



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ASSOCIAÇÃO AMPLA UEPA/UFAM



FUNCIONALIDADE E REDE DE APOIO SOCIAL DA PESSOA IDOSA
RIBEIRINHA DO MUNICÍPIO DE PARINTINS, AMAZONAS

Manaus-AM
2025

CLIVIANE FARIAS CORDEIRO

**FUNCIONALIDADE E REDE DE APOIO SOCIAL DA PESSOA IDOSA
RIBEIRINHA DO MUNICÍPIO DE PARINTINS, AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual 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: Educação e Cuidado em Saúde e Enfermagem na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. Deyvylan Araujo Reis.

**Manaus-AM
2025**

Ficha Catalográfica

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

C794f Cordeiro, Cliviane Farias
 Funcionalidade e Rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha do
 município de Parintins, Amazonas / Cliviane Farias Cordeiro. - 2025.
 134 f. : il., color. ; 31 cm.

 Orientador(a): Deyvylan Araujo Reis.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa
 de Pós-Graduação em Enfermagem, Manaus, 2025.

 1. Saúde da pessoa idosa. 2. Saúde rural. 3. Apoio social. 4. Capacidade
 funcional. I. Reis, Deyvylan Araujo. II. Universidade Federal do
 Amazonas. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título

CLIVIANE FARIAS CORDEIRO

**FUNCIONALIDADE E REDE DE APOIO SOCIAL DA PESSOA IDOSA RIBEIRINHA
DO MUNICÍPIO DE PARINTINS, AMAZONAS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Associação UEPA/UFAM da Universidade Federal do Amazonas, como parte do requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Enfermagem no Contexto da Sociedade Amazônica.

Aprovado em: 10 de dezembro de 2025.

Examinada por:

Profº Dr. Deyvylan Araujo Reis
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Profº Dra. Fernada Farias de Castro
Universidade do Estado do Amazonas – UEA

Profº Dr. Abel Santiago Muri Gama
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos **meus pais**, pilares da minha vida e os maiores incentivadores da minha caminhada. Cada conquista minha carrega a força do exemplo de vocês, este título é, antes de tudo, de vocês.

As **pessoas idosas** que participaram deste estudo, sem vocês, este trabalho não seria possível.

E ao **meu futuro eu** deixo os frutos desta jornada feita de renúncias, fé e coragem. Que nunca me falte gratidão pelo caminho percorrido e esperança pelo que ainda está por vir.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, por ser meu alicerce, minha proteção e direção na vida. Em momentos de angústia, medo e incertezas me acompanhou, e só nós sabemos como foi o processo desta caminhada, agradeço a realização de mais esse sonho, que tudo seja dado graças a ti.

Aos **meus pais, Cleidiane Farias e Adriano Cordeiro**, que sempre foram minha base e inspiração. Obrigada por lutarem pela minha educação e me incentivarem a nunca desistir dos meus sonhos. Durante a pesquisa, vocês estiveram ao meu lado em cada detalhe, nas madrugadas silenciosas, nas idas até as embarcações. Cada gesto de amor e dedicação tornou este caminho possível.

Aos **meus irmãos**, pelo apoio e incentivo durante essa jornada. Em especial ao meu irmão **Cleandro Farias** e à minha cunhada **Renata Marinho**, que me acolheram com tanto carinho em sua casa e me permitiram viver esse momento em família. Agradeço imensamente por todo apoio e por tornarem esses anos mais leves e significativos.

Ao meu noivo **Alex Bruno Menezes** por ser meu porto seguro, por me motivar, me ouvir e por caminhar ao meu lado em cada desafio. Seu amor e apoio tornaram esta conquista alcançável.

À **Universidade Federal do Amazonas e à Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do Amazonas** pela oportunidade de cursar o mestrado e pelo apoio financeiro para a realização da pesquisa.

Ao meu orientador **Prof. Dr. Deyvylan Araujo Reis**, agradeço pela dedicação e pelo compromisso em guiar minha trajetória acadêmica. Seus ensinamentos e incentivo desde a graduação foram essenciais para meu crescimento.

Ao **Prof. Adriano Pereira** pelo auxílio na parte estatística da construção desta dissertação.

Aos membros da Banca, **Dr. Abel Muri Gama, Dra. Fernanda Farias e a Dra. Fabíola Santos**, pelas contribuições nesta pesquisa.

Aos professores do **PPGENF-UEPA-UFAM**, que contribuíram na construção de conhecimento enquanto mestranda, obrigada por cada ensinamento repassado.

As **pessoas idosas ribeirinhas** por terem me recebido em suas residências com tanto carinho e por fazerem este estudo possível.

As **comunidades ribeirinhas: Vila Amazônia, Maranhão, Zé Açú, Caburi e Mocambo**, pela recepção pelo carinho durante a estadia nas comunidades.

A Unidade de Saúde da comunidade da Vila Amazônia, em nome da enfª **Kelren**, Enfª **Adriely**, toda a direção e os ACS (**Fernanda**, **Domercila**, **Rozenilza**, **Rosaine**, **Marlon**, **Telione** e **Marta**), que não mediram esforços para ajudar durante a coleta de dados, são profissionais e equipes excelentes.

A **Unidade de Saúde da comunidade do Maranhão** e toda a direção, ACS (**Arcangelo** e **Jucimar**) à Tec. enf. **Dayelle**, Tec. enf. **Larissa** e Enf. **Lorenzo** por terem me acolhido em sua residência durante minha permanência na comunidade do Maranhão e por terem me dado todo apoio para