-se uma alternativa terapêutica importante nas comunidades ribeirinhas, necessitando de maiores investigações sobre seu uso e potencialidades analgésicas.

**Descritores:** Uso de Medicamentos. Plantas Medicinais. Manejo da Dor. Dor. População Rural.

LIMA, Paula Andreza Viana. **Pain Management in Riverside Communities in the Brazilian Amazon**. 2021. 81 f. Dissertation (Masters in Nursing). Nursing School of Manaus, Federal University of Amazonas, Manaus, 2021.

## ABSTRACT

**Introduction:** medications and medicinal plants are used worldwide by man as therapeutic strategies for pain relief or inhibition. In vulnerable populations in remote areas, with unique characteristics (socioeconomic, cultural, geographical and environmental) such as riverside populations in the Brazilian Amazon, the phenomenon lacks information. **Objective:** to evaluate pain management strategies in riverside communities in the Brazilian Amazon. **Method:** population-based cross-sectional study, part of the research "Health, Medications and Self-Medication in Amazon Riverside (SAMARA)", developed in 2015, in 24 riverside communities of Coari, Amazonas - Brazil (n= 492). The variables used in this study were sociodemographic, access to health services, alcohol consumption, smoking habits, self-reported diseases and medication consumption of the 246 participants who reported having carried out pain management (exclusive pain management with medications (n=180) + exclusive with medicinal plants (n=28) + mixed (n=38) with medications and plants). The dependent variable was evaluated by the use of at least one medication (exclusive with medications + mixed) or medicinal plant (exclusive with medicinal plants + mixed) consumed for pain management in the last 30 days preceding the interview. Data were analyzed based on descriptive and inferential statistics. The SAMARA research, which this study originated, is approved by the Research Ethics Committee of the School of Nursing of the University of São Paulo and registered with CAAE n°. 33560914.0.0000.5392. **Results:** Of the 246 riverside who executed pain management, the prevalence of pain management medications consumption was 88,6% (n=2019) among participants. The most consumed chemical substance was dipyrone (28,1%). Most of the medications used occurred on their own initiative (64,1%), were purchased in pharmacies (84,4%) and used to treat headache (58,5%). The variables "being literate" (OR: 2,632; CI 95%: 1,066-6,501) and "have family income above 1 minimum wage" (OR: 3,098; CI 95%: 1,303-7,368) remained independently associated with pain management practice with medications in logistic regression. The pain management with medicinal plants, it is prevailed in 26,8% (n=66) of the riverside. The most consumed medicinal plant as a home remedy for pain management was the bark of the orange tree fruit (*Citrus sinensis* (L.) Osbeck) (21,6%). Among all medicinal plants consumed, the use prevailed of barks (63,6%) and tea preparation (96,6%). Knowledge of the use was acquired mainly by family members (74,2%) and the pain problem that most led to pain management with medicinal plants was abdominal pain (70.5%). In logistic regression, only the variable age group between 18 and 49 years (OR: 2,154; 95% CI: 1,109-4,186) remained independently associated with pain management practice with medicinal plants. **Conclusion:** The riverside populations of the Amazon often use medications for pain management, evidencing the need for guidance on promoting the rational use of medications and the possibility of disease masking in the riverside context. Although the consumption of medicinal plants for pain management has occurred to a lesser extent in relation to medications, if we consider the exemption of costs, accessibility to the population, medicinal plants become an important therapeutic alternative in the communities of riverside, needing more research on its use and analgesic potential.

**Descriptors:** Drug Utilization. Plants, Medicinal. Pain Management. Pain. Rural Population.

LIMA, Paula Andreza Viana. **Manejo del dolor en comunidades ribereñas de la Amazonía brasileña**. 2021. 81 f. Disertación (Maestría en Enfermería). Escuela de Enfermería de Manaus, Universidad Federal de Amazonas, Manaus, 2021.

## RESUMEN

**Introducción:** los medicamentos y las plantas medicinales son utilizados en todo el mundo por el hombre como estrategias terapéuticas para el alivio o la inhibición del dolor. En poblaciones vulnerables en áreas remotas, con características únicas (socioeconómicas, culturales, geográficas y ambientales) como las poblaciones ribereñas en la Amazonía brasileña, el fenómeno carece de información. **Objetivo:** evaluar estrategias de manejo del dolor en comunidades de la Amazonía brasileña. **Método:** estudio transversal de base poblacional, parte de la investigación "Salud, Medicinas y Automedicación en las Ribereñas del Amazonas (SAMARA)", desarrollado en 2015, en 24 comunidades ribereñas de Coari, Amazonas - Brasil (n= 492). Las variables utilizadas en este estudio de manejo del dolor fueron la informaciones sociodemográficas, acceso a servicios de salud, consumo de alcohol, hábitos de fumar, enfermedades autoinformadas y consumo de medicamentos de los 246 participantes que relataron haber realizado manejo del dolor (manejo exclusivo del dolor con medicamentos (n=180) + exclusivo con plantas medicinales (n=28) + mixto (n=38) con medicamentos y plantas). La variable dependiente fue evaluada por el uso de al menos un medicamento (exclusivo con medicamentos + mixto) o planta medicinal (exclusivo con plantas medicinales + mixto) consumido para el manejo del dolor en los últimos 30 días anteriores a la entrevista. Los datos se analizaron con base en estadística descriptiva e inferencial. La investigación SAMARA de la cual se originó este estudio es aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo y registrado en el CAAE nº 33560914.0.0000.5392. **Resultados:** De las 246 ribera que se sometieron a manejo del dolor, la prevalencia de consumo de medicamentos para el manejo del dolor fue de 88,6% (n=219) entre los participantes. El químico más consumido fue la dipirona (28,1%). La mayoría de los medicamentos utilizados ocurrieron por iniciativa propia (64,1%), se compraron en farmacias (84,4%) y utilizado para tratar la cefalea (58,5%). Las variables "estar alfabetizado" (OR: 2.632; IC 95%: 1,066-6,501) y "tener ingresos familiares superiores a 1 salario mínimo" (OR: 3.098; IC del 95%: 1.303-7,368) permanecieron asociados de forma independiente con la práctica del manejo del dolor con medicamentos en regresión logística. El manejo del dolor con plantas medicinales, prevalece en el 26,8% (n=66) de los ribera. La planta medicinal más consumida como remedio casero para el manejo del dolor fue la corteza de la fruta del naranjo (*Citrus sinensis* (L.) Osbeck) (21,6%). Entre todas las plantas medicinales consumidas, el uso de cortezas (63,6%) y preparación de té (96,6%). El conocimiento del uso fue adquirido principalmente por los miembros de la familia (74,2%) y el problema de dolor que más llevó al manejo del dolor con plantas medicinales fue el dolor abdominal (70,5%). En la regresión logística, apenas la variable grupo de edad entre 18 y 49 años (OR: 2.154; IC del 95%: 1,109-4,186) permanecieron asociados de forma independiente con la práctica del manejo del dolor con plantas medicinales. **Conclusión:** Las poblaciones ribereñas de la Amazonía a menudo utilizan medicamentos para el manejo del dolor, lo que evidencia la necesidad de orientación sobre la promoción del uso racional de los medicamentos y la posibilidad de enmascaramiento de enfermedades en el contexto ribereño. Aunque el consumo de plantas medicinales para el manejo del dolor se ha consumado en menor medida en relación a los medicamentos, si se considera la exención de costos y la accesibilidad a la población, las plantas medicinales se convierten en una importante alternativa terapéutica en las comunidades de ribereñas, se necesita más investigación sobre su uso y potencial analgésico.

**Descriptores:** Utilización de Medicamentos. Plantas Medicinales. Manejo del Dolor. Dolor. Población Rural.

## LISTA DE SIGLAS

AM	Amazonas
ATC	Anatômico Terapêutico Químico
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - versão 10
FAPEAM	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas
IASP	International Association for the Study of Pain
IC 95%	Intervalos de Confiança de 95%
ISB	Instituto de Saúde e Biotecnologia
LILACS	Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NE	Não especificado
OR	Odds Ratio
POSGRAD	Programa de Apoio à Pós-Graduação Scricto Sensu
SABE	Saúde, bem-estar e envelhecimento
SAMARA	Saúde, Medicamentos e Automedicação em Ribeirinhos do Amazonas
SBED	Sociedade Brasileira de Estudos da Dor
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UFAM	Universidade Federal do Amazonas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVO</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2 Objetivo Específico</b> .....	<b>20</b>
<b>3 HIPÓTESE</b> .....	<b>21</b>
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1 Delineamento do Estudo</b> .....	<b>22</b>
<b>4.2 Contextualização do Pesquisa SAMARA</b> .....	<b>22</b>
<b>4.3 Variáveis da Pesquisa de Manejo da Dor</b> .....	<b>26</b>
<b>4.4 Tratamento dos Dados</b> .....	<b>27</b>
<b>4.5 Análise dos Dados</b> .....	<b>28</b>
<b>4.6 Aspectos Éticos</b> .....	<b>28</b>
<b>4.7 Informações Adicionais</b> .....	<b>28</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>29</b>
<b>5.1 Manejo da Dor com Uso de Medicamentos em Comunidades Ribeirinhas na Amazônia Brasileira</b> .....	<b>29</b>
<b>5.2 Manejo da Dor com Uso de Plantas Medicinais em Comunidades Ribeirinhas na Amazônia Brasileira</b> .....	<b>44</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>60</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>63</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Considerada como o quinto sinal vital, a dor é uma sensação subjetiva e multidimensional, que todas as pessoas em algum momento da vida, passaram, estão passando ou vão passar por essa experiência (ARAUJO; ROMERO, 2015).

Recentemente redefinido, o termo dor ou algia passou a ser conceituado em 2020 pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (RAJA et al., 2020, p. 1976).

Pode ser categorizada segundo a sua localização, intensidade (fraca, moderada ou forte), tipo (difusa ou localizada) e duração (aguda ou crônica) (SBED, 2019).

Quanto a duração, a dor classifica-se em “dor aguda” quando ocorre por um curto período e em “dor crônica” com ocorrência acima de três ou seis meses, estabelecendo-se no último caso como uma doença (MARQUEZ, 2011).

Estudos internacionais revelam prevalências de dor de 15,4% na Austrália (MILLER et al., 2017), 19,6% na Líbia (ELZAHAF; JOHNSON; TASHANI, 2016), 30,7% nos Estados Unidos (JOHANNES et al., 2010), 39,3% no Japão, (INOUE et al., 2015), 46,4% na Arábia Saudita (ALMALKI et al., 2019) e 40,0% na Europa (TODD et al., 2019).

Em pesquisa breve em bases de dados (Scientific Electronic Library Online - SciELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Base de Dados de Enfermagem - BDENF) os inquéritos epidemiológicos de base populacional sobre a dor publicados nos últimos 10 anos, revelaram diferentes taxas de prevalências deste agravo no Brasil, entre 4,2% a 50,5% nos brasileiros (FREIRE et al., 2012; IGUTI; BASTOS; BARROS, 2015; LOTUFO et al., 2015; MALTA et al., 2017; OKAMURA et al., 2020; PERES et al., 2012; SANTOS; ASSUNÇÃO; LIMA, 2014; SOUZA et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2019), ocasionado principalmente pelo método escolhido (público, duração da dor, local do estudo e dor estudada) para o enfoque da investigação (Quadro 1).

Diversos fatores associados aos problemas álgicos na população brasileira foram evidenciados em estudos prévios (FREIRE et al., 2012; IGUTI; BASTOS; BARROS, 2015; LOTUFO et al., 2015; MALTA et al., 2017; OKAMURA et al., 2020; PERES et al., 2012; SANTOS; ASSUNÇÃO; LIMA, 2014; SOUZA et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2019), dentre os quais destaca-se: sexo, faixa etária, escolaridade, a carga de atividade, o tabagismo, o estado de saúde, dentre outros (Quadro 1).

**Quadro 1** – Inquéritos epidemiológicos de base populacional sobre dor no Brasil, no período de 2011 a 2021, com a estratégia de busca “estudo epidemiológicos” AND dor.

<b>Autor principal/ ano de publicação</b>	<b>População (n)/ tipo de estudo</b>	<b>Local/ período da coleta</b>	<b>Duração da dor</b>	<b>Dor investigada/ prevalência (%)</b>	<b>Fatores associados</b>
Okamura et al. (2020).	Adolescentes (539). Transversal.	São Paulo, (2015)	Aguda e Crônica	Cefaleia (38,2%)	Sexo (feminino), problemas de saúde (transtorno mental comum, dor nas costas, sinusite) e escolaridade (ensino fundamental II Incompleto).
Teixeira et al. (2019).	Adulto quilombola (850). Transversal.	Bahia, (2016)	Crônica	Dor nas costas/ problemas de coluna (50,5%)	Faixa etária (>40 anos), qualidade do sono (regular ou má),saúde autorreferida (regular e negativa), deficiência locomotora e ao diagnóstico de Dort.
Malta et al. (2017).	Brasileiros adultos (60.202). Transversal.	Brasil (2013)	Crônica	Lombalgia (18,5%)	Faixa etária ( 55-64 e 65 ou mais), escolaridade (baixa), tabagistas, hipertensos, atividade física (pesada ou intensa), avaliação da saúde (muito ruim), peso (sobrepeso ou obesidade), colesterol (elevado), morar em área rural, consumo regular de doces e ingestão elevada de sal.
Souza et al. (2017)	Adultos (723)	Brasil (2015)	Crônica	Dor em geral (39,0%)	Intensidade da dor e interferência com atividades da vida diária
Lotufo et al. (2015).	Adultos (60.202). Transversal.	Brasil (2013)	Aguda e Crônica	Angina do peito (leve -7,6%; moderada ou grave - 4,2%)	Faixa Etária
Iguti, Bastos, Barros (2015).	Adultos (1.118). Transversal.	São Paulo, (2008 a 2009)	Aguda e Crônica	Dor nas costas/ problemas de coluna (30,6%)	Sexo (feminino), faixa etária ( 50 a 59 anos), carga de atividade doméstica e de trabalho, número de filhos (maior), tabagistas, peso, autoavaliação da saúde.
Santos, Assunção, Lima (2014).	Adultos quilombolas (750). Transversal.	Bahia, (2011)	Aguda e Crônica	Dor nas costas (39,3%)	Faixa etária (≥ 30 anos) e tabagista.

Peres et al. (2012)	Adultos e idosos (54.367) Transversal.	Brasil (2009)	-	Dor dentária (15,2%)	Sexo (masculino), raça (pretos e pardos), plano de saúde (não ter), consumo elevado de refrigerantes, tabagistas.
Freire et al. (2012)	Adolescentes (54.985) Transversal.	Brasil (2009)	-	Dor dentária (17,8%)	Sexo (feminino), faixa etária ( $\geq 14$ anos) raça (pretos, pardos e indígenas), tipo de escola (pública), escolaridade da mãe, fumo e consumo de álcool alguma vez, frequência de escovação (menor) e ao consumo de guloseimas e refrigerantes (alto).

A dor pode interferir negativamente nas atividades da vida diárias do ser humano, podendo ocasionar alterações fisiológicas, emocionais, sociais e psicológicas (ARAÚJO; ROMERO, 2015).

Em uma investigação realizada no Paraná sobre a interferência da dor nas atividades de vida diária de idosos, observou-se que o sono (40%), humor (39,1%), lazer (36,7%) e apetite (20,9%) sofreram as maiores interferências (DELLAROZA; PIMENTA, 2012). A respeito do impacto da dor na qualidade de vida, o domínio físico destacou-se como um dos mais comprometidos no estudo executados no interior de São Paulo e Triângulo Mineiro (score médio de 44,7%) (PEDROSA et al., 2011), como também na pesquisa em Uberaba - Minas Gerais (score médio de 27,4%).

Sendo assim, na tentativa de eliminar ou minimizar a dor, o consumo de medicamentos e plantas medicinais tem sido adotados para o manejo de tal agravo.

Os medicamentos são produtos farmacêuticos com a finalidade de prevenir, curar, controlar, aliviar e diagnosticar as doenças e seus sintomas (BRASIL, 2019), já as plantas medicinais são espécies vegetais presentes na natureza com propriedades terapêuticas (BRASIL, 2016). Ambos possuem produtos com ação analgésica, capazes de inibir ou reduzir a dor, sendo por isso, tão utilizados no manejo da dor.

Em pesquisa online realizada na Arábia Saudita com 24.265 participantes, relevou-se que 69,5% dos adultos aliviavam a dor com medicamentos e 2,4% utilizavam ervas e remédios caseiros para o manejo da dor (ALMALKI et al., 2019).

Na Líbia, em pesquisa telefônica com 1.212 participantes, 76,2% informaram consumir medicamentos prescritos para o alívio da dor e duzentos e sete (207) informaram recorrer a

terapias não medicamentosas (fisioterapia, massagem e ervas) (ELZAHAF; JOHNSON; TASHANI, 2016).

No Brasil, na pesquisa telefônica realizado pela Sociedade Brasileira de Estudos da Dor (SBED) em 2015, com 723 brasileiros das cinco regiões do país, identificou-se que 75% dos participantes com dor crônica usavam medicamentos e 23% recorriam a métodos não farmacológicos como medicamentos caseiros. Dentre eles, 48,7% responderam que as estratégias para o manejo da dor apresentaram “nenhum efeito” ou “efeito menor” para o alívio dos sintomas (SOUZA et al., 2017).

Apesar de existirem estudos epidemiológicos que avaliem a dor e o seu manejo no Brasil (FREIRE et al., 2012; IGUTI; BASTOS; BARROS, 2015; LOTUFO et al., 2015; MALTA et al., 2017; OKAMURA et al., 2020; PERES et al., 2012; SOUZA et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2019), os estudos em sua maioria excluem sistematicamente áreas rurais, sobretudo as remotas de difícil acesso, como as populações ribeirinhas da Amazônia brasileira.

A Amazônia distingue-se por suas especificidades geográficas, ambientais e culturais e dentre a composição populacional, existem as populações tradicionais, como as ribeirinhas, que utilizam os saberes do ecossistema da região para sobreviverem nas margens dos rios e florestas (FRAXE; PEREIRA; WITKOSKI, 2007).

As populações ribeirinhas apresentam hábitos culturais que configuram sua própria identidade, onde a dinâmica das águas (cheias e secas) ditam o cotidiano de vida nas comunidades (FRAXE; PEREIRA; WITKOSKI, 2007).

Estes convivem com a precariedade no acesso a serviços públicos, tais como, saneamento básico, educação, transporte e principalmente saúde. Estudos recentes afirmaram que o isolamento geográfico associado à economia desfavorável têm sido apontados como umas das principais limitações para o acesso à saúde, uma vez que a maioria dos serviços de saúde ficam localizados na zona urbana (GAMA et al., 2018; GUIMARÃES et al., 2020).

O inquérito de saúde realizado em 2015 nas comunidades ribeirinhas de Coari, Amazonas - AM, denominado Pesquisa “Saúde, Medicamentos e Automedicação em Ribeirinhos do Amazonas” (SAMARA), identificou que os medicamentos e plantas medicinais são os principais recursos terapêuticos adotados pelas populações ribeirinhas nos cuidados com a saúde e que as queixas algícas (45,2%) são os principais problemas de saúde enfrentadas por este grupo (GAMA et al., 2018).

O uso excessivo de força física somado a sobrecarga de peso nas atividades de subsistência como agricultura, pesca e o extrativismo, muitas vezes, sem preocupação com a

ergonomia, podem tornar os ribeirinhos mais vulneráveis à dor e consequentemente aumentar uso de medicamentos e plantas medicinais para o alívio da dor no contexto ribeirinho (GAMA et al., 2018; GAMA; SECOLI, 2020)

Diante do exposto surgiu a seguinte problemática: Como ocorre o manejo da dor com uso de medicamentos e plantas medicinais em comunidades ribeirinhas no Amazonas?

Nesta perspectiva, o estudo foi idealizado considerando que o fenômeno de consumo de medicamentos e plantas medicinais especificamente para o manejo da dor, ainda é pouco conhecido nas comunidades ribeirinhas do estado do Amazonas e devido acreditar-se que os determinantes sociais de saúde desse grupo possam influenciar em seu itinerário terapêutico.

Além disto, o estudo poderá contribuir para o fortalecimento da linha de pesquisa “Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA) em associação ampla com a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), no sentido de produzir conhecimento para a comunidade científica sobre o manejo da dor com medicamentos e plantas medicinais em uma população culturalmente específica e consequentemente fornecer subsídios para o campo da enfermagem ao esclarecer e identificar o perfil e os fatores associados a essas condutas como também auxiliar ou alertar os profissionais de saúde a traçarem estratégias de promoção para o uso racional desses recursos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar as estratégias de manejo da dor em comunidades ribeirinhas na Amazônia Brasileira.

### **2.2 Objetivos específicos**

- ✓ Estimar a prevalência do manejo da dor com uso de medicamentos e plantas medicinais nas comunidades ribeirinhas.
- ✓ Descrever o perfil sociodemográfico, hábitos e estilo de vida, condições de saúde e acesso aos serviços de saúde por categorias de manejo da dor.
- ✓ Caracterizar o manejo da dor com uso de medicamentos e plantas medicinais nas comunidades ribeirinhas.
- ✓ Estimar os fatores associados ao manejo da dor com uso de medicamentos e plantas medicinais entre os ribeirinhos.

### **3 HIPÓTESE**

**H1** - Fatores sociodemográficos elevam o consumo de medicamentos para o manejo da dor.

**H2** - Fatores sociodemográficos elevam o consumo de plantas medicinais para o manejo da dor.

## 4 MÉTODO

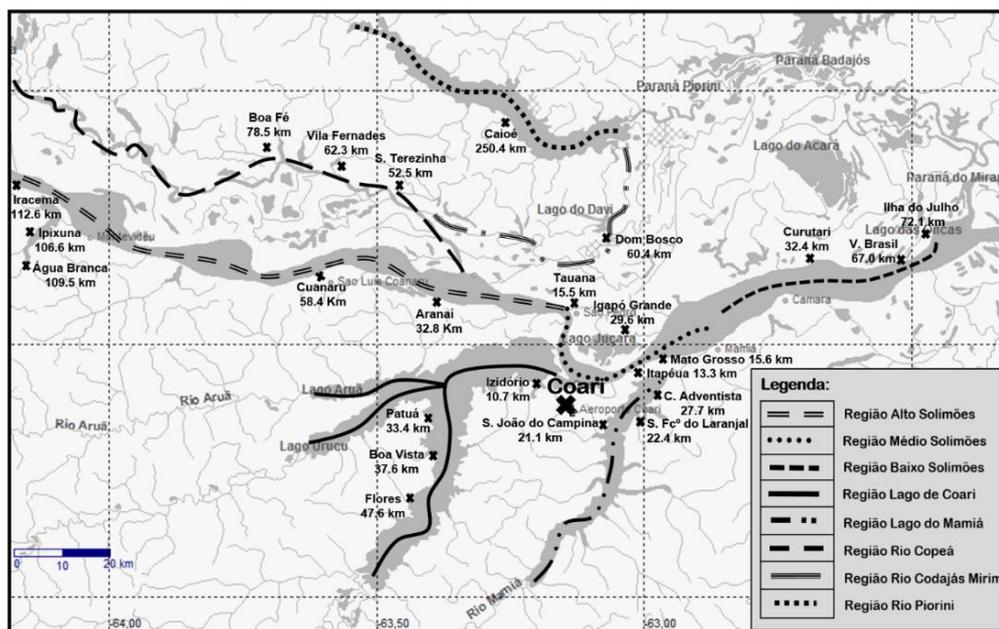
### 4.1 Delineamento do Estudo

Este é um estudo transversal, de base populacional, que faz parte da pesquisa SAMARA, executado em 2015, nas comunidades ribeirinhas de Coari, AM - Brasil (GAMA et al., 2018).

### 4.2 Contextualização da Pesquisa SAMARA

A pesquisa foi realizada em 24 comunidades ribeirinhas do município de Coari, AM (Divino Esp. Sto. Ipixuna, Nossa Sra. do Cuanaru, São Francisco do Aranaí, Iracema, São Seb. Água Branca, São Pedro do Tauana, N. Sra. P. S. Itapéua, São José do Mato Grosso, Sta. M. do Igapó Grande, Menino Deus I. do Julho, S. Antônio do Curutari, Vila Brasil, Colônia Adventista, S. Francisco do Laranjal, S. João do Campina, N. Sra. P. S. Boa Fé, Santa Terezinha, Vila Fernandes, S. Sebastião das Flores, São José da Boa Vista, São Tomé do Patuá, Divino E. S. do Izidório, Dom Bosco, N. S. de Fátima do Caioé) (Figura 1) (GAMA et al., 2018).

**Figura 1** – Comunidades ribeirinhas de Coari por região que participaram da pesquisa SAMARA.



Fonte: ABEL GAMA, 2016.

Coari está localizado na região norte do país, no interior do Estado do Amazonas, no qual o acesso ao município ocorre apenas por via fluvial e aérea (GUIMARÃES et al., 2020).

De acordo com o último censo demográfico em 2010, Coari é o quinto município amazonense mais populoso (75.965 pessoas), onde cerca de 34,6% (n= 26.314) da população reside na área rural (IBGE, 2010).

Na área rural de Coari, nas margens dos rios, lagos e igarapés, existem 135 comunidades ribeirinhas. Esta população tradicional local, sobrevive com os recursos provenientes dos rios e florestas, precisando se deslocar a cidade para ter acesso aos serviços públicos (GAMA et al., 2018).

Os ribeirinhos de Coari possuem nível econômico e educacional baixo, acesso limitado a cidade e principalmente aos serviços de saúde (GAMA et al., 2018; GUIMARÃES et al., 2020), a qual os principais serviços de saúde da atenção primária destinados ao atendimento deste público são as unidades de saúde ribeirinha (unidade urbana e fluvial ) (BRASIL, [s.d.]).

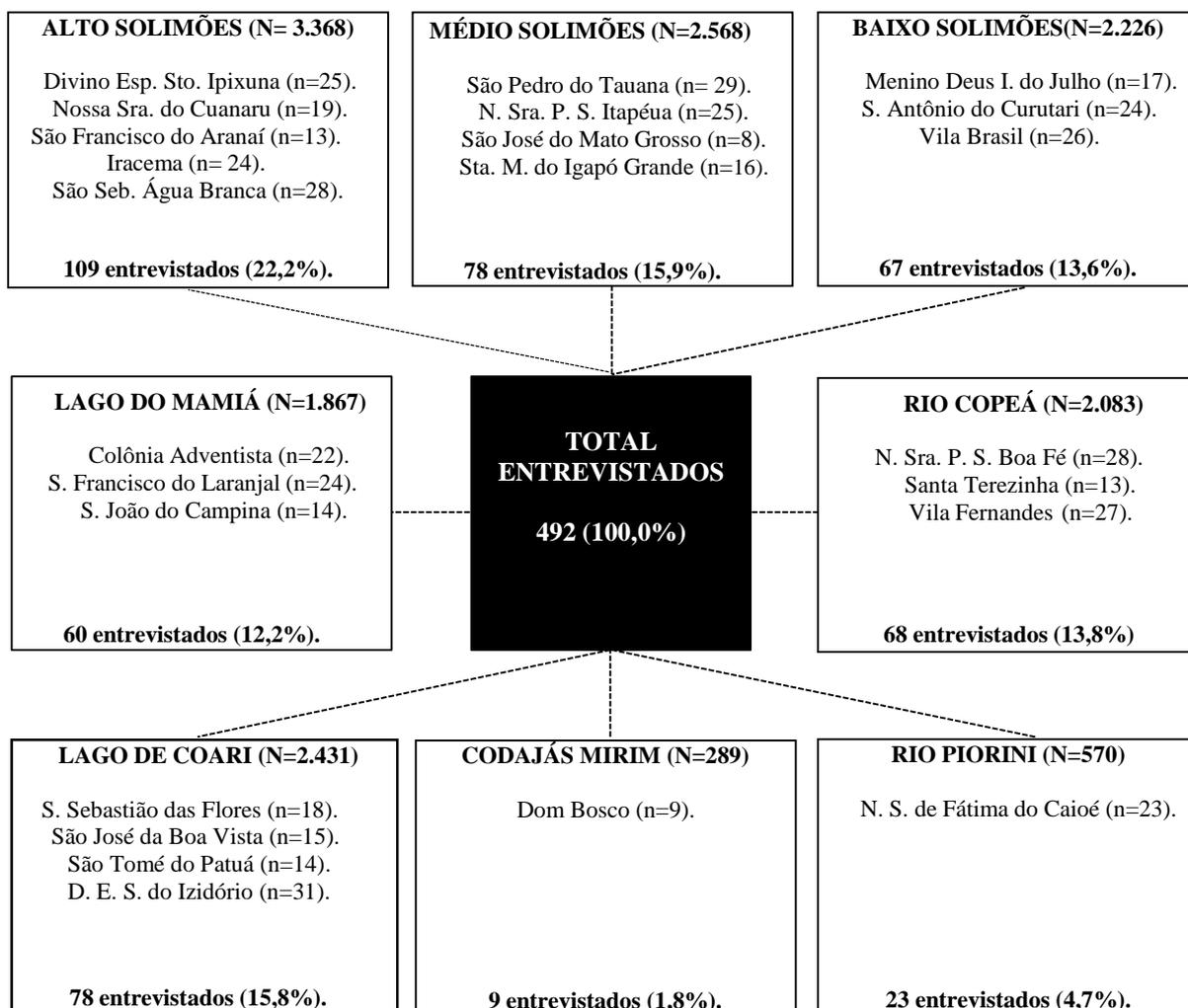
Participaram da pesquisa SAMARA 492 ribeirinhos da zona rural do município de Coari, AM (GAMA et al., 2018). Os critérios de inclusão foram ter idade mínima de 18 anos e ser residente permanente nas comunidades ribeirinhas almejada pelo estudo já os critérios de exclusão foram estar ausente da comunidade no período da coleta de dados ou estar impossibilitados de participar da pesquisa por questão de saúde (GAMA et al., 2018).

Foi realizada uma amostragem por conglomerado, considerando a proporcionalidade de ribeirinhos por comunidade (GAMA et al., 2018). Para o cálculo amostral, considerou-se os dados populacionais disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sendo 10.333 ribeirinhos com idade de 15 anos ou mais. Contudo, a faixa etária menor que 18 anos serviu apenas para o cálculo amostral (GAMA et al., 2018).

Desta maneira, o cálculo amostral foi estimado considerando-se a heterogeneidade de 50%, com precisão de 5% e nível de confiança de 95%. Foi feito uma correção por efeito def somando 20% a mais do quantitativo mínimo encontrado no cálculo amostral. Assim estimou-se uma amostra total de 470 participantes (na coleta foi possível coletar dados de 22 participantes a mais do valor estimado) (GAMA et al., 2018).

Em seguida realizou-se uma seleção aleatória de 24 comunidades ribeirinhas (total de 135 comunidades cadastradas), procedentes das 8 regiões da zona rural de Coari (GAMA et al., 2018) (Figura 2).

**Figura 2** – Descrição das comunidades sorteadas por região e o quantitativo de ribeirinhos entrevistados na Pesquisa SAMARA, Coari – Amazonas, Brasil, 2015.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Por fim, realizou-se uma seleção sistemática dos domicílios em cada comunidade sorteada (uma casa sim outra não, consecutivamente) de modo que todos os ribeirinhos no domicílio que tinham os critérios de elegibilidade foram entrevistados. Quando não havia o número mínimo de entrevistados até a última casa da comunidade, aplicou-se o mesmo método com os domicílios não visitados (GAMA et al., 2018).

A pesquisa SAMARA coletou os dados no período de abril a julho de 2015, através de formulários aplicados pela equipe da pesquisa, testados previamente (piloto realizado em duas comunidades) (GAMA et al., 2018). A equipe era composta por discentes e docentes voluntários do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da UFAM (10 pessoas), a qual

receberam treinamento prévio em sala de aula do ISB para entrevistar os participantes do estudo (GAMA et al., 2018).

Para a coleta dos dados foi necessário o deslocamento da equipe, através de embarcações de pequeno e grande porte (parceria com uma Organização Não Governamental (ONG) e com a Secretária Municipal de Saúde de Coari) até as comunidades ribeirinhas. As entrevistas foram realizadas nas residências dos ribeirinhos após a apresentação da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, tendo duração média de 45 minutos (GAMA et al., 2018).

O formulário de coleta de dados foi composto com as seguintes seções (Anexo 1):

✓ Seção A - Informações Sociodemográficas: questões sobre a localização da comunidade, iniciais do nome, ano e local de nascimento, sexo, número de filhos, anos de escolaridade, saber ler ou escrever, número de pessoas por domicílio, raça, renda em reais, ocupação, número de cômodos na residência, tipo de transporte, tempo e distância para chegar a zona urbana e frequência de idas a zona urbana.

✓ Seção B - Acesso aos Serviços de Saúde: questões sobre o tipo de serviço e profissional de saúde que procura quando necessita, procura pelos serviços de saúde nos últimos 30 dias, tempo que levou para procurar o serviço de saúde em caso de doença, resolutividade do problema, tipo de transporte utilizado para chegar ao serviço de saúde, necessidade de acompanhamento de algum problema de saúde e sua resolutividade, necessidade de marcação de exames, consultas e aquisição de medicamentos pelos serviços públicos de saúde.

✓ Seção C - Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) ribeirinho: questões sobre a frequência do consumo de bebidas alcóolicas, o que bebe, dose, intenção de parar, deixa de fazer algo por causa da bebida, beber pela manhã, culpa, esquecimento, por causa da bebida, feriu ou magoou alguém e sugestões para reduzir a bebida. Baseado no formulário de AUDIT para a população ribeirinha (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

✓ Seção D - Hábito Tabagista: questões sobre ser ou já foi fumante, idade que começou e parou, quantos cigarros fumava por dia e anos em fumo ou que fumou.

✓ Seção E - Enfermidades Autorrelatadas: questões sobre autopercepção da saúde, problema de saúde no último mês, qual problema de saúde e apresentou dor ou desconforto no peito.

✓ Seção F - Informações sobre o Consumo de Medicamentos: costume de usar medicamentos por conta própria, estoque de medicamentos na residência, local e características do local onde guarda o medicamento na residência, forma de identificação dos medicamentos,

leitura de bula, verificação da validade dos medicamentos, uso de medicamentos vencidos, local em que despreza os frascos de medicamentos; uso de medicamentos caseiros nos últimos 30 dias, tipo de remédio, motivo e indicação do uso de remédios caseiros; uso de medicamentos alopáticos nos últimos 30 dias, nome, tempo de uso, quem indicou, onde adquiriu e o motivo para que usou os medicamentos alopáticos. Baseado no formulário do inquérito sobre Saúde, bem-estar e envelhecimento – SABE (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

✓ Seção G: Dados Nutricionais: questões sobre o número de refeições ao dia e a quantidade de consumo de alimentos específicos.

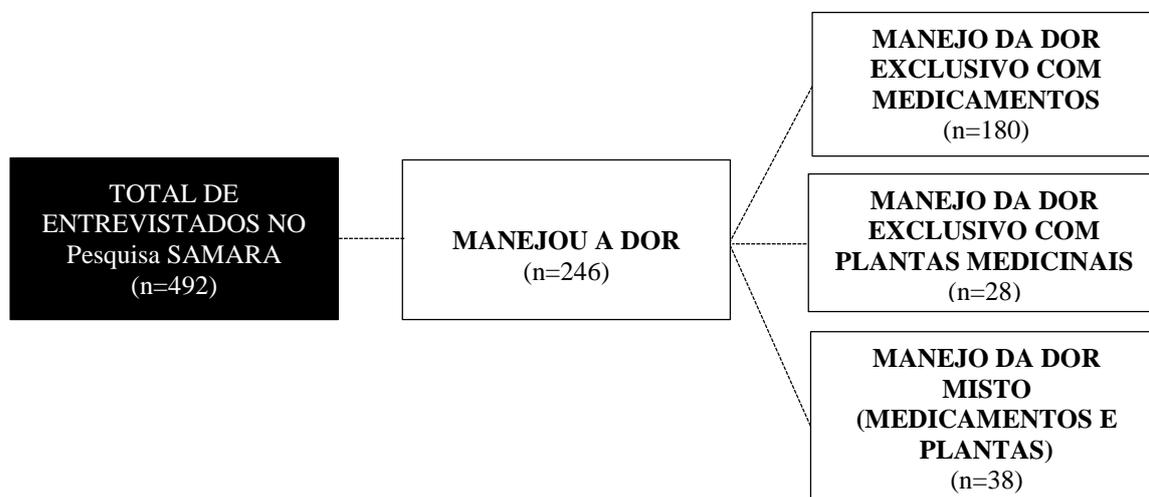
✓ Seção H - Screening para Fragilidade (Idosos  $\geq$  60 anos): questões sobre diminuição da força, atividade física e caminhar, dificuldades com atividades da vida diária. Baseado no formulário do inquérito sobre Saúde, bem-estar e envelhecimento – SABE (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

✓ Seção I - Dados Antropométricos e de Pressão Arterial: questões sobre pressão arterial, estatura, circunferência da cintura, braço, panturrilha e quadril, frequência cardíaca, glicemia capilar e tipo sanguíneo. Baseado no protocolo da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (ANDRADE et al., 2010).

### 4.3 Variáveis do Estudo de Manejo da Dor

Nesta investigação sobre o manejo da dor nas comunidades ribeirinhas da Amazônia Brasileira foram utilizadas as informações das seções A, B, C, D, E e F dos 246 participantes que informaram ter realizado o manejo da dor (Figura 3).

**Figura 3** – Categorização dos participantes, segundo estratégia de manejo da dor.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Foram consideradas como variáveis dependentes o uso de, pelo menos, um medicamento (exclusivo com medicamentos + misto) ou planta medicinal (exclusivo com plantas medicinais + misto) para o manejo da dor nos últimos 30 dias antecedentes a entrevista. Para identificação dessa variável, foram utilizadas as seguintes perguntas: 1- Para que usou? (Seção medicamentos). 2 - Para que usou? (Seção de plantas medicinais).

As variáveis independentes foram sexo, faixa etária, estado conjugal, alfabetizado, região, ocupação e renda familiar mensal, fuma/fumou e faz ou já fez uso de bebidas alcoólicas, autopercepção de saúde, buscou os serviços de saúde nos últimos 30 dias e tempo de deslocamento da comunidade ao serviço de saúde (Quadro 2).

**Quadro 2** – Variáveis independentes utilizadas no estudo de manejo da dor.

<b>Variáveis independentes</b>	
<b>Sociodemográficas</b>	Sexo, faixa etária, estado conjugal, alfabetizado, região, ocupação e renda familiar mensal
<b>Hábitos e estilo de vida</b>	Fuma/fumou e faz ou já fez uso de bebidas alcoólicas
<b>Condições de saúde</b>	Autopercepção de saúde
<b>Acesso a serviços de saúde</b>	Buscou os serviços de saúde nos últimos 30 dias e tempo de deslocamento da comunidade ao serviço de saúde

#### **4.4 Tratamento dos Dados**

Para o agrupamento dos problemas álgicos que levaram ao consumo de medicamentos ou plantas medicinais, foi utilizado a Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID-10) (WHO, [s.d.]).

Os medicamentos consumidos para o manejo da dor foram classificados pelo sistema de classificação Anatômico Terapêutico Químico (ATC), utilizando o nível 5 de classificação (substância química) (WHO, 2019).

Para a grafia dos nomes científicos das plantas medicinais autorreferidas para o manejo da dor, foi utilizado as bases de dados *Tropicos* (TROPICOS, [s.d.]).

#### **4.5 Análise dos Dados**

Os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 20.0 for Windows, onde as variáveis foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Na análise bivariada dos dados, foi empregado o teste Qui-quadrado de Pearson. Em seguida, foi realizado uma regressão logística binária com todas as variáveis que apresentarem associação com nível de significância menor ou igual a 20% ( $p \leq 0,20$ ) na análise bivariada, de forma a estimar o *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%). Utilizou-se o método *Stepwise Forward* de entrada das variáveis. Nesta etapa, considerou-se o nível de significância menor a 5% ( $p < 0,05$ ). A qualidade de ajuste das variáveis do modelo foi avaliada pelo teste de *Hosmer* e *Lemeshow*. Todos os dados foram analisados com o auxílio de um profissional estatístico.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

O estudo encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e registrado com o CAAE nº 33560914.0.0000.5392 (Anexo 2).

Aos ribeirinhos que consentiram em participar do estudo, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura em duas vias (Anexo 3). Para as pessoas que possuíam dificuldade de ler os termos estes foram lidos pelos entrevistadores e para aqueles que não sabiam assinar seu nome coletou-se a impressão digital do polegar com o tinteiro.

#### **4.7 Informações Adicionais**

A mestrandia é bolsista do Programa de Apoio à Pós-Graduação *Scripto Sensu* (POSGRAD) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), edição 2019. E ainda contará com subsídios do POSGRAD destinado à coordenação do mestrado para o custeio das taxas de submissão e/ou publicação de artigos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As duas subseções abaixo apresentam os resultados da dissertação já em formatos de artigos para a posterior submissão na Revista Mineira de Enfermagem.

### 5.1 Manejo da Dor com Uso de Medicamentos em Comunidades Ribeirinhas na Amazônia Brasileira

PESQUISA

#### MANEJO DA DOR COM USO DE MEDICAMENTOS EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

PAIN MANAGEMENT WITH MEDICATIONS USE IN RIVERSIDE COMMUNITIES IN THE BRAZILIAN AMAZON

**Descritores:** Uso de Medicamentos; Manejo da Dor; Dor; População Rural.

**Descriptors:** Drug Utilization; Pain Management; Pain; Rural Population.

Paula Andreza Viana Lima<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-8217-8288>

Zilmar Augusto de Souza Filho<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-3146-8445>

Abel Santiago Muri Gama<sup>2</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-5089-6990>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Escola de Enfermagem de Manaus (EEM), Manaus, AM - Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB), Coari, AM - Brasil.

**Contribuições dos autores:** Análise estatística: Paula A. V. Lima, Zilmar A. de Souza Filho, Abel S.M. Gama; aquisição de financiamento: Abel S.M. Gama; coleta de dados: Paula A.

V. Lima , Abel S. M. Gama; **conceitualização:** Paula A. V. Lima, Zilmar A. de Souza Filho, Abel S. M. Gama; **gerenciamento de recursos:** Abel S. M. Gama; **gerenciamento de projeto, investigação, metodologia, redação: preparo do original, redação: revisão e edição, supervisão, validação, visualização** - Paula A. V. Lima, Zilmar A. de Souza Filho, Abel S.M. Gama.

**Autor correspondente:** Paula Andreza Viana Lima

**E-mail:** [paulaviana\\_lima@hotmail.com](mailto:paulaviana_lima@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar o manejo da dor com uso de medicamentos em comunidades ribeirinhas de Coari - Amazonas. **Método:** Estudo transversal de base populacional, com dados oriundos da investigação “Saúde, Medicamentos e Automedicação em Ribeirinhos do Amazonas” – SAMARA, desenvolvida entre abril a julho de 2015, por meio de entrevistas em domicílio nas comunidades ribeirinhas de Coari, Amazonas – Brasil. Foram utilizados neste estudo os dados dos 246 ribeirinhos que referiram ter realizado o manejo da dor. Os dados foram analisados com base na estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** o manejo da dor com o uso de medicamentos ocorreu com 88,6% (n=218) dos ribeirinhos. A substância medicamentosa mais consumida foi a dipirona (28,1%). A maioria dos medicamentos utilizados ocorreu por iniciativa própria (64,1%), adquiridos nas farmácias (84,4%) e usados para tratar a cefaleia (58,5%). A prática de manejo da dor com medicamentos mostrou-se associada com as variáveis alfabetizados (OR: 2,632; IC 95%: 1,066-6,501) e renda familiar acima de 1 salário mínimo (OR: 3,098; IC 95%: 1,303-7,368). **Conclusão:** as populações ribeirinhas do Amazonas costumam utilizar com frequência medicamentos para o manejo da dor, evidenciando a necessidade de promoção do uso racional dos medicamentos e a possibilidade de ocorrência de mascaramento de doenças no contexto ribeirinho.

**Fonte de Financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM.

**Conflito de Interesse:** Nada a declarar.

**Número do Comitê de Ética:** Parecer n. 744.119.

## INTRODUÇÃO

Utilizados com a finalidade de prevenir, curar, controlar, aliviar e diagnosticar as doenças e seus sintomas, os medicamentos são considerados recursos terapêuticos essenciais à saúde.<sup>(1)</sup> Estes possuem produtos com ação analgésica, capazes de inibir ou reduzir a dor, sendo por isso, amplamente consumidos no manejo desse agravo.

Em pesquisa online realizada na Arábia Saudita em 2018, com 24.265 participantes, relevou-se que 69,5% dos adultos aliviavam a dor com medicamentos.<sup>(2)</sup>

Na Líbia, em pesquisa telefônica realizada em 2011, com 1.212 participantes, 76,2% informaram consumir medicamentos prescritos para o alívio da dor.<sup>(3)</sup>

No Brasil, em pesquisa telefônica realizado pela Sociedade Brasileira de Estudos da Dor (SBED) em 2015, com 723 indivíduos das cinco regiões do país, identificou-se que 75,0% dos participantes com dor usavam medicamentos.<sup>(4)</sup>

Apesar de existirem estudos epidemiológicos que avaliem a dor e o seu manejo no Brasil,<sup>(5-8)</sup> pesquisas sobre esta temática especificamente em populações ribeirinhas da Amazônia brasileira, ainda não foram exploradas.

As populações ribeirinhas são grupos tradicionais que vivem as margens dos rios e florestas.<sup>(9)</sup> Estas convivem com a precariedade no acesso a serviços públicos, tais como, saneamento básico, educação, transporte e principalmente saúde.<sup>(10)</sup>

No inquérito de saúde realizado em 2015 nas comunidades ribeirinhas de Coari, Amazonas (AM), foi identificado que os medicamentos são um dos principais recursos terapêuticos adotados pelas populações ribeirinhas nos cuidados com a saúde e que as queixas algícas (45,2%) são os principais problemas de saúde enfrentados por este grupo.<sup>(10)</sup>

O uso excessivo de força física somado a sobrecarga de peso nas atividades de subsistência como agricultura, pesca e o extrativismo, muitas vezes, sem preocupação com a ergonomia, são fatores que acabam tornando os ribeirinhos mais vulneráveis à dor e consequentemente ao uso de medicamentos.<sup>(10-11)</sup>

Diante do exposto surgiu a seguinte problemática: “Como ocorre o manejo da dor com uso de medicamentos em comunidades ribeirinhas do Amazonas?”

Nesta perspectiva, o estudo foi idealizado considerando que o fenômeno de consumo de medicamentos especificamente para o manejo da dor, ainda é pouco conhecido nas comunidades ribeirinhas do estado do Amazonas e devido acreditar-se que os determinantes sociais de saúde desse grupo possam influenciar em seu itinerário terapêutico. Assim, o estudo teve como objetivo avaliar o manejo da dor com uso medicamentos em comunidades ribeirinhas de Coari - Amazonas.

## **MÉTODOS**

Estudo transversal de base populacional, com dados oriundos da investigação “Saúde, Medicamentos e Automedicação em Ribeirinhos do Amazonas” - SAMARA.<sup>(10)</sup>

Os dados foram coletados no período de abril a julho de 2015, através de formulários aplicados. As entrevistas foram realizadas nas residências dos ribeirinhos. Os participantes do estudo foram escolhidos conforme protocolo de plano amostral de estudo previamente publicado. Os critérios de inclusão foram: ter idade mínima de 18 anos e ser residente permanente nas comunidades ribeirinhas almejada pelo estudo. Os critérios de exclusão foram: estar ausente da comunidade no período da coleta de dados ou estar impossibilitados de participar da pesquisa por questão de saúde.<sup>(10)</sup>

Neste estudo sobre o manejo da dor com medicamentos, foram utilizadas as informações sociodemográficas, hábitos e estilo de vida, condições de saúde, acesso a serviços de saúde e informações relativas ao consumo de medicamentos de 246 participantes que informaram ter realizado o manejo da dor (manejo da dor exclusivo com medicamentos (n=180) + exclusivo com plantas medicinais (n=28) + misto (n=38) com medicamentos e plantas).

Foi considerada como variável dependente o uso de, pelo menos, um medicamento para o manejo da dor nos últimos 30 dias antecedentes a entrevista (manejo exclusivo com medicamentos + misto). Para identificação desta variável, utilizou-se a seguinte questão “Para que usou?” (Seção medicamentos).

As variáveis independentes foram sociodemográficas (sexo, faixa etária, estado conjugal, alfabetizado, região, ocupação e renda familiar mensal) hábitos e estilo de vida (fuma/fumou e faz ou já fez uso de bebidas alcoólicas), condições de saúde (autopercepção de saúde) e acesso a serviços de saúde (buscou os serviços de saúde nos últimos 30 dias e tempo de deslocamento da comunidade ao serviço de saúde).

Os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 20.0 for Windows. Os problemas álgicos que levaram ao consumo de medicamentos, foram classificados pelo sistema de Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID-10).<sup>(12)</sup> Para os medicamentos consumidos para o manejo da dor foi utilizado a Classificação Anatômico Terapêutico Químico (ATC), utilizando o nível 5 de classificação (substância química).<sup>(13)</sup>

Os resultados foram descritos por frequências absolutas e relativas. Foi empregado o teste Qui-quadrado de Pearson para a análise bivariada dos dados. Em seguida, foi realizado uma regressão logística binária com todas as variáveis que apresentaram associação com nível de significância menor ou igual a 20% na análise bivariada, para estimar o *Odds Ratio* (OR) e

seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%). Utilizou-se o método Stepwise Forward de entrada das variáveis. Nesta etapa, considerou-se o nível de significância menor a 5%. A qualidade de ajuste das variáveis do modelo foi avaliada pelo teste de *Hosmer e Lemeshow*.

Este estudo encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e registrado com o Parecer n. 744.119. Aos ribeirinhos que consentiram em participar do estudo, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura em duas vias.<sup>(10)</sup>

## RESULTADOS

Dentre os 246 participantes que informam ter realizado o manejo da dor nos últimos 30 dias, a prevalência do manejo da dor com medicamentos foi de 88,6% (n=218).

O manejo da dor com medicamentos foi maior entre os participantes do sexo feminino (60,1%), na faixa etária entre 18 a 49 anos (80,7), nos que viviam acompanhados (86,2%), em alfabetizados (83,5%), na região de rios (54,1%), em agricultores/pescadores (61,0%) e nos que tinham renda familiar acima de 1 salário mínimo (62,4%) (Tabela 1).

A tabela 1 relevou sobre os hábitos e estilos de vida, que o manejo da dor com medicamentos, ocorreu com maior frequência entre os ribeirinhos que negavam ser fumantes (72,5%) e etilistas (74,8%). Com relação as condições de saúde a maioria tinham percepção da saúde regular (48,6%).

A respeito do acesso aos serviços de saúde, o manejo da dor com medicamentos foi maior entre os que não haviam buscado os serviços de saúde nos últimos 30 dias (72,9%) e que levavam de 1 a 4 horas para chegar ao serviço de saúde (47,7%) (Tabela 1).

As variáveis sexo (p= 0,014), faixa etária (p= 0,045), estado conjugal (p= 0,012), alfabetizado (p= 0,014) e renda familiar (p= 0,002), apresentaram associação com nível de significância menor ou igual a 20% (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição dos participantes que realizaram o manejo da dor com medicamentos, segundo as variáveis sociodemográficas, hábitos e estilo de vida, condições de saúde e acesso a serviços de saúde. Coari – Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis sociodemográficas, hábitos e estilo de vida, condições de saúde e acesso a serviços de saúde	Manejo da dor com medicamentos		Total	p-valor*
	Sim n (%)	Não n (%)		
<b>Sexo</b>				<b>0,014</b>
Masculino	87 (39,9)	18 (64,3)	105 (42,7)	
Feminino	131 (60,1)	10 (35,7)	141 (57,3)	
<b>Faixa etária (anos)</b>				<b>0,045</b>
18 a 49	176 (80,7)	18 (64,3)	194 (78,9)	
50 ou mais	42 (19,3)	10 (35,7)	52 (21,1)	
<b>Estado conjugal</b>				<b>0,012</b>
Vive acompanhado	188 (86,2)	19 (67,9)	207 (84,1)	
Vive só	30 (13,8)	9 (32,1)	39 (15,9)	
<b>Alfabetizado</b>				<b>0,014</b>
Sim	182 (83,5)	6 (64,3)	200 (81,3)	
Não	36 (16,5)	10 (35,7)	46 (18,7)	
<b>Região</b>				0,442
Rios**	118 (54,1)	13 (46,4)	131 (53,3)	
Lagos***	100 (45,9)	15 (53,6)	115 (46,7)	
<b>Ocupação</b>				0,415
Agricultor/pescador	133 (61,0)	21 (75,0)	154 (62,6)	
Carpinteiro/Catraieiro/Olaria	6 (2,8)	0 (0,0)	6 (2,4)	
Funcionário do municipal	34 (15,6)	2 (7,1)	36 (14,6)	
Nenhuma	45 (20,6)	5 (17,9)	50 (20,3)	
<b>Renda Familiar</b>				<b>0,002</b>
Até 1 SM****	82 (37,6)	19 (67,9)	101 (41,1)	
Acima de 1 SM****	136 (62,4)	9 (32,1)	145 (58,9)	
<b>Fuma / Fumou</b>				0,608
Sim	60 (27,5)	9 (32,1)	69 (28,0)	
Não	158 (72,5)	19 (67,9)	177 (72,0)	
<b>Faz ou já fez uso de bebidas alcoólicas</b>				0,236
Sim	55 (25,2)	10 (35,7)	65 (26,4)	
Não	163 (74,8)	18 (64,3)	181 (73,6)	
<b>Autopercepção da saúde</b>				0,560
Boa	91 (41,7)	13 (46,4)	104 (42,3)	
Regular	106 (48,6)	14 (50,0)	120 (48,8)	
Ruim	21 (9,6)	1 (3,6)	22 (8,9)	
<b>Buscou os serviços de saúde nos últimos 30 dias</b>				0,524
Sim	59 (27,1)	6 (21,4)	65 (26,4)	
Não	159 (72,9)	22 (78,6)	181 (73,6)	
<b>Tempo para chegar ao serviço de saúde</b>				0,536
< 1 hora	19 (8,7)	4 (14,3)	23 (9,3)	
1 a 4 horas	104 (47,7)	11 (39,3)	115 (46,7)	
> 4 horas	95 (43,6)	13 (46,4)	108 (43,9)	

\*p-valor: valores de p segundo teste qui-quadrado de Pearson; \*\*Rios: Alto, Médio e Baixo Solimões; \*\*\*Lagos: Lago do Mamiá e de Coari, Rio Pioniri, Copeá e Codajás Mirim; \*\*\*\*SM: salário mínimo referente a abril de 2015 (R\$ 788,00).

Foram mencionados 24 medicamentos diferentes, consumidos em 270 ocasiões de manejo da dor. A substância química mais consumida, foi a dipirona (28,1%), utilizada para tratar a cefaleia, dor no corpo, dor nas costas, cólica, dor abdominal, dor no dente, dor muscular, dor cervical e dores não especificadas (Tabela 2).

Na tabela 2 também foi identificado o uso de substâncias antibacterianas para tratamentos de problemas álgicos não esperados, como por exemplo o uso da ampicilina para o manejo da dor nas costas e o uso da sulfadiazina para o manejo da dor no corpo.

**Tabela 2** – Caracterização dos medicamentos utilizados no manejo da dor nas comunidades ribeirinhas, segundo a classificação ATC nível 5 e dor tratada. Coari – Amazonas, Brasil, 2015.

<b>ATC 5 (Substância Química)</b>	<b>Dor Tratada</b>	<b>n (%)</b>
Dipirona	Cefaleia, dor no corpo, dor nas costas, cólica, dor abdominal, dor no dente, dor muscular, dor cervical e NE*	76 (28,1)
Paracetamol	Cefaleia, dor no corpo, dor nas costas, dor no dente, dor abdominal, dor muscular e dor nos membros	61 (22,6)
Paracetamol, associações excl. Psicolepticos	Cefaleia, dor nas costas, dor no corpo, dor na articulação, dor muscular, dor nos ossos e NE*	54 (20,0)
Diclofenaco	Dor na articulação, amigdalite, cefaleia, dor no corpo, dor nas costas, dor muscular, dor nos ossos, dor nos membros, dor cervical, cólica renal, dor no tórax e NE*	26 (9,6)
Ibuprofeno	Dor na Articulação, cefaleia, dor nas costas, dor nos membros, dor no corpo, dor abdominal e NE*	17 (6,3)
Ácido acetilsalicílico	Cefaleia e dor abdominal	5 (1,9)
Omeprazol	Dor abdominal	5 (1,9)
Hidróxido de alumínio	Dor abdominal	3 (1,1)
Loperamida	Dor abdominal e dor muscular	3 (1,1)
Ampicilina	Dor nas costas e dor abdominal	2 (0,7)
Sulfadiazina	Dor no corpo e dor abdominal	2 (0,7)
Ciclobenzaprina	Dor nas costas	2 (0,7)
Prednisolona	Dor nas costas e dor nos membros	2 (0,7)
Fitoterápico**	Dor abdominal	2 (0,7)
Outros***	Dor abdominal, dor nas costas, dor na articulação, dor nos membros, dor no corpo	10 (3,7)
<b>Total</b>		<b>270 (100,0)</b>

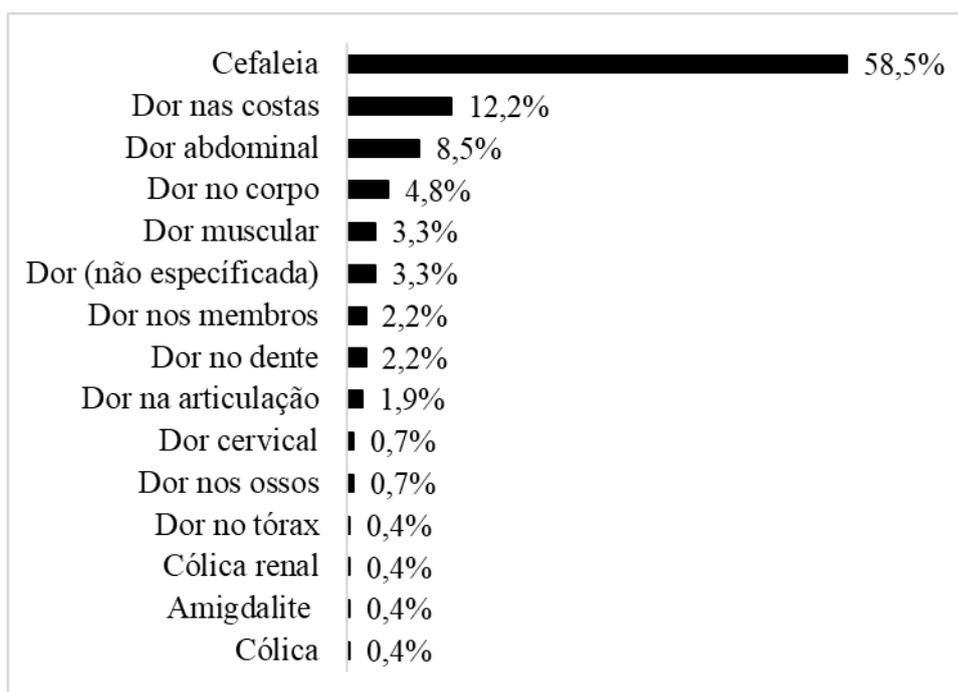
\*NE: não especificado, \*\*fitoterápico: sem classificação pela ATC. \*\*\*Outros: citados uma vez - carbonato de cálcio, cetoprofeno, nimesulida, albendazol, dicloverina, levodopa, tetraciclina, sulfato de magnésio, naproxeno, betametasona.

A maioria dos medicamentos foram adquiridos nas farmácias (84,4%), seguidos com familiares (3,0%), em Unidades Básicas de Saúde (1,5%), Agentes Comunitários de Saúde (1,5%), hospital (1,1%), vizinhos/amigos (1,1%), policlínica (0,4%) e outros (7,0%). Os medicamentos consumidos para o manejo da dor, foram em maioria consumidos por iniciativa própria (64,1%), por indicação de médico (20,0%), farmacêutico (7,4%), familiar (3,3%),

enfermeiro (2,6%), Agente Comunitário de Saúde (1,1%) vizinhos/amigos (0,7%), dentista (0,4%) e outros (0,4%) (dados não apresentados em tabela ou gráficos).

Sobre o problema álgico que mais levou ao consumo de medicamentos para o manejo da dor entre os ribeirinhos foi a cefaleia (58,5%) (Gráfico 1).

**Gráfico 1** – Distribuição dos principais problemas álgico que levaram ao consumo de medicamentos para o manejo da dor nas comunidades ribeirinhas. Coari – Amazonas, Brasil, 2015.



A tabela 3 apresenta os resultados da regressão logística binária, indicando que ser alfabetizado aumenta em duas vezes a chance de manejar a dor com medicamentos (OR: 2,632; IC 95%: 1,066-6,501) e ter uma renda familiar acima de 1 salário mínimo aumentou em três vezes a chance de utilizar medicamentos para o manejo da dor (OR: 3,098; IC 95%: 1,303-7,368).

**Tabela 3.** Razão de chances (*Odds Ratio*) estimadas por regressão logística binária para as variáveis associadas ao manejo da dor com medicamentos nas comunidades ribeirinhas. Coari – Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis	OR ajustada (IC 95%)*	p-valor
<b>Sexo</b>		0,054
Masculino	1	
Feminino	2,319 (0,985-5,458)	
<b>Estado conjugal</b>		0,048
Vive só	1	
Vive acompanhado	2,595 (1,007-6,685)	
<b>Alfabetizado</b>		<b>0,036</b>
Sim	2,632 (1,066-6,501)	
Não	1	
<b>Renda Familiar</b>		<b>0,011</b>
Até 1 SM**	1	
Acima de 1 SM**	3,098 (1,303-7,368)	

\* Teste de Hosmer e Lemeshow - 0,860 - OR - *Odds Ration* e IC 95% - intervalo de confiança de 95%. \*\*SM: salário mínimo referente a abril de 2015 (R\$ 788,00).

## DISCUSSÃO

O estudo estimou que a cada 10 ribeirinhos que realizavam o manejo da dor 8 faziam o tratamento com medicamentos. A maioria utilizava a dipirona, adquiriu os medicamentos em farmácias e manejou a cefaleia com medicamentos. As variáveis sexo, faixa etária, estado conjugal, alfabetizado e renda familiar mostraram-se associadas ao manejo da dor com medicamentos. As variáveis ser alfabetizado e ter renda familiar acima de 1 salário mínimo permaneceram associadas a prática de manejo da dor com medicamentos na regressão logística.

A prevalência do manejo da dor com medicamentos no estudo (80,1%) foi superior ao encontrado nas pesquisas realizadas na população adulta árabe (69,5%),<sup>(2)</sup> líbio (76,2%)<sup>(3)</sup> e brasileira (75,0%).<sup>(4)</sup> A alta prevalência de consumo de medicamentos para o manejo da dor em populações ribeirinhas pode estar relacionada a variedade destes produtos com ação analgésica, a facilidade de compra e custos mais baratos desses insumos nas farmácias, como também a possibilidade de estoque dos medicamentos nas residências ribeirinhas.<sup>(11)</sup>

Ressalta-se que as condições de vulnerabilidade social, talvez condicionem um indicador de uso de medicamentos para o manejo da dor, que propiciem ações rápidas, de baixo custo e fácil aquisição. Por outro lado, é possível também que a potencialização do uso destes insumos possa ocorrer por influência das propagandas massivas de medicamentos em mídias tradicionais (televisão e rádio),<sup>(14)</sup> mídias estas acessíveis nas comunidades ribeirinhas.

Dentre os medicamentos consumidos, a dipirona foi a substância química mais utilizada pelos ribeirinhos para realizar o manejo da dor (28,1%). O achado no estudo foi divergente ao identificado no estudo da Arábia Saudita<sup>(2)</sup> em que o paracetamol foi a substância mais consumida para manejar a dor (25,3%) e similar ao encontrado na pesquisa da SBED<sup>(4)</sup> onde 22,2% dos entrevistados escolheram a dipirona ou paracetamol como terapia para suas queixas álgicas.

No Brasil, a dipirona representa um dos medicamentos com propriedades analgésicas mais consumidos,<sup>(15)</sup> sendo indicado para o controle da febre e dor em estágio agudo ou crônico.<sup>(16)</sup> Este produto pertence à classe dos medicamentos de venda livre, apresenta-se com um valor relativamente baixo no mercado e tem sido bastante utilizado nos serviços de saúde,<sup>(15)</sup> sugerindo-se por isso que sejam tão utilizados no manejo da dor em comunidades ribeirinhas.

Ressalta-se que embora a comercialização e consumo da dipirona sejam permitidos no Brasil, deve-se ter cautela quanto ao uso irracional desse insumo<sup>(15)</sup> em comunidades tradicionais, tendo em vista que estes podem desencadear reações adversas como distúrbios cardíacos, vasculares, gastrintestinais, hepatobiliares, imunológicos e outros.<sup>(16)</sup>

Outro achado interessante não esperado no estudo, foi uso de antibióticos para tratamentos de problemas álgicos entre os ribeirinhos. Estes resultados sugerem o uso indiscriminados de antibióticos nas comunidades e reforçam a necessidade de ações para a promoção do uso racional de medicamentos em áreas remotas do Amazonas.<sup>(11)</sup>

A maioria dos ribeirinhos realizou o manejo da dor com medicamentos por iniciativa própria (64,1%). No contexto ribeirinho, a automedicação é uma problemática já evidenciada em estudo anterior com o público (76,3%), no qual está prática revela-se como uma forma de autocuidado com a saúde em situações em que há dificuldade de acesso aos serviços de saúde.<sup>(11)</sup>

Saliente-se ainda que a presença de medicamentos livres de prescrição, podem passar a falsa impressão que não existem riscos em praticar a automedicação<sup>(17)</sup> entre os ribeirinhos, fazendo com que os mesmos busquem os serviços de saúde apenas quando os sinais e sintomas das doenças se agravam.

Em geral, a cefaleia (58,5%) foi o problema álgico que mais levou ao manejo com medicamentos entre os ribeirinhos. Tal achado foi identificado em estudos prévios com diferentes grupos.<sup>(18-19)</sup>

O uso elevado de medicamentos para realizar o manejo da cefaleia pode estar provavelmente relacionado com a percepção que a cefaleia seja um sintoma simples e pode ser

facilmente tratada com medicamentos<sup>(20)</sup> na própria comunidade ribeirinha. Com a necessidade de manejar a dor rapidamente para que suas atividades de subsistências não sejam prejudicadas.<sup>(11)</sup> Além das experiências prévias deste público em consultas com profissionais de saúde, onde muitas vezes esses sintomas podem ser negligenciados.<sup>(21)</sup>

Em relação aos fatores associados, este estudo indicou, que as variáveis sociodemográficas “ser alfabetizado” (OR: 2,632; IC 95%: 1,066-6,501) e “ter renda familiar acima de 1 salário mínimo” (OR: 3,098; IC 95%: 1,303-7,368) permaneceram independentemente associadas a prática de manejo da dor com medicamentos.

Nas pesquisas não foram identificados estudos onde o manejo da dor com medicamentos tenha associação aos fatores “ser alfabetizado” e “ter renda familiar acima de 1 salário mínimo”. Contudo, é possível sugerir que ser alfabetizado aumente as chances de manejar a dor com medicamentos, devido o maior conhecimento sobre as propriedades e posologias dos medicamentos conferindo confiança na decisão de tomar o medicamento,<sup>(22)</sup> como também, pode-se sugerir que a renda familiar acima de 1 salário mínimo aumente as chances de manejar a dor com medicamentos, devido a maior disponibilidade de recursos financeiros para investir na compra de medicamentos<sup>(23)</sup> e conseqüentemente poder tratar a dor.

É importante reforçar que uma das limitações do presente estudo é a possível ocorrência de viés de memória entre os participantes, o que poderia ocasionar numa subnotificação do fenômeno estudado. Entretanto, devido às menções elevadas de manejo da dor com medicamentos, acredita-se que os resultados da amostra não tenham sido afetados. Além disso, devido à escassez de artigos que tratem sobre o manejo da dor com medicamentos entre populações ribeirinhas, optou-se por comparar os resultados do estudo com a população adulta de outras investigações.

Este estudo traz contribuições para o campo da saúde e da enfermagem no sentido de evidenciar a prática elevada de manejo da dor com medicamentos nas comunidades ribeirinhas do Amazonas e seus fatores associados, bem como, pode servir de indicador para os profissionais de saúde quanto a necessidade de se implementar estratégias de promoção para o uso racional desses recursos para o manejo da dor.

## **CONCLUSÃO**

O estudo evidenciou elevada prevalência do manejo da dor com medicamentos entre os ribeirinhos, na qual a dipirona foi a substância medicamentosa mais consumida e a cefaleia foi

o principal motivo para realizar o manejo da dor. As características viver acompanhado e ter renda familiar acima de 1 salário mínimo aumentaram as chances de ocorrência do fenômeno estudado.

Os achados do estudo indicam a necessidade de discussões e medidas a respeito do uso racional de medicamentos para o manejo da dor e a possibilidade de ocorrência de mascaramento de doenças no contexto ribeirinho.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. RESOLUÇÃO - RDC Nº 301, DE 21 DE AGOSTO DE 2019 - DOU - Imprensa Nacional [Internet]. 2019 [citado 25 abr. 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-301-de-21-de-agosto-de-2019-211914064>
2. Almalki MT, BinBaz SS, Alamri SS, Alghamdi HH, EL-Kabbani AO, Al Mulhem AA, et al. Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain in Saudi Arabia. Saudi Med J [Internet]. 2019 Dez [citado 16 dez. 2020];40(12):1256–66. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6969620/>
3. Elzahaf RA, Johnson MI, Tashani OA. The epidemiology of chronic pain in Libya: A cross-sectional telephone survey. BMC Public Health [Internet]. 2016 Ago [citado 16 dez. 2020];16(1):e776. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3349-6>
4. Souza JB De, Grossmann E, Perissinotti DiMN, Oliveira Junior JO De, Fonseca PRB Da, Posso IDP. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. Pain Res Manag [Internet]. 2017 Set [citado 16 dez. 2020];2017:4e643830. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5634600/>
5. Okamura MN, Goldbaum M, Madeira W, Cesar CLG. Prevalência e fatores associados de cefaleia entre adolescentes: resultados de um estudo de base populacional. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2020 Jul [citado 18 jan. 2021];23:1–10. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2020000100454&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100454&tlng=pt)
6. Teixeira EP, Mussi RF de F, Petroski EL, Munaro HLR, Figueiredo ACMG. Problema crônico de coluna/dor nas costas em população quilombolas de região baiana, nordeste brasileiro. Fisioter e Pesqui [Internet]. 2019 Mar [citado 18 jan. 2021];26(1):85–90. Disponível

- em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502019000100085&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502019000100085&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
7. Malta DC, Oliveira MM de, Andrade SSC de A, Caiaffa WT, de Souza M de FM, Berna RTI. Factors associated with chronic back pain in adults in Brazil. Rev Saude Publica [Internet]. 2017 Jun [citado 18 jan. 2021];51(1):1S-12S. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/gNfbhmrcXzpY3Ghyvf3bGxm/?lang=en>
  8. Peres MA, Iser BPM, Peres KG, Malta DC, Antunes JLF. Desigualdades contextuais e individuais da prevalência de dor dentária em adultos e idosos no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2012 Jun [citado 18 jan. 2021];28(SUPPL):114–23. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012001300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
  9. Fraxe T de JP, Pereira H dos S, Witkoski AC. Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais [Internet]. Manaus: EDUA; 2007 [citado 13 dez 2020]. 1–224 p. Disponível em: [https://transforma.fbb.org.br/storage/socialtecnologias/24/files/comunidades\\_ribeirinhas\\_modos\\_de\\_vida\\_web.pdf](https://transforma.fbb.org.br/storage/socialtecnologias/24/files/comunidades_ribeirinhas_modos_de_vida_web.pdf)
  10. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2018 Fev [citado 13 dez. 2020];34(2):e00002817. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000205007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
  11. Gama ASM, Secoli SR. Self-medication practices in riverside communities in the Brazilian Amazon Rainforest. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 Jul [citado 30 mai. 2021];73(5):e20190432. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JXcCV8BLCVRx4p8sfyknZgH/?lang=en>
  12. World Health Organization. ICD-10 Version:2019 [Internet]. [citado 4 jan. 2021]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
  13. World Health Organization. WHOCC - ATC/DDD Index [Internet]. c2020 [citado 4 jan 2021]. Disponível em: [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/)
  14. Silva, LF; Oliveira CGA; Silva DA. Influência da propaganda na dispensação de medicamentos isentos. Rev Científica Multidiscip Núcleo do Conhecimento [Internet]. 2020 Dez [citado 7 de julho de 2021];5(12):67–84. Available at: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/prescricao-medica>

15. Pizzol T da SD, Fontanella AT, Ferreira MBC, Bertoldi AD, Borges RB, Mengue SS. Analgesic use among the Brazilian population: Results from the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM). PLoS One [Internet]. 2019 Mar [citado 9 jul. 2021];14(3):e0214329. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0214329>
16. Medley Indústria Farmacêutica Ltda. Dipirona monoidratada [Internet] 2019 Abr [citado 6 jun. 2021]. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeProduto=DIPIRONA>.
17. Arrais PSD, Fernandes MEP, Pizzol T da SD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, Mengue SS, Luiza VL, Tavares NUL, Farias MR, Oliveira MA, Bertoldi AD. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado 31 mai. 2021];50(2):13s. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PNCVwkVMbZYwHvKN9b4ZxRh/?lang=pt#>
18. Santos ANM dos, Nogueira DRC, Borja-Oliveira CR de. Self-medication among participants of an Open University of the Third Age and associated factors. Rev Bras Geriatr e Gerontol [Internet]. 2018 Ago [citado 6 jun. 2021];21(4):419–27. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/Q76FGyz7HCfHL8B7qsspKXs/?lang=en#>
19. Galvan MR, Pai DD, Echevarría-Guanilo ME. Automedicação entre profissionais da saúde. Rev Min Enferm [Internet]. 2016 [citado 6 jul. 2021];20(0):e959. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1094>
20. Sociedade Brasileira de Cefaleia. Tipos de Dor de Cabeça [Internet]. 2014 [citado 24 jul 2021]. Disponível em: <https://sbcefaleia.com.br/noticias.php?id=192>
21. World Health Organization.. Headaches common but neglected [Internet]. 2011 [citado 24 jul 2021]. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2011/6/headaches-common-but-neglected>
22. Devraj R, Herndon CM, Griffin J. Pain awareness and medication knowledge: A health literacy evaluation. J Pain Palliat Care Pharmacother [Internet]. 2013 Mar [citado 9 jul. 2021];27(1):19–27. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/235399375\\_Pain\\_Awareness\\_and\\_Medication\\_Knowledge\\_A\\_Health\\_Literacy\\_Evaluation](https://www.researchgate.net/publication/235399375_Pain_Awareness_and_Medication_Knowledge_A_Health_Literacy_Evaluation)
23. Boing AC, Bertoldi AD, Peres KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. Rev Saude Publica [Internet]. 2011 Out [citado 9 jul. 2021];45(5):897–905. Disponível em:

<http://www.scielo.br/j/rsp/a/4yvpqy6w3t4ZcM8Qn4Rbpbq/?lang=pt>

## 5.2 Manejo da Dor com Uso de Plantas Medicinais em Comunidades Ribeirinhas na Amazônia Brasileira

PESQUISA

### MANEJO DA DOR COM USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

PAIN MANAGEMENT WITH THE USE OF MEDICINAL PLANTS IN RIVERSIDE COMMUNITIES IN THE BRAZILIAN AMAZON

**Descritores:** Plantas Medicinais; Manejo da Dor; Dor; População Rural.

**Descriptors:** Plants, Medicinal; Pain Management; Pain; Rural Population.

Paula Andreza Viana Lima<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-8217-8288>

Zilmar Augusto de Souza Filho<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-3146-8445>

Abel Santiago Muri Gama<sup>2</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-5089-6990>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Escola de Enfermagem de Manaus (EEM),  
Manaus, AM - Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB),  
Coari, AM - Brasil.

#### Contribuições dos autores:

**Análise estatística:** Paula A. V. Lima, Zilmar A. de Souza Filho, Abel S.M. Gama; **aquisição de financiamento:** Abel S.M. Gama; **coleta de dados:** Paula A. V. Lima, Abel S. M. Gama; **conceitualização:** Paula A. V. Lima, Zilmar A. de Souza Filho, Abel S. M. Gama; **gerenciamento de recursos:** Abel S. M. Gama; **gerenciamento de projeto, investigação, metodologia, redação: preparo do original, redação: revisão e edição, supervisão, validação, visualização** - Paula A. V. Lima, Zilmar A. de Souza Filho, Abel S.M. Gama.

**Autor correspondente:** Paula Andreza Viana Lima

**E-mail:** [paulaviana\\_lima@hotmail.com](mailto:paulaviana_lima@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** estimar a prevalência e os fatores associados ao manejo da dor com uso de plantas medicinais em comunidades ribeirinhas do Amazonas. **Método:** este é um estudo transversal, de base populacional, que faz parte da pesquisa “Saúde, Medicamentos e Automedicação em Ribeirinhos do Amazonas, realizado em 24 comunidades ribeirinhas de Coari, Amazonas – Brasil (n= 492), no ano de 2015. Neste estudo utilizaram-se os dados dos 246 ribeirinhos que referiram ter realizado o manejo da dor. Os dados foram analisados com base na estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** No estudo 26,8% (n=66) dos ribeirinhos mencionaram ter realizado o manejo da dor com plantas medicinais. A planta medicinal mais consumida como remédio caseiro para o manejo da dor foi a casca do fruto da laranjeira (*Citrus sinensis* (L.) Osbeck) (21,6%). Dentre todas as plantas medicinais consumidas, prevaleceu o uso de cascas (63,6%) e a preparação em chá (96,6%). O conhecimento do uso foi adquirido principalmente por familiares (74,2%) e o problema algico que mais levou ao manejo da dor com plantas medicinais foram as dores abdominais (70,5%). A variável faixa etária entre 18 a 49 anos (OR: 2,154; IC 95%: (1,109-4,186) manteve-se independentemente associada ao manejo da dor com plantas medicinais. **Conclusão:** o hábito cultural de consumir plantas medicinais representa um importante itinerário terapêutico para o manejo da dor, necessitando de maiores investigações sobre as plantas utilizadas e suas potencialidades, além da promoção do uso, considerando ser um produto de fácil aquisição e baixo custo para as populações ribeirinhas do Amazonas.

**Fonte de Financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM.

**Conflito de Interesse:** Nada a declarar.

**Número do Comitê de Ética:** Parecer n. 744.119.

## INTRODUÇÃO

Considerada como o quinto sinal vital, a dor é uma sensação subjetiva e multidimensional, que todas as pessoas em algum momento da vida, passaram, estão passando ou vão passar por essa experiência.<sup>(1)</sup>

Investigações sobre dor na população revelaram prevalências de 15,4% na Austrália,<sup>(2)</sup> 39,3% no Japão,<sup>(3)</sup> 46,4% na Arábia Saudita,<sup>(4)</sup> 40,0% na Europa<sup>(5)</sup>, 39,0% no Brasil<sup>(6)</sup> e outras.

Estudos indicam que a dor pode interferir negativamente nas atividades da vida diárias do ser humano, podendo ocasionar alterações fisiológicas, emocionais, sociais e psicológicas<sup>(1,7)</sup>. Assim, na tentativa de eliminar ou minimizar a dor, algumas pessoas acabam buscando alternativas para fazer o manejo de tal agravo como, por exemplo, o uso de plantas medicinais.<sup>(8)</sup>

As plantas medicinais são espécies vegetais presentes na natureza com propriedades terapêuticas, onde seu uso é incentivado e legalizado no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF).<sup>(9-10)</sup>

Estas categorias de plantas com propriedades terapêuticas são classificadas como terapias complementares e estas tem se relevado como uma importante fonte de cuidado para saúde da população,<sup>(8)</sup> inclusive para o manejo da dor dentre grupos tradicionais.

As populações ribeirinhas, fazem parte dos grupos tradicionais presentes na Amazônia, no qual estes utilizam os saberes do ecossistema da região para sobreviverem nas margens dos rios e florestas.<sup>(11)</sup> Esta população apresenta um amplo conhecimento a respeito das plantas medicinais, o qual este saber tem sido repassado verbalmente por gerações como um hábito cultural de saúde, despertando desta forma, o interesse de pesquisadores pelas propriedades das plantas medicinais utilizadas.<sup>(12-13)</sup>

Em estudo realizado nas comunidades ribeirinhas de Coari – Amazonas em 2015, evidenciou-se que um dos principais recursos terapêuticos adotados para o cuidado com a saúde por esta população eram as plantas medicinais e que os principais problemas de saúde enfrentadas por este grupo eram as queixas algícas (45,2%).<sup>(14)</sup>

Diante ao exposto, este estudo se justifica pela relevância da temática e a necessidade de se evidenciar as plantas medicinais utilizadas como estratégias de manejo da dor no contexto ribeirinho, considerando que este estudo pode incentivar a partir do conhecimento popular, novas pesquisas com plantas com propriedades ainda desconhecidas.

Com isso o estudo tem como objetivo estimar a prevalência e os fatores associados ao manejo da dor com uso de plantas medicinais em comunidades ribeirinhas do Amazonas.

## **MÉTODOS**

Este é um estudo transversal, de base populacional, que faz parte da pesquisa Saúde, Medicamentos e Automedicação em Ribeirinhos do Amazonas” – (SAMARA), executada em 24 comunidades ribeirinhas de Coari, AM – Brasil (n=492).<sup>(14)</sup>

Os dados foram coletados entre abril a julho de 2015, através de formulários testados previamente. As entrevistas foram realizadas nas residências dos ribeirinhos com duração média de 45 minutos. Estes foram selecionados de acordo com o protocolo de plano amostral da pesquisa SAMARA publicado previamente.<sup>(14)</sup>

Os critérios de inclusão foram: ter idade mínima de 18 anos e ser residente permanente nas comunidades ribeirinhas almejada pelo estudo. Os critérios de exclusão foram: estar ausente da comunidade no período da coleta de dados ou estar impossibilitados de participar da pesquisa por questão de saúde.<sup>(14)</sup>

Nesta investigação sobre o manejo da dor com plantas medicinais, utilizou-se os dados sociodemográficas, hábitos e estilo de vida, condições de saúde, acesso a serviços de saúde e informações relativas ao consumo de plantas medicinais, dos 246 ribeirinhos que confirmaram ter feito o manejo da dor (manejo da dor exclusivo com medicamentos (n=180) + exclusivo com plantas medicinais (n=28) + misto (n=38) com medicamentos e plantas).

Considerou-se como variável dependente o uso de, pelo menos, uma planta medicinal para o manejo da dor nos últimos 30 dias antecedentes a entrevista (manejo exclusivo com plantas medicinais + misto). Para identificar esta variável, adotou-se a seguinte pergunta “Para que usou? ” (Seção plantas).

Para as variáveis independentes utilizaram-se os dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, estado conjugal, alfabetizado, região, ocupação e renda familiar mensal) hábitos e estilo de vida (fuma/fumou e faz ou já fez uso de bebidas alcoólicas), condições de saúde (autopercepção de saúde) e acesso a serviços de saúde (buscou os serviços de saúde nos últimos 30 dias e tempo de deslocamento da comunidade ao serviço de saúde).

Para o agrupamento dos problemas álgicos que levaram ao consumo de plantas medicinais, foi utilizado a Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID-10).<sup>(15)</sup> Para a grafia dos nomes científicos das plantas medicinais autorreferidas para o manejo da dor, foi utilizado as bases de dados *Tropicos*.<sup>(16)</sup>

Os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 20.0 for Windows. Os resultados foram descritos por frequências absolutas e relativas. Foi empregado o teste Qui-quadrado de Pearson para a análise bivariada dos dados. Em seguida, foi realizado uma regressão logística binária com todas as variáveis que apresentaram associação com nível de significância menor ou igual a 20% ( $p \leq 0,20$ ) na análise bivariada, de forma a estimar o *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%). Utilizou-se o método Stepwise Forward de entrada das variáveis. Considerou-se nesta etapa o nível de significância menor que 5% ( $p < 0,05$ ). A qualidade de ajuste das variáveis do modelo foi avaliada pelo teste de *Hosmer e Lemeshow*.

O estudo encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e registrado com o Parecer n. 744.119. Aos

ribeirinhos que consentiram em participar do estudo, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura em duas vias.<sup>(14)</sup>

## RESULTADOS

Entre os 246 entrevistados que relataram ter feito o manejo da dor nos últimos 30 dias, a prevalência de consumo de plantas medicinais para o manejo da dor foi de 26,8% (n= 66) entre os ribeirinhos.

O perfil socioeconômico dos participantes revelou que o consumo de plantas medicinais para o tratamento da dor foi proporcional entre os sexos (50,0%) e na renda familiar (50,0%). A maioria tinha faixa etária entre 18 a 49 anos (68,2%), viviam acompanhados (80,3%), eram alfabetizados (77,3%), moravam em região de rios (57,6%) e eram agricultores/pescadores (60,6%) (Tabela 1).

O perfil de hábitos e estilos de vida evidenciou que o manejo da dor com plantas medicinais ocorreu na maioria dos participantes que negavam ser fumantes (72,7%) e etilistas (69,7%).

Sobre as condições de saúde a maioria tinha percepção da saúde regular (47,0%). Ademais o perfil de acesso aos serviços de saúde identificou que uso de plantas medicinais para o manejo da dor ocorreu com maior frequência entre os ribeirinhos que não tinham buscado os serviços de saúde nos últimos 30 dias (74,2%) e nos que levavam mais de 4 horas para chegar ao serviço de saúde (48,5%) (Tabela 1).

Na análise bivariada dos dados, identificou-se na tabela 1 que as variáveis sexo (p= 0,160), faixa etária (0,013) e renda familiar (p= 0,084) apresentaram associação com nível de significância menor ou igual a 20%.

**Tabela 1** - Distribuição dos participantes que realizaram o manejo da dor com plantas medicinais, segundo as variáveis sociodemográficas, hábitos e estilo de vida, condições de saúde e acesso a serviços de saúde. Coari – Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis sociodemográficas, hábitos e estilo de vida, condições de saúde e acesso a serviços de saúde	Manejo da dor com plantas medicinais		Total	p-valor*
	Sim n (%)	Não n (%)		
<b>Sexo</b>				<b>0,160</b>
Masculino	33 (50,0)	72 (40,0)	105 (42,7)	
Feminino	33 (50,0)	108 (60,0)	141 (57,3)	
<b>Faixa etária (anos)</b>				<b>0,013</b>
18 a 49	45 (68,2)	149 (82,8)	194 (78,9)	

50 ou mais	21 (31,8)	31 (17,2)	52 (21,1)	
<b>Estado conjugal</b>				0,318
Vive acompanhado	53 (80,3)	154 (85,6)	207 (84,1)	
Vive só	13 (19,7)	26 (14,4)	39 (15,9)	
<b>Alfabetizado</b>				0,327
Sim	51 (77,3)	149 (82,8)	200 (81,3)	
Não	15 (22,7)	31 (17,2)	46 (18,7)	
<b>Região</b>				0,410
Rios**	38 (57,6)	93 (51,7)	131 (53,3)	
Lagos***	28 (42,4)	87 (48,3)	115 (46,7)	
<b>Ocupação</b>				0,773
Agricultor/pescador	40 (60,6)	114 (63,3)	154 (62,6)	
Carpinteiro/Catraieiro/Olaria	1 (1,5)	5 (2,8)	6 (2,4)	
Funcionário do municipal	9 (13,6)	27 (15,0)	36 (14,6)	
Nenhuma	16 (24,2)	34 (18,9)	50 (20,3)	
<b>Renda Familiar</b>				0,084
Até 1 SM****	33 (50,0)	68 (37,8)	101 (41,1)	
Acima de 1 SM****	33 (50,0)	112 (62,2)	145 (58,9)	
<b>Fuma / Fumou</b>				0,870
Sim	18 (27,3)	51 (28,3)	69 (28,0)	
Não	48 (72,7)	129 (71,7)	177 (72,0)	
<b>Faz ou já fez uso de bebidas alcoólicas</b>				0,403
Sim	20 (30,3)	45 (25,0)	65 (26,4)	
Não	46 (69,7)	135 (75,0)	181 (73,6)	
<b>Autopercepção da saúde</b>				0,571
Boa	27 (40,9)	77 (42,8)	104 (42,3)	
Regular	31 (47,0)	89 (49,4)	120 (48,8)	
Ruim	8 (12,1)	14 (7,8)	22 (8,9)	
<b>Buscou os serviços de saúde nos últimos 30 dias</b>				0,886
Sim	17 (25,8)	48 (26,7)	65 (26,4)	
Não	49 (74,2)	132 (73,3)	181 (73,6)	
<b>Tempo para chegar ao serviço de saúde</b>				0,671
< 1 hora	6 (9,1)	17 (9,4)	23 (9,3)	
1 a 4 horas	28 (42,4)	87 (48,3)	115 (46,7)	
> 4 horas	32 (48,5)	76 (42,2)	108 (43,9)	

\*p-valor: valores de p segundo teste qui-quadrado de Pearson; \*\*Rios: Alto, Médio e Baixo Solimões; \*\*\*Lagos: Lago do Mamiá e de Coari, Rio Pioniri, Copeá e Codajás Mirim; \*\*\*\*SM: salário mínimo referente a abril de 2015 (R\$ 788,00).

De acordo com a tabela 2, para o alívio ou inibição da dor foram mencionados 34 tipos de plantas medicinais distintas, consumidas em 88 ocasiões de manejo da dor. A planta medicinal mais consumida como remédio caseiro para o manejo da dor foi a casca do fruto da laranjeira (*Citrus sinensis* (L.) Osbeck) (21,6%), utilizada em forma de chá para tratar a dor abdominal.

**Tabela 2** – Caracterização das plantas medicinais utilizadas no manejo da dor em comunidades ribeirinhas, com os respectivos nomes científicos e populares, modo de uso, parte utilizada e dor tratada. Coari – Amazonas, Brasil, 2015.

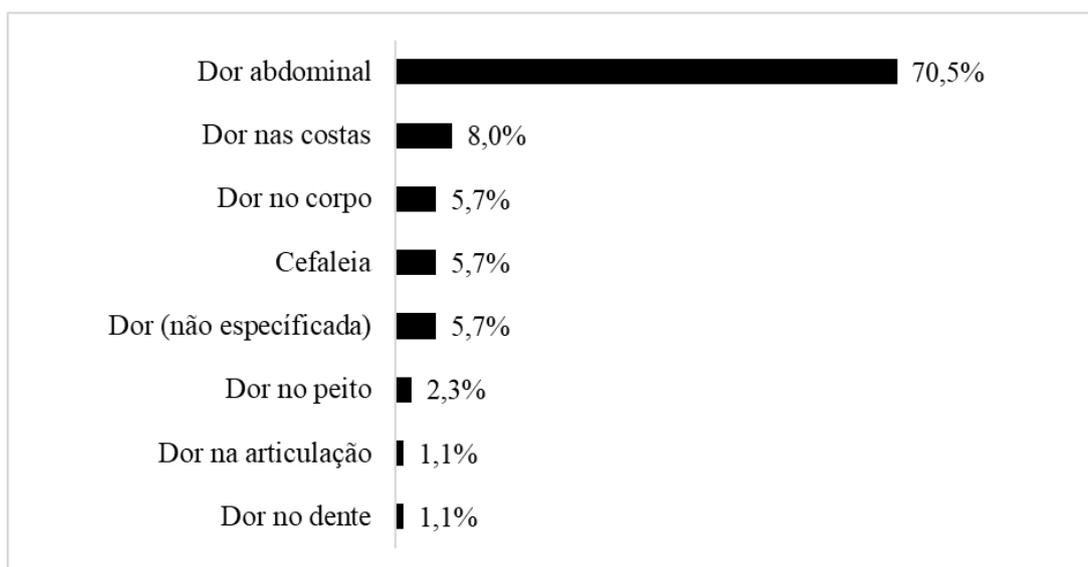
Nome Científico	Nome popular	n (%)	Modo de uso	Parte Utilizada	Dor tratada
<i>Citrus sinensis</i> (L.) Osbeck	Laranjeira	19 (21,6)	Chá	Casca (fruto)	Dor abdominal
<i>Ruta graveolens</i> L.	Arruda	5 (5,7)	Chá	Folha	Cefaleia, dor nas costas, dor abdominal e dor no peito
<i>Bertholletia excelsa</i> Bonpl.	Castanheira	5 (5,7)	Chá	Casca, folha	Articulação, dor abdominal, dor nas costas
<i>Hymenaea courbaril</i> L.	Jatobá	5 (5,7)	Chá	Casca	Dor abdominal
-	NE*	4 (4,5)	NE*	Casca e NE*	Dor abdominal
<i>Plectranthus barbatus</i> Andr.	Boldo	4 (4,5)	Chá	Folha	Dor abdominal
<i>Copaifera langsdorffii</i> Desf.	Copaíba	4 (4,5)	Chá e NE*	Casca	Cefaleia, dor no corpo, dor abdominal e NE*
<i>Spondias mombim</i> L.	Taperebá	4 (4,5)	Chá	Casca	Dor nas costas e dor abdominal
<i>Persea americana</i> Mill.	Abacateiro	3 (3,4)	Chá	Semente	Corpo, dor nas costas e dor abdominal
<i>Aucuba Japônica</i> Thunb.	Aucuba	3 (3,4)	Chá	Casca	Dor abdominal, dor nas costas e NE*
<i>Anacardium occidentale</i> L.	Cajueiro	3 (3,4)	Chá	Casca	Dente e dor abdominal
<i>Aspidosperma nitidum</i> Benth. ex Müll. Arg.	Carapanaúba	3 (3,4)	Chá	Casca	Dor abdominal e NE*
<i>Ocimum gratissimum</i> L.	Alfavaca	2 (2,3)	Chá	Folha	Cefaleia e dor nas costas
<i>Acmella oleracea</i> (L.) RK Jansen	Jambú	2 (2,3)	Chá	Folha	Dor abdominal
<i>Ampelozizyphus amazonicus</i> Ducke	Saracura	2 (2,3)	Chá	Casca	Dor no corpo e dor abdominal
-	Outros**	20 (22,7)	Chá e NE*	Casca, folha, NE*	Dor abdominal, dor no corpo, dor no peito, cefaleia e NE*
Total		88 (100,0)			

\*NE: não especificado. \*\*Outros: citados uma vez – oliveira, erva-cidreira, crajiru, hortelã, limoeiro, macela, mastruz, pião, sara tudo, unha de gato, algodão, corama, goiabeira, mucuraracaá, panquilé, uxi, capim santo, erva de passarinho, piranheira, sucuba.

A parte mais utilizada das plantas medicinais foi a casca (63,6%), seguida por folha (29,5%), não especificado (3,4%), semente (2,3%) e flor (1,1%). A forma de preparo mais utilizadas foi em chá (96,6%), consecutivo do preparo não especificado (3,4%). Ademais, o conhecimento do manejo da dor com plantas medicinais foi adquirido principalmente com familiares (74,2%), seguidos com vizinhos/amigos (25,8%) (dados não apresentados em tabela ou gráficos).

Dentre os problemas álgicos que mais levaram ao manejo da dor com plantas medicinais, destacou-se a dor abdominal (70,5%) entre os ribeirinhos (Gráfico 1).

**Gráfico 1** – Distribuição dos principais problemas álgicos que levaram ao consumo de plantas medicinais para o manejo da dor em comunidades ribeirinhas. Coari – Amazonas, Brasil, 2015.



A tabela 3 apresenta os resultados da análise multivariada, indicando que a variável faixa etária entre 18 a 49 anos (OR: 2,154; IC 95%: (1,109-4,186) aumenta em 2 vezes as chances de realizar o manejo da dor com plantas medicinais.

**Tabela 3.** Razão de chances (*Odds Ratio*) estimadas por regressão logística binária para as variáveis associadas ao manejo da dor com plantas medicinais nas comunidades ribeirinhas. Coari – Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis	OR ajustado* (IC 95%)*	
	OR (IC 95%)*	p-valor
<b>Sexo</b>		0,372
Masculino	1	
Feminino	1,306 (0,726-2,350)	
<b>Faixa etária (anos)</b>		<b>0,024</b>
18 a 49	2,154 (1,109-4,186)	
50 ou mais	1	
<b>Renda Familiar</b>		0,088
Até 1 SM**	1,655 (0,928-2,952)	
Acima de 1 SM**	1	

\* Teste de Hosmer e Lemeshow - 0,335 - OR - *Odds Ratio* e IC 95% - intervalo de confiança de 95%.\*\*SM: salário mínimo referente a abril de 2015 (R\$ 788,00).

## DISCUSSÃO

O estudo apontou que 1 em cada 4 ribeirinhos realizaram o manejo da dor com plantas medicinais, onde a maioria realizou o manejo com a casca do fruto da laranjeira (*Citrus sinensis* (L.) Osbeck) para tratar a dor abdominal. Dentre todas as plantas a maioria utilizou as cascas e a preparação em chá. O conhecimento dessa prática foi adquirido principalmente por familiares e o problema algíco que mais levou ao manejo da dor com plantas medicinais foram as dores abdominais. Na regressão logística a variável faixa etária entre 18 a 49 anos manteve-se independentemente associadas ao manejo da dor com plantas.

A baixa taxa de manejo da dor com plantas medicinais identificada no estudo (26,8%) corroborou com o encontrado na pesquisa realizada em 2018 na Arábia Saudita (2,4%)<sup>(4)</sup> e também com o estudo realizado em 2015 no Brasil (23,0%)<sup>(6)</sup>, no qual apenas uma minoria dos participantes afirmaram recorrer a métodos não farmacológicos como remédios caseiros. Este achado pode estar provavelmente relacionada à preferência dos ribeirinhos por outros recursos terapêuticos para o manejo da dor (exemplos: medicamentos)<sup>(14)</sup> e a baixa adesão a PNPIC e PNPMF na assistência à saúde<sup>(17)</sup> prestada nas comunidades ribeirinhas, a qual faltam incentivos para o uso de plantas medicinais com propriedades analgésicas.

Entre as plantas medicinais utilizadas, o consumo elevado da casca do fruto da laranjeira (*Citrus sinensis* (L.) Osbeck) (21,6%) para tratar especificamente a dor abdominal entre os ribeirinhos, reforça o identificado em estudos etnobotânicos no Brasil sobre o uso tradicional da laranjeira para o tratamento de dores abdominais na região Norte.<sup>(13,18)</sup>

Na Costa do Marfim uma pesquisa identificou que o chá da casca do fruto da laranja é rica em polifenóis.<sup>(19)</sup> Estes confere a *Citrus sinensis* suas propriedades antioxidantes, antiobesidade, antiosteoporóticas, relaxantes, sedativas, ansiolíticas, antimicrobianas e outras,<sup>(20)</sup> sendo este último princípio ideal para problemas gastrointestinais decorrentes de enteroparasitoses. Contudo, sugere-se a realização de estudos clínicos para a melhor aplicação dessa terapia a este agravo.

Diferentes dos estudos realizados em Manacapuru (AM)<sup>(13)</sup>, Abaetetuba (PA)<sup>(21)</sup> e em Maceió (AL),<sup>(22)</sup> onde as folhas foram as partes mais utilizada para a preparação dos remédios caseiros, neste a casca (63,6%) foi a parte mais usadas pelos participantes. Tal achado pode estar possivelmente relacionado a maior presença de propriedade analgésicas em espécie de plantas medicinais presentes na região Amazônica, onde a casca detém esse potencial farmacológico.

A maioria dos ribeirinhos informou que o chá (96,6%) foi a forma mais utilizadas para preparar os remédios caseiros para o manejo da dor. Diversos estudos etnobotânicos<sup>(12-13)</sup> em comunidades ribeirinhas evidenciam o chá como a forma de preparo preferida para o consumo de plantas medicinais.

Sobre a forma de aprendizado, os achados do estudo foram similares aos encontrados por pesquisadores em Maceió (83,33%)<sup>(22)</sup> e no Rio Grande do Sul (64,0%)<sup>(23)</sup> no qual o conhecimento do uso de plantas medicinais foi adquirido principalmente com familiares (74,2%).

A tradição familiar e a oralidade são importantes atitudes que permitem a perpetuação dos saberes do uso de plantas medicinais entre a gerações ribeirinhas<sup>(12)</sup>. Resgatar e conservar estes saberes tornam-se fundamentais, para que a perda desse hábito não desencadeie o desaparecimento de parte da identificação tradicional de um grupo.<sup>(18)</sup> Além disso, esta prática popular com base na ciência pode contribuir para a promoção do uso racional de plantas medicinais e sensibilizar quanta a importâncias de preserva-las,<sup>(13)</sup> tendo em vista sua fácil aquisição e baixo custo.

Ressalta-se que dentre as 34 plantas consumidas pelos ribeirinhos para o manejo da dor, 13 plantas medicinais (“Arruda”, *Ruta graveolens* L.; “Boldo”, *Plectranthus barbatus* Andr.; “Copaíba”, *Copaifera langsdorffii* Desf; “Abacateiro”, *Persea americana* Mill.; “Cajueiro”, *Anacardium occidentale* L.; “Alfavaca”, *Ocimum gratissimum* L.; “Crajiru”, *Arrabidaea chica* (Bonpl.) B. Verl; “Hortelã”, *Mentha* sp; “Mastruz”, *Chenopodium ambrosioides* L.; “Pião”, *Jatropha gossypifolia* L.; “Unha de Gato”, *Uncaria tomentosa* (Willd.) DC; “Corama”,

*Kalanchoe pinnata* (Lam.) Pers.; “Goiabeira”, *Psidium guajava* L.) fazem parte da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS).<sup>(24)</sup> Assim, com base nos resultados obtidos neste estudo, supõem-se que produtos compostos por essas plantas (exemplo: fitoterápicos) possuem potenciais para serem utilizados em comunidades ribeirinhas do Amazonas, considerando que o consumo *in natura* já ocorre nessas localidades.

Em relação aos problemas algícos, o manejo elevado das dores abdominais com plantas medicinais (70,5%), corrobora com outras pesquisas realizadas especificamente com ribeirinhos.<sup>(13,21)</sup> O consumo elevado de plantas medicinais para o manejo deste agravo pode estar relacionado a precariedade no saneamento básico e qualidade de água ofertado nas comunidades ribeirinhas, no qual podem deixar os moradores vulneráveis a distúrbios gastrointestinais.<sup>(21)</sup>

Sobre os fatores associados, este estudo indicou, que a variável faixa etária entre 18 a 49 anos (OR: 2,154; IC 95%: (1,109-4,186) aumenta em 2 vezes as chances de realizar o manejo da dor com plantas medicinais. Na literatura não foram identificados estudos onde o manejo da dor com plantas medicinais tenha associação ao fator faixa etária mais jovem. Entretanto, o consumo elevado de plantas medicinais para o alívio da dor na faixa etária mais jovem (20 a 39 anos) já foi identificada em investigação realizada em 2009 no Rio Grande do Sul.<sup>(8)</sup> Tal achado sugeri que o hábito cultural de consumir plantas medicinais para o alívio da dor não restringe-se apenas aos idosos, também perpetuando entre as futuras gerações ribeirinhas do Amazonas.

As limitações do estudo envolvem uma possível subnotificação da prática de manejo da dor com plantas medicinais, conseqüente do viés de memória pelos ribeirinhos, somado a sub ou superestimação dos achados do estudo ao comparar com investigações realizadas com outros públicos alvos, desfechos e métodos, diante da carência de estudos especificamente sobre o manejo da dor com plantas medicinais em comunidades ribeirinhas.

O estudo avança no campo da saúde e da enfermagem visto a possibilidade de ampliação do conhecimento destes profissionais em relação às práticas culturais dos povos ribeirinhos com uso de plantas medicinais para o enfrentamento da dor, como também, pode incentivar a implementação da PNPIC e PNPMF na assistência de enfermagem a este grupo tradicional, haja vista a baixa adesão ao manejo da dor com plantas medicinais no referido público.

## CONCLUSÃO

O estudo apontou baixa prevalência do manejo da dor com plantas medicinais nas comunidades ribeirinhas pesquisadas, onde a variável faixa etária entre 18 a 49 anos manteve-se independentemente associadas ao manejo da dor com plantas medicinais.

Estes achados indicam que o hábito cultural de consumir plantas medicinais ocorre por uma pequena parcela da população ribeirinha, embora represente um importante itinerário terapêutico para o manejo da dor, necessitando de aprofundamento de conhecimentos sobre as plantas utilizadas e suas potencialidades, além da promoção do uso, considerando ser um produto de fácil aquisição e baixo custo para as populações ribeirinhas do Amazonas.

## REFERÊNCIAS

1. Araujo LC de, Romero B. Pain: evaluation of the fifth vital sign. A theoretical reflection. *Rev Dor* [Internet]. 2015 Dez [citado 11 dez. 2020];16(4):291–6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132015000400291&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000400291&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
2. Miller A, Sanderson K, Bruno R, Breslin M, Neil AL. The prevalence of pain and analgesia use in the Australian population: Findings from the 2011 to 2012 Australian National Health Survey. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* [Internet]. 2017 Nov [citado 16 dez. 2020];26(11):1403–10. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28895247/>
3. Inoue S, Kobayashi F, Nishihara M, Arai YCP, Ikemoto T, Kawai T, et al. Chronic pain in the Japanese community - Prevalence, characteristics and impact on quality of life. *PLoS One* [Internet]. 2015 Jun [citado 16 dez. 2020];10(6):1–14. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0129262>
4. Almalki MT, BinBaz SS, Alamri SS, Alghamdi HH, EL-Kabbani AO, Al Mulhem AA, Alzubaidi AS, Altowairqie AT, Alrbeeai HA, Alharthi WM, Alswat KA. Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain in Saudi Arabia. *Saudi Med J* [Internet]. 2019 Dez [citado 16 dez. 2020]40(12):1256–66. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6969620/>
5. Todd A, McNamara CL, Balaj M, Huijts T, Akhter N, Thomson K, Kasim A, Eikemo TA, Bambra C. The European epidemic: Pain prevalence and socioeconomic inequalities in pain across 19 European countries. *Eur J Pain (United Kingdom)* [Internet]. 2019 Abr [citado 16 dez. 2020];23(8):1425–36. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31038816/>
6. Souza JB De, Grossmann E, Perissinotti DiMN, Oliveira Junior JO De, Fonseca PRB Da, Posso IDP. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life

- Activities: Brazilian Population-Based Survey. Pain Res Manag [Internet]. 2017 Set [citado 16 dez. 2020];2017:4e643830. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29081680/>
7. Dellaroza MSG, Pimenta CAM. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. Ciência, Cuid e Saúde [Internet]. 2012 Mai [citado 16 dez. 2020];11(5):235–42. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17081/pdf>
8. Haeffner R, Heck RM, Ceolin T, Jardim VM da R, Barbieri RL. Plantas medicinais utilizadas para o alívio da dor pelos agricultores ecológicos do Sul do Brasil. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2012 Set [citado 13 dez. 2020];14(3):596–602. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-19442012000300016](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442012000300016)
9. Brasil MS. Política e Programa nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 13 de julho de 2021]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_programa\\_nacional\\_plantas\\_medicinais\\_fitoterapicos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_programa_nacional_plantas_medicinais_fitoterapicos.pdf)
10. Brasil MS. Política Nacional de Prática Integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso [Internet]. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 13 jul. 2021]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf)
11. Fraxe T de JP, Pereira H dos S, Witkoski AC. Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais [Internet]. Manaus: EDUA; 2007 [citado 13 dez 2020]. 1–224 p. Disponível em: [https://transforma.fbb.org.br/storage/socialtecnologias/24/files/comunidades\\_ribeirinhas\\_modos\\_de\\_vida\\_web.pdf](https://transforma.fbb.org.br/storage/socialtecnologias/24/files/comunidades_ribeirinhas_modos_de_vida_web.pdf)
12. Marques WPG, Anjos TO dos, Costa MNRF da. Plantas medicinais usadas por comunidades ribeirinhas do estuário amazônico. Brazilian J Dev [Internet]. 2020 Out [citado jun. 2021];6(10):74242–61. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/17625>
13. Vásquez SPF, de Mendonça MS, Noda S do N. Etnobotânica de plantas medicinais em comunidades ribeirinhas do município de Manacapuru, Amazonas, Brasil. Acta Amaz [Internet]. 2014 Dez [citado 23 jun. 2021];44(4):457–72. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aa/a/VygsxBjLYBDf8NcWBHGYF8Q/?lang=pt>
14. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2018 [citado 13

- dez. 2020];34(2):e00002817. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000205007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
15. World Health Organization. ICD-10 Version:2019 [Internet]. [citado 4 jan. 2021]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
16. TROPICOS. Tropicos - NameSearch [Internet]. [citado 4 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.tropicos.org/name/Search>
17. Figueredo CA de, Gurgel IGD, Gurgel GD. A Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. Physis Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [citado 13 jul 2021];24(2):381–400. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/physis/a/fzMtXMF6QwLVHLk8nzdFdM/?lang=pt>
18. Caetano RS, Souza ACR de, Feitozao LF. O Uso de Plantas Mediciniais Utilizadas por Frequentadores dos Ambulatórios Santa Marcelina, Porto Velho - RO. Saude E Pesqui [Internet]. 2014 Abr [citado 28 jun. 2021];7(1):55–63. Disponível em: [https://www.academia.edu/30529068/O\\_Uso\\_de\\_Plantas\\_Mediciniais\\_Utilizadas\\_por\\_Frequentadores\\_dos\\_Ambulatórios\\_Santa\\_Marcelina\\_Porto\\_Velho\\_RO](https://www.academia.edu/30529068/O_Uso_de_Plantas_Mediciniais_Utilizadas_por_Frequentadores_dos_Ambulatórios_Santa_Marcelina_Porto_Velho_RO)
19. Assamoia KK, Yao ARRE, Yvette FNB. View of Phytochemical Characterization of Herbal Tea from Oranges Peels (*Citrus sinensis* var Blonde) Marketed in Abidjan. European Journal of Nutrition & Food Safety [Internet]. EJNFS. 2020 [citado 28 jun. 2021];12(9):116-125. Disponível em: <https://www.journalejns.com/index.php/EJNFS/article/view/30292/56833>
20. Favela-Hernández JMJ, González-Santiago O, Ramírez-Cabrera MA, Esquivel-Ferriño PC, Camacho-Corona MDR. Chemistry and pharmacology of *Citrus sinensis*. Molecules [Internet]. 2016 Fev [citado 28 jun. 2021];21(2): 247. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26907240/>
21. Gois MAF, Lucas FCA, Costa JCM, Moura PHB, Lobato GJM. Etnobotânica de espécies vegetais medicinais no tratamento de transtornos do sistema gastrointestinal. Rev Bras Plantas Med [Internet]. 2016 Jun [citado 10 jul 2021];18(2):547–57. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbpm/a/RCHJ6BPY5YVhvD5PZ7sXjqB/?lang=pt>
22. Griz SAS, Matos-Rocha TJ, Santos AF, Costa JG, Mousinho KC. Perfil de plantas medicinais utilizadas pela população do 3º distrito Sanitário de Maceió-AL. Brazilian J Biol [Internet]. 2017 Nov [citado 29 jun. 2021];77(4):794–802. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjb/a/4yRD4Fk67y8pFkjk74MmPXv/?lang=en>
23. Petry K, Roman-Júnior WA. Viabilidade de implantação de fitoterápicos e plantas medicinais no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Três Passos/RS. Rev Bras Farm

[Internet]. 2012 [citado 29 jun. 2021];93(1):60–7. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/276204756> Viabilidade de implantacao de fitoterapicos e plantas medicinais no Sistema Unico de Saude SUS do municipio de Tres PassosRS Implantation of herbal and medicinal plants in Health System SUS of Tres Pa

24. BRASIL MS. MS elabora Relação de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS [Internet]. 2009 [citado 29 jun. 2021]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/pdf/marco/ms\\_relacao\\_plantas\\_medicinais\\_sus\\_0603.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/pdf/marco/ms_relacao_plantas_medicinais_sus_0603.pdf)

## 5 CONCLUSÃO

No estudo estimou-se que a prática de manejo da dor com medicamentos nas comunidades ribeirinhas é elevada, onde as variáveis viver acompanhado e ter renda familiar acima de 1 salário mínimo mantiveram-se independentemente associadas a este fenômeno.

Em contrapartida, o hábito cultural de consumir plantas medicinais para o manejo da dor apresentou-se com uma baixa prevalência, no qual a faixa etária entre 18 a 49 anos manteve-se independentemente associadas ao manejo da dor com plantas medicinais.

Através dos achados aceitou-se as hipóteses iniciais levantadas no presente estudo, que fatores sociodemográficos elevavam o consumo de medicamentos e plantas medicinais para o manejo da dor.

Diante do exposto, evidenciou-se a necessidade de discussões e medidas a respeito do uso racional de medicamentos para o manejo da dor e a possibilidade de ocorrência de mascaramento de doenças no contexto ribeirinho, como também, observou-se a necessidade de incentivar o uso de planta medicinais, para a perpetuação desse hábito cultural.

## REFERÊNCIAS

ALMALKI, M. T. et al. Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain in Saudi Arabia. **Saudi Medical Journal**, v. 40, n. 12, p. 1256–1266, dez. 2019.

ANDRADE, J. P. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, n. 1, p. 1–51, 2010.

ARAUJO, L. C.; ROMERO, B. Pain: evaluation of the fifth vital sign. A theoretical reflection. **Revista Dor**, v. 16, n. 4, p. 291–296, dez. 2015.

BRASIL. **RESOLUÇÃO - RDC Nº 301, DE 21 DE AGOSTO DE 2019** - DOU - Imprensa Nacional. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-301-de-21-de-agosto-de-2019-211914064>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. **CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=13&VCodMunicipio=130120&NomeEstado=AMAZONAS](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=13&VCodMunicipio=130120&NomeEstado=AMAZONAS)>. Acesso em: 4 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. **Política e Programa nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. M. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 5, p. 235–242, 30 maio 2012.

DEVRAJ, R.; HERNDON, C. M.; GRIFFIN, J. Pain awareness and medication knowledge: A health literacy evaluation. **Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy**, v. 27, n. 1, p. 19–27, mar. 2013.

ELZAHAF, R. A.; JOHNSON, M. I.; TASHANI, O. A. The epidemiology of chronic pain in Libya: A cross-sectional telephone survey. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. e776, 11 ago. 2016.

FRAXE, T. J. P.; PEREIRA, H. S.; WITKOSKI, A. C. **Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais**. Manaus: EDUA, 2007.

FREIRE, M. C. M. et al. Dor dentária e fatores associados em adolescentes brasileiros: A pesquisa nacional de saúde do escolar (peNSE), brasil, 2009. **Cadernos de Saude Publica**, v. 28, n. SUPPL, p. s133–s145, jul. 2012.

GAMA, A. S. M. et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 2, p. e00002817, 2018.

GAMA, A. S. M.; SECOLI, S. R. Self-medication practices in riverside communities in the Brazilian Amazon Rainforest. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, p. e20190432, jul. 2020.

GUIMARÃES, A. F. et al. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, n. 0, p. e202000178, maio 2020.

IBGE, I. B. G. E. **IBGE | Cidades@ | Amazonas | Coari | Panorama**. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/coari/panorama>>. Acesso em: 4 jan. 2021.

IGUTI, A. M.; BASTOS, T. F.; BARROS, M. B. DE A. Dor nas costas em população adulta: Estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 12, p. 2546–2558, 1 dez. 2015.

INOUE, S. et al. Chronic pain in the Japanese community - Prevalence, characteristics and impact on quality of life. **PLoS ONE**, v. 10, n. 6, p. 1–14, 15 jun. 2015.

JOHANNES, C. B. et al. The Prevalence of Chronic Pain in United States Adults: Results of an Internet-Based Survey. **Journal of Pain**, v. 11, n. 11, p. 1230–1239, 1 nov. 2010.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 127–141, jun. 2005.

LOTUFO, P. A. et al. Prevalência de angina do peito pelo questionário de rose na população Brasileira: Análise da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 123–131, 1 dez. 2015.

MALTA, D. C. et al. Factors associated with chronic back pain in adults in Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 51, n. 1, p. 1S-12S, 1 jun. 2017.

MARQUEZ, J. O. A dor e os seus aspectos multidimensionais. **Ciência e Cultura**, v. 63, n. 2, p. 28–32, abr. 2011.

MILLER, A. et al. The prevalence of pain and analgesia use in the Australian population: Findings from the 2011 to 2012 Australian National Health Survey. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, v. 26, n. 11, p. 1403–1410, 1 nov. 2017.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 497–509, mar. 2011.

OKAMURA, M. N. et al. Prevalência e fatores associados de cefaleia entre adolescentes: resultados de um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1–10, 8 jul. 2020.

PEDROSA, D. F. A. et al. Evaluación de la calidad de vida en clientes con dolor crónico isquémico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 67–72, fev. 2011.

PERES, M. A. et al. Desigualdades contextuais e individuais da prevalência de dor dentária em adultos e idosos no Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 28, n. SUPPL, p. 114–123, jul. 2012.

RAJA, S. N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976–1982, set. 2020.

SANTOS, L. R. C. S.; ASSUNÇÃO, A. Á.; LIMA, E. DE P. Back pain in adults living in quilombola territories of Bahia, Northeastern Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 5, p. 750–757, out. 2014.

SBED, S. B. P. E. D. **Campanha nacional pelo tratamento e controle da dor aguda e crônica**. 2019. Disponível em: <<https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2019/01/CAMPANHA-NACIONAL-PELO-TRATAMENTO-E-CONTROLE-DA-DOR-AGUDA-E-CRÔNICA-3-MB.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2021

SOUZA, J. B. et al. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. **Pain Research and Management**, v. 2017, p. 4e643830, 2017.

TEIXEIRA, E. P. et al. Problema crônico de coluna/dor nas costas em população quilombolas de região baiana, nordeste brasileiro. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 85–90, mar. 2019.

TODD, A. et al. The European epidemic: Pain prevalence and socioeconomic inequalities in pain across 19 European countries. **European Journal of Pain** (United Kingdom), v. 23, n. 8, p. 1425–1436, 2019.

TROPICOS. **Tropicos - NameSearch**. Disponível em: <<https://www.tropicos.org/name/Search>>. Acesso em: 4 jan. 2021.

WHO, W. H. O. **ICD-10 Version:2019**. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse10/2019/en>>. Acesso em: 4 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. **ATC/DDD Index**. 2019. Disponível em: <[https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/)>. Acesso em: 4 jan. 2021.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1 – CRONOGRAMA

Nº	Descrição	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
01	Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	
02	Extração dos dados do banco da Pesquisa SAMARA	X							
03	Análise de dados	X	X	X	X	X	X	X	
04	Redação final da dissertação		X	X	X	X	X	X	
05	Defesa da dissertação						X	X	X
06	Elaboração e submissão de artigos				X	X	X	X	X

## APÊNDICE 2 – ORÇAMENTO

<b>Material</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Valor Total</b>
Revisão textual da dissertação	01	400,00	400,00
Tradução do resumo da dissertação	01	200,00	200,00
Submissão e publicação de artigos	02	1.500,00	3.000,00
<b>TOTAL</b>			<b>3.600,00</b>

# **ANEXOS**

## ANEXO 1 - FORMULÁRIO

Entrevistador: _____	N. do Questionário:
Tempo/Entrevista:         min	Data: _ / _ / _

### INFORMAÇÕES AO ENTREVISTADO:

Antes de começar, gostaria de lhe agradecer por participar da pesquisa e informar que a entrevista é voluntária. Caso o Sr. (a) não deseje responder alguma pergunta, por favor me avise, pois passaremos para a próxima.



## AUTOMEDICAÇÃO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES – AMAZONAS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM

ENFERMAGEM NA SAÚDE DO ADULTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS



UFAM

### ➤ INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O ENTREVISTADO E COMUNIDADE

- 1 - Entrevistado: \_\_\_\_\_
- 2 - Comunidade: \_\_\_\_\_ 3 - Região: \_\_\_\_\_
- 4 - ACS da Comunidade: \_\_\_\_\_
- 5 - Origem: S \_ ° ' " W \_ ° ' " 6 - Domicílio: S \_ ° ' " W \_ ° ' "
- 7 - N. do domicílio: | | | | 8 - Indivíduo: | | | | – Sua comunidade tem:
9. Transporte comunitário? a. S  b. N  10. Posto de saúde? a. S  b. N
11. Telefone público/orelhão? a. S  b. N

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SEÇÃO A**  
**“INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS”**

**A.1** – Qual a data de seu nascimento?   /  /    
**“Não sabe informar, vá para A.2”**

**A.2** – Quantos anos o (a) Sr. (a) tem?   |  |  |  |  

**A.3** – Sexo: a. M  b. F

**A.4** – O (a) Sr. (a) tem filhos? a. **S**  b. **N**   
**“Não, vá para A.6”**

**A.5** - Quantos filhos nascidos vivos:   |  |  |  |  

**A.6** – O (a) Sr. (a) nasceu nesta comunidade?  
a. **S**  b. **N**  **“Sim, vá para A.8”**

**A.7** – Onde o (a) Sr. (a) morava anteriormente?  
\_\_\_\_\_

**A.8** - Há quanto tempo o (a) Sr. (a) mora nesta comunidade? a.   |  |  |   anos e   |  |  |   meses

**A.9** – O (a) Sr. (a) já frequentou a escola?  
a. **S**  b. **N**  **“Não, vá para A.11”**

**A.10** - Até qual série? \_\_\_\_\_

**A.11** – O (a) Sr. (a) sabe ler e escrever?  
a. **S**  b. **N**

**A.12** – Contando com o (a) Sr. (a), quantas pessoas moram em sua casa?  
a. número   |  |  |  

– Informações sobre os moradores:

Ord.	Idade	Sexo	Grau de parentesco
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

**A.13** - Qual é a sua religião?  
a. Católico  b. Evangélico  c. Espírita   
d. Nenhuma  e. Outra: \_\_\_\_\_

**A.14** - Qual o seu estado marital hoje?  
a. Solteiro  b. Separado  c. Viúvo   
d. Casado/Civil  e. Casado/Religioso   
f. Casado/Civil/Religioso  g. Mora junto

**A.15** – O (a) Sr. (a) considera a sua cor da pele:  
a. Branca  b. Parda/Moreno (a)   
c. Amarela  d. Negra ou preta  e. Indígena

**A.16** – Incluindo a sua renda, quanto é aproximadamente a renda de todas as pessoas que moram com o (a) Sr. (a)? R\$ \_\_\_\_\_

**A.17** – Com o que o (a) Sr. (a) trabalha ou faz durante o dia? \_\_\_\_\_

**A.18** - Na sua casa ou comunidade tem energia elétrica? a. **S**  b. **N**  **“Não, vá para A.20”**

**A.19** - Qual a fonte de geração?  
a. Motor  b. Amaz. Energia  c. E. solar

**A.20** – Na sua casa tem:  
a. Rádio: a. **S**  b. **N**  b. TV: a. **S**  b. **N**   
c. Celular: a. **S**  b. **N**  d. R. tran: a. **S**  b. **N**

**A.21** - Qual a origem da água que o (a) Sr. (a) usa para **cozinhar**?  
a. Rio  b. Igarapé  c. Poço  d. Chuva   
e. Lago  f. Outro : \_\_\_\_\_

**A.22** - A água para **cozinhar** é tratada?  
a. **S**  b. **N**  - Se sim, qual o produto? \_\_\_\_\_

**A.23** - Qual a origem da água que o (a) Sr. (a) usa para **beber**?  
a. Rio  b. Igarapé  c. Poço  d. Chuva   
e. Lago  f. Outro : \_\_\_\_\_

**A.24** - A água para **beber** é tratada?  
a. **S**  b. **N**  - Se sim, qual o produto? \_\_\_\_\_

**A.25** - Quantos cômodos tem sua casa?   |  |  |  

**A.26** - Quando o rio enche, entra água na sua casa? a. **S**  b. **N**

**A.27** - Como o (a) Sr. (a) faz para chegar até Coari, o transporte é?  
a. Alugado  b. Cedido  c. Próprio   
d. Recreio/Pago  e. Comunitário/público

**A.28** - Quanto tempo o (a) Sr. (a) demora para chegar até Coari, com o transporte que usa normalmente?   |  |  |   horas e   |  |  |   minutos

**A.29** - De quanto em quanto tempo o (a) Sr. (a) costuma ir em Coari?  
a. Todos dias  b. Até 3 vezes por semana   
c. 1 vez por semana  d. 1 vez por quinzena   
e. 1 vez por mês  f. Não costumo ir   
- Se “f”, quanto tempo faz desde a última vez?  
  |  |  |   anos   |  |  |   meses

**SEÇÃO B**  
**“ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE”**

**B.1** – Quando o (a) Sr. (a) fica doente, quem costuma procurar primeiro?

- a. Médico  b. Enfermeiro  c. Dentista   
d. Farmacêutico  e. ACS  f. Rezador   
g. Amigo, vizinho ou conhecido  h. Pegador   
i. Curandeiro  j. Não procuro   
k. Outro  \_\_\_\_\_

**B.2** – Qual serviço de saúde o (a) Sr. (a) prefere utilizar quando está doente?

- a. Posto de Saúde/Centro  b. HRC   
c. IMTC  d. Outro Posto de Saúde   
e. Policlínica  f. Clínica/particular   
g. Farmácia  h. Nunca fui/serviço de saúde   
i. Outro : \_\_\_\_\_

**B.3** – No último mês, o (a) Sr. (a) procurou algum serviço de saúde para cuidar de sua saúde?

- a. **S**  b. **N**  **“Não, vá para B.8”**

**B.4** - Quanto tempo o (a) Sr. (a) levou para procurar o serviço de saúde? \_\_\_\_\_

**B.5** - O (a) Sr. (a) resolveu seu problema de saúde? **S**  **N**  **“Sim, vá para B.8”**

**B.6** – Por que não foi resolvido?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B.7** – O que fez para resolver o seu problema?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B.8** - Como o (a) Sr. (a) costuma chegar até o serviço de saúde?

- a. Lancha da comunidade  b. Rabeta   
c. Canoa a remo  d. Recreio/pago  e. Barco   
e. A pé  f. Moto  g. Caminhão   
h. Outro : \_\_\_\_\_

**B.9** - Quanto tempo o (a) Sr. (a) costuma levar para chegar ao serviço de saúde quando precisa? |\_\_|\_\_| horas e |\_\_|\_\_| minutos

**B.10** – O (a) Sr. (a) já precisou fazer acompanhamento de alguma doença?

- a. **S**  b. **N**  **“Não, vá para B.12”**

**B.11** – Teve alguma dificuldade?

- a. **S**  b. **N**

c. Se “sim”, qual a dificuldade?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B.12** – Quando o (a) Sr. (a) está doente, e o profissional de saúde marca um exame, o (a) Sr. (a) consegue fazer?

- a. **S**  b. **N**  c. Nunca fiz exame

**“Sim, vá para B.14”**

**B.13** – Qual a dificuldade em fazer o exame?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B.14** – O (a) Sr. (a) já tentou tirar uma ficha ou marcar uma consulta e não conseguiu?

- a. **S**  b. **N**  c. Nunca consultei

**“Não, vá para B.16”**

**B.15** – Por que não conseguiu?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B.16** – Se um profissional de saúde, passa um remédio para o (a) Sr. (a) tomar, você consegue o remédio?

- a. **S**  b. **N**  c. Nunca passou remédio

**“Sim, pule para próxima seção”**

**B.17** – Qual o motivo de não conseguir o remédio?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SEÇÃO C**  
**“AUDIT ADAPTADO - RIBEIRINHOS”**

**C.1** - Com que frequência o (a) Sr. (a) consome bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca  **“NUNCA, vá próxima seção”**  
(1) Mensalmente ou menos   
(2) De 2 a 4 vezes por mês   
(3) De 2 a 3 vezes por semana   
(4) 4 ou mais vezes por semana

**C.2** – Nas ocasiões em que bebe, o que bebe? \_\_\_\_\_ I. Quantas doses o (a) Sr. (a)? **(Ver próxima página, ilustração sobre as doses - AUDIT)**

- (0) 0 ou 1   
(1) 2 ou 3   
(2) 4 ou 5   
(3) 6 ou 7   
(4) 8 ou mais

**C.3** - Quantas vezes o (a) Sr. (a) toma 6 ou mais doses em uma mesma ocasião?

- (0) Nunca   
(1) Menos do que uma vez ao mês   
(2) Mensalmente   
(3) Semanalmente   
(4) Todos ou quase todos os dias

**“Se a soma das questões C.2 e C.3 for 0, avance para as questões C.9 e C.10”**

**C.4** – Durante o último ano, quantas vezes o (a) Sr. (a) achou que não conseguiria parar de beber depois de ter começado?

- (0) Nunca   
(1) Menos que uma vez ao mês   
(2) Mensalmente   
(3) Semanalmente   
(4) Todos ou quase todos os dias

**C.5** – Durante o último ano, quantas vezes depois de ter bebido, o (a) Sr. (a) deixou de fazer alguma coisa que normalmente faria?

- (0) Nunca   
(1) Menos que uma vez ao mês   
(2) Mensalmente   
(3) Semanalmente   
(4) Todos ou quase todos os dias

**C.6** – Durante o último ano, quantas vezes o (a) Sr. (a) precisou beber pela manhã para se sentir bem depois de ter bebido muito/pesadamente no dia ou na noite anterior?

- (0) Nunca   
(1) Menos que uma vez ao mês   
(2) Mensalmente   
(3) Semanalmente   
(4) Todos ou quase todos os dias

**C.7** – Durante o último ano, quantas vezes o (a) Sr. (a) se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- (0) Nunca   
(1) Menos que uma vez ao mês   
(2) Mensalmente   
(3) Semanalmente   
(4) Todos ou quase todos os dias

**C.8** - Durante o último ano, quantas vezes o (a) Sr. (a) não foi capaz de lembrar o que aconteceu depois de ter bebido na noite anterior?

- (0) Nunca   
(1) Menos que uma vez ao mês   
(2) Mensalmente   
(3) Semanalmente   
(4) Todos ou quase todos os dias

**C.9** - Já aconteceu do (a) Sr. (a) ferir ou magoar alguém ou de te ferir ou te magoar por causa de ter bebido?

- (0) Não   
(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses   
(4) Sim, nos últimos 12 meses

**C.10** - Algum parente, amigo, médico ou outro profissional já ficou preocupado com a forma que (a) Sr. (a) bebe ou sugeriu que diminuísse?

- (0) Não   
(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses   
(4) Sim, nos últimos 12 meses

**SEÇÃO D**  
**“HÁBITO TABAGISTA”**

**D.1** – O (a) Sr. (a) é ou já foi fumante (pelo menos 100 cigarros ao longo da vida)? a. **S**

**D.1.1** – O que costuma (va) fumar?

b. **N**  **“Não, vá para seção seguinte”**

**D.2** – Com que idade o (a) Sr. (a) começou a fumar? |\_|\_| anos

**D.3** – O (a) Sr. (a) fuma cigarros atualmente?

a. **S**  **(Sim, vá para D.5)** b. **N**

**D.4** – Com que idade o (a) Sr. (a) parou de fumar pela última vez? |\_|\_| anos

**D.5** – Em geral, quantos cigarros por dia o (a) Sr. (a) fuma (ou fumava)?

|\_|\_| cigarros (se <1, marque 0)

**D.6** – Ao todo, durante quantos anos o (a) Sr. (a) fumou ou fuma?

|\_|\_| anos (se <1, marque 0)

**SEÇÃO E**  
**“ENFERMIDADES AUTO-RELATADAS”**

**E.1** – O (a) Sr. (a) diria que sua saúde é?  
a. Muito boa  b. Boa  c. Regular   
d. Ruim  e. Muito ruim

**E.2** – No último mês, o (a) Sr. (a) teve algum problema de saúde, ou um profissional de saúde lhe disse que o (a) Sr. (a) tinha algum problema?  
a. **S**  b. **N**

**“Não, vá para E.4**

**E.3** - Qual foi o problema de saúde?

	Enfermidades	Último mês
a	Malária	<input type="checkbox"/>
b	Verminoses	<input type="checkbox"/>
c	Doença de Chagas	<input type="checkbox"/>
d	Hepatite	<input type="checkbox"/>
e	Diarreia	<input type="checkbox"/>
f	Pressão alta	<input type="checkbox"/>
g	Diabetes	<input type="checkbox"/>
h	Derrame	<input type="checkbox"/>
i	Câncer	<input type="checkbox"/>
j	Reumatismo	<input type="checkbox"/>
k	Doença no coração	<input type="checkbox"/>
l	Doença nos rins	<input type="checkbox"/>
m	Doenças nos olhos	<input type="checkbox"/>
n	Alergia	<input type="checkbox"/>
o	Asma	<input type="checkbox"/>
p	Anemia	<input type="checkbox"/>
q	Gripe	<input type="checkbox"/>
r	Doenças pulmonares	<input type="checkbox"/>
s	Infecção urinária	<input type="checkbox"/>
t	Amidalite	<input type="checkbox"/>
u	Fraqueza/vertigem/tontura	<input type="checkbox"/>
v	Azia (gastura)	<input type="checkbox"/>
x	Vômitos (provocou)	<input type="checkbox"/>
z	Falta de ar	<input type="checkbox"/>
w	Cansa facilmente	<input type="checkbox"/>
aa	Pressão na cabeça	<input type="checkbox"/>
ab	Febre	<input type="checkbox"/>
ac	Torção (desmintidura)	<input type="checkbox"/>
ad	Doença mental	<input type="checkbox"/>
ae	Depressão	<input type="checkbox"/>
Outros, especifique abaixo:		
af		<input type="checkbox"/>
ag		<input type="checkbox"/>
ah		<input type="checkbox"/>
ai		<input type="checkbox"/>
aj		<input type="checkbox"/>
ak		<input type="checkbox"/>
al	Dor (especificar local da dor):	<input type="checkbox"/>

**E.4** - Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu dor ou desconforto no peito?

a. **S**  b. **N**  **“Não” vá para seção seguinte”**

**E.5** - Esta dor ou desconforto aparece quando o (a) Sr. (a) caminha rápido ou trabalha no roçado?

a. **S**  b. **N**

**E.6** - Esta dor ou desconforto aparece quando o (a) Sr. (a) caminha devagar em terreno plano?

a. **S**  b. **N**

**“ILUSTRAÇÃO AUDIT”**



**SEÇÃO F**  
**“INFORMAÇÕES SOBRE O CONSUMO DE**  
**MEDICAMENTOS”**

**F.1** – O (a) Sr. (a) usa “remédios de farmácia” por conta própria? a. **S**  b. **N**

**F.2** – O (a) Sr. (a) guarda algum “remédio de farmácia” em casa? a. **S**  b. **N**   
**“Não, vá para E.5”**

**F.3** - Onde guarda seus “remédios de farmácia” em casa (peça para mostrar o local)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

⇒ **SE POSSÍVEL, PEÇA A CAIXINHA DE MEDICAMENTOS.**

**F.4** – Características do local onde os “remédios de farmácia” são guardados na residência (**observação do entrevistador**)?

- a. Contato direto dos raios solares   
b. Contato com umidade   
c. Contato direto com calor   
d. Outras observações do entrevistador:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**F.5** - Como o (a) Sr. (a) identifica seus “remédios de farmácia”?

- a. Pela cor  b. Pelo tamanho  c. Pela forma   
d. Pelo nome  e. Pela embalagem   
f. Não identifica  g. Outro : \_\_\_\_\_

**F.6** - De um modo geral o (a) Sr. (a) costuma ler a bula dos remédios ou pede para alguém ler? a. **S**  b. **N**

**F.7** - O (a) Sr. (a) acha que os “remédios de farmácia” podem fazer mal a sua saúde? a. **S**  b. **N**

**F.8** - O (a) Sr. (a) costuma ver a validade de seus “remédios de farmácia”? a. **S**  b. **N**

**F.9** - O (a) Sr. (a) já tomou algum “remédio de farmácia” vencido? a. **S**  b. **N**  c. Não sei informar

**F.10** – Quando o “remédio de farmácia” que o (a) Sr. (a) tem em sua casa, vence, onde costuma jogar seus remédios?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F.11** - O (a) Sr. (a) costuma guardar o “remédio de farmácia” dentro das caixinhas (**embalagem secundária**)? a. **S**  b. **N**

**F.12** - O (a) Sr. (a) costuma retirar os comprimidos da cartela dos “remédios de farmácia” para guardar em outro local? a. **S**  b. **N**

**F.13** – O (a) Sr. (a) costuma aproveitar os potes de “remédios de farmácia”? a. **S**  b. **N**

**F.14** – O (a) Sr. (a) usou remédio caseiro no último mês? a. **S**  b. **N**  **“Não, vá para F.18”**

**F.15** – Qual remédio caseiro usou?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F.16** – Para que usou o remédio caseiro?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F.17** – Quem lhe ensinou usar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F.18** – Quando o (a) Sr. (a) está doente, o que prefere usar:

- a. Remédio caseiro   
b. Remédio de farmácia   
c. Remédio Caseiro e de farmácia   
d. Não uso nada

**F.19** – Por que?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F.20** - O (a) Sr. (a) tomou algum “remédio de farmácia” no último mês? a. **S**  b. **N**

**“Entrevistado (a) não tomou remédio de farmácia no último mês, VÁ PARA PRÓXIMA SEÇÃO”**

⇒ **CASO O ENTREVISTADO TENHA TOMADO REMÉDIO DE FARMÁCIA NO ÚLTIMO MÊS, PEÇA PARA MOSTRAR A RECEITA MÉDICA (SE HOUVER) E O MEDICAMENTO.**

⇒ **PREENCHA O QUADRO ABAIXO COM AS INFORMAÇÕES EMITIDAS PELO ENTREVISTADO.**

REMÉDIO DE FARMÁCIA (MEDICAMENTO ALOPÁTICO)					
Ord.	F.21	F.22	F.23	F.24	F.25
	Nome do "remédio de farmácia" (medicamento alopático)	Tempo de uso	Quem indicou?	Onde conseguiu o "remédio de farmácia"?	Para que usou?
<b>a</b>	_____	Dias <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/>	(a) Médico <input type="checkbox"/> (b) Dentista <input type="checkbox"/> (c) Farmacêutico <input type="checkbox"/> (d) Enfermeira <input type="checkbox"/> (e) ACS <input type="checkbox"/> (f) Conta própria <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/>	(a) Farmácia <input type="checkbox"/> (b) Posto de Saúde <input type="checkbox"/> (c) Hospital <input type="checkbox"/> (d) IMTC <input type="checkbox"/> (e) Policlínica <input type="checkbox"/> (f) ACS <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
<b>b</b>	_____	Dias <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/>	(a) Médico <input type="checkbox"/> (b) Dentista <input type="checkbox"/> (c) Farmacêutico <input type="checkbox"/> (d) Enfermeira <input type="checkbox"/> (e) ACS <input type="checkbox"/> (f) Conta própria <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/>	(a) Farmácia <input type="checkbox"/> (b) Posto de Saúde <input type="checkbox"/> (c) Hospital <input type="checkbox"/> (d) IMTC <input type="checkbox"/> (e) Policlínica <input type="checkbox"/> (f) ACS <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
<b>c</b>	_____	Dias <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/>	(a) Médico <input type="checkbox"/> (b) Dentista <input type="checkbox"/> (c) Farmacêutico <input type="checkbox"/> (d) Enfermeira <input type="checkbox"/> (e) ACS <input type="checkbox"/> (f) Conta própria <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/>	(a) Farmácia <input type="checkbox"/> (b) Posto de Saúde <input type="checkbox"/> (c) Hospital <input type="checkbox"/> (d) IMTC <input type="checkbox"/> (e) Policlínica <input type="checkbox"/> (f) ACS <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
<b>d</b>	_____	Dias <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/>	(a) Médico <input type="checkbox"/> (b) Dentista <input type="checkbox"/> (c) Farmacêutico <input type="checkbox"/> (d) Enfermeira <input type="checkbox"/> (e) ACS <input type="checkbox"/> (f) Conta própria <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/>	(a) Farmácia <input type="checkbox"/> (b) Posto de Saúde <input type="checkbox"/> (c) Hospital <input type="checkbox"/> (d) IMTC <input type="checkbox"/> (e) Policlínica <input type="checkbox"/> (f) ACS <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
<b>e</b>	_____	Dias <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/>	(a) Médico <input type="checkbox"/> (b) Dentista <input type="checkbox"/> (c) Farmacêutico <input type="checkbox"/> (d) Enfermeira <input type="checkbox"/> (e) ACS <input type="checkbox"/> (f) Conta própria <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/>	(a) Farmácia <input type="checkbox"/> (b) Posto de Saúde <input type="checkbox"/> (c) Hospital <input type="checkbox"/> (d) IMTC <input type="checkbox"/> (e) Policlínica <input type="checkbox"/> (f) ACS <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
<b>f</b>	_____	Dias <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/>	(a) Médico <input type="checkbox"/> (b) Dentista <input type="checkbox"/> (c) Farmacêutico <input type="checkbox"/> (d) Enfermeira <input type="checkbox"/> (e) ACS <input type="checkbox"/> (f) Conta própria <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/>	(a) Farmácia <input type="checkbox"/> (b) Posto de Saúde <input type="checkbox"/> (c) Hospital <input type="checkbox"/> (d) IMTC <input type="checkbox"/> (e) Policlínica <input type="checkbox"/> (f) ACS <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____
<b>g</b>	_____	Dias <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/>	(a) Médico <input type="checkbox"/> (b) Dentista <input type="checkbox"/> (c) Farmacêutico <input type="checkbox"/> (d) Enfermeira <input type="checkbox"/> (e) ACS <input type="checkbox"/> (f) Conta própria <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/>	(a) Farmácia <input type="checkbox"/> (b) Posto de Saúde <input type="checkbox"/> (c) Hospital <input type="checkbox"/> (d) IMTC <input type="checkbox"/> (e) Policlínica <input type="checkbox"/> (f) ACS <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____

## SEÇÃO G “DADOS NUTRICIONAIS”

H.1 - Quantas refeições o (a) Sr. (a) faz ao dia (considere café da manhã, almoço, jantar e merendas)? \_\_\_\_

H.2 - Quantas vezes por semana você come os alimentos abaixo?

Ord.	ALIMENTOS	Nunca quase nunca	1x/ mês	2 x/ mês	1x/ sem	2-3 x/ sem	4-5x/ sem	Todos os dias
1	Carne vermelha (boi)							
2	Carne vermelha (porco)							
3	Carne vermelha (caça)							
4	Carne de aves (Frango, galinha, pato)							
5	Peixes							
6	Ovos							
7	Feijão							
8	Arroz ou macarrão							
9	Farinhas e pães (mandioca, beiju, rosca)							
10	Leite							
11	Verduras de folhas (alface, couve, etc)							
12	Legumes (cenoura, jerimum, beterraba, etc)							
13	Legumes tubérculos (macaxeira, cará, batata)							
14	Frutas ou suco de fruta natural							
15	Açaí							
16	Pupunha							
17	Tucumã							
18	Guaraná natural							
19	Castanha							
20	Açúcar							
21	Doces (bombons, chiclete, pirulito)							
22	Produtos industrializados (carne enlatada, salsicha enlatada, salgadinhos, etc)							

### SEÇÃO H “SCREENING PARA FRAGILIDADE” (Idosos ≥ de 60 anos)

I.1 - Nos últimos 12 meses, o (a) Sr. (a) se sente mais enfraquecido (a), acha que sua força diminuiu? a. **S**  b. **N**

I.2 - Atualmente, o (a) Sr. (a) faz menos atividades físicas do que fazia há 12 meses atrás (há um ano)? a. **S**  b. **N**

I.3 - Atualmente, o (a) Sr. (a) acredita que está caminhando mais devagar do que há 12 meses atrás (há um ano / demora mais tempo para fazer o mesmo percurso que fazia antes, como ir à igreja, na cidade, etc)? a. **S**  b. **N**

I.4 - Com que frequência, na última semana, o (a) Sr. (a) sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas (iniciava alguma coisa mas não conseguia terminar):  
a. Nunca ou raramente (< de 1 dia) |  
b. Poucas vezes (1-2 dias) | c. Algumas vezes (3-4 dias) |  
d. A maior parte de tempo

I.5 - Com que frequência, na última semana, a realização de suas atividades rotineiras exigiram do (a) Sr. (a) um grande esforço para serem realizadas:  
a. Nunca ou raramente (< de 1 dia) |  
b. Poucas vezes (1-2 dias) | c. Algumas vezes (3-4 dias) |  
d. A maior parte de tempo

### SEÇÃO I “DADOS ANTROPOMÉTRICOS, PRESSÃO ARTERIAL, GLICEMIA CAPILAR E TIPAGEM SANGUÍNEA”

J.1 – Pressão arterial:

a. (1) \_\_\_x\_\_\_ mmHg      b. (2) \_\_\_x\_\_\_ mmHg  
c. (3) \_\_\_x\_\_\_ mmHg

J.2 - Impossibilitado de realizar medidas antropométricas: Motivo? \_\_\_\_\_

J.3 - Estatura \_\_\_\_\_ cm      J.4 – Peso \_\_\_\_\_ kg

J.5 - Circunferência da cintura \_\_\_\_\_ cm

J.6 – C. quadril \_\_\_\_\_ cm      J.7 – C. braço \_\_\_\_\_ cm

J.8 – C. panturrilha \_\_\_\_\_ cm      J.9 - FC: \_\_\_\_\_ bpm

J.10 - Há quanto tempo o (a) Sr. (a) se alimentou a última vez? | \_\_\_ | \_\_\_ | horas e | \_\_\_ | \_\_\_ | minutos

J.11 – O que o (a) Sr. (a) comeu na sua última refeição? \_\_\_\_\_

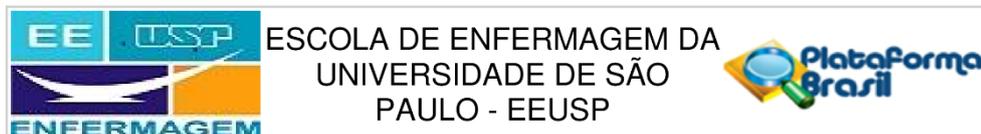
J.12 – Glicemia capilar \_\_\_\_\_

J.13 – Você sabe qual o seu tipo sanguíneo?

a. **S**       b. **N**       c. Qual? \_\_\_\_\_

J.14 – Tipo sanguíneo: ABO | \_\_\_ | Rh | \_\_\_ |

## ANEXO 2 – PARECER DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AUTOMEDICAÇÃO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES - AMAZONAS

**Pesquisador:** Abel Santiago Muri Gama

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 33560914.0.0000.5392

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 744.119

**Data da Relatoria:** 05/08/2014

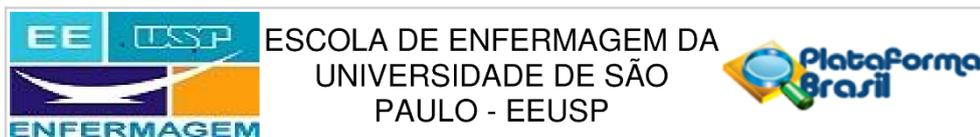
#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo com vistas a investigar os fatores associados à prática da automedicação em comunidades ribeirinhas na região do Médio Solimões – Amazonas. O projeto apresenta revisão bibliográfica suficiente e atualizada sobre a problemática da automedicação com medicamentos alopáticos ou fitoterápicos tradicionais e as vulnerabilidades associadas ao acesso e a utilização dos serviços de saúde.

Trata-se de um estudo transversal de base populacional e quantitativo. A pesquisa terá como lócus de investigação, as comunidades ribeirinhas do município de Coari – Amazonas, localizado na região do Médio Solimões. A amostra do estudo foi estimada em 358 participantes, baseada em uma amostra probabilística estratificada a partir da população cadastrada no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Foram definidos como critérios de inclusão os indivíduos com 18 anos ou mais residentes das comunidades ribeirinhas. E de exclusão: os indivíduos com déficit cognitivo, distúrbio psiquiátrico, ou que não assinem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os dados serão coletados por meio da aplicação pela equipe de entrevistadores de um instrumento estruturado (anexo ao projeto), organizado em três eixos: caracterização dos informantes e condições de moradia; situação de saúde e utilização dos serviços; e a prática da

**Endereço:** Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br



Continuação do Parecer: 744.119

automedicação. Para a análise dos dados, os medicamentos alopáticos serão classificados segundo a “Classificação Anatômico-Terapêutica-Química (ATC) adotado pela OMS; e os medicamentos fitoterápicos tradicionais serão analisados conforme o tipo de produto, sua indicação e forma de preparo. Os dados serão digitados no SPSS e serão submetidos à análise estatística.

A proposta apresenta o cronograma de execução com término previsto para dezembro de 2017. O orçamento detalhado perfaz um total de R\$ 29.960,00 e foi submetido para agência de financiamento.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral:

Analisar a automedicação e fatores associados em indivíduos que vivem em comunidades ribeirinhas na região do Médio Solimões – Amazonas.

Objetivos específicos:

Sub-projeto 1

- Verificar a prevalência da automedicação em indivíduos que vivem em comunidades ribeirinhas.
- Investigar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à automedicação.

Sub-projeto 2

- Identificar os principais motivos que levaram a automedicação.
- Identificar classes terapêuticas dos medicamentos alopáticos mais utilizados na automedicação.

Sub-projeto 3

- Identificar os fitoterápicos tradicionais utilizados com maior frequência pelos ribeirinhos.
- Comparar o uso efetivo da fitoterapia com o uso descrito na literatura.
- Analisar a capacidade resolutive na utilização dos fitoterápicos segundo a percepção do ribeirinho.

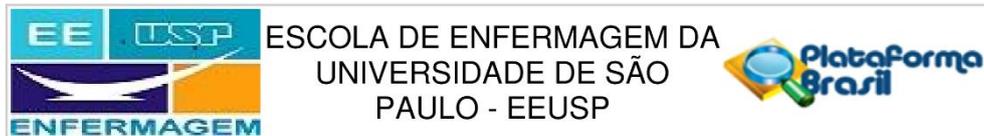
Sub-projeto 4

- Analisar o acesso e a utilização de serviços de saúde.
- Verificar a relação entre acesso aos serviços de saúde e automedicação.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto apresenta baixo risco aos participantes da pesquisa. Quanto aos benefícios poderá contribuir para a produção de conhecimento sobre os fatores associados à automedicação em comunidades ribeirinhas, o que é também poderá ser estratégico para os demais municípios localizados na região da Amazônia Legal brasileira. No âmbito do Sistema Único de Saúde, os

**Endereço:** Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br



Continuação do Parecer: 744.119

processos de educação permanente dos agentes comunitários de saúde e as orientações aos ribeirinhos sobre os riscos da automedicação também serão aperfeiçoados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está estruturado de forma adequada e contempla os aspectos éticos. O tema e objeto de investigação são relevantes para o campo da Saúde Coletiva e poderão contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de saúde dos profissionais da Atenção Básica, em especial os agentes comunitários de saúde.

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

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) está redigido em linguagem adequada e em formato de convite aos participantes da pesquisa. Informa o objetivo do estudo, assegura o anonimato e a liberdade de participação. Informa ainda os telefones de contato e e-mail do pesquisador e dos Comitês de Ética em Pesquisa da UFAM e da EEUSP e que o mesmo será assinado em duas vias, sendo uma via para o pesquisador e outra para o participante. O tempo estimado para responder o questionário não foi informado.

**Recomendações:**

Incluir no TCLE o tempo estimado para a aplicação do questionário.

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

O projeto está em consonância com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e não apresenta óbices éticos para sua realização.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-parceira para o início da pesquisa.

Reitera-se a necessidade de registro dos relatórios, parcial e final, na Plataforma Brasil.

**Endereço:** Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

Página 03 de 04



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - EEUSP



Continuação do Parecer: 744.119

SAO PAULO, 08 de Agosto de 2014

---

**Assinado por:**  
**Marcelo José dos Santos**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
**Bairro:** Cerqueira Cesar      **CEP:** 05.403-000  
**UF:** SP      **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3061-7548      **Fax:** (11)3061-7548      **E-mail:** edipesq@usp.br

Página 04 de 04

## ANEXO 3 – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) para participar da pesquisa “**AUTOMEDICAÇÃO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES – AMAZONAS**”, sob a responsabilidade do pesquisador **Abel Santiago Muri Gama** que pretende analisar a frequência de automedicação e os seus motivos entre moradores de comunidades ribeirinhas na região do médio Solimões, Coari - Amazonas.

Sua participação é voluntária, e, em caso de aceite, será preenchido um questionário, com perguntas a respeito da automedicação. O questionário será aplicado pela equipe da pesquisa, a ser respondido pelo entrevistado.

Se você aceitar a participar desta pesquisa, estará contribuindo para melhor orientação dos ribeirinhos quanto aos riscos da automedicação por medicamentos e plantas medicinais.

O desconforto envolvido na sua participação será a interrupção de suas atividades domiciliares ou de trabalho e o tempo para responder o questionário. No entanto, se o (a) senhor (a) necessitar, os pesquisadores poderão agendar, conforme sua disponibilidade, local e horários adequados para que não ocorra prejuízo as suas atividades diárias.

Se depois de consentir em sua participação o (a) Senhor (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O (a) senhor (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no End. Estrada Coari/Mamiá, 305 – Bairro: Espírito Santo, CEP: 69460-000, Coari- Amazonas, fones/fax: (97) 3561-3025, e 3561- 2363, e e-mail: abelgama@usp.br ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-Amazonas, telefone: (92)3305-5130; ou Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, telefone: (11) 3061-7548, e-mail: edipesq@usp.br.

#### Consentimento Pós-informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando eu quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Digital (Polegar direito)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador (a) Responsável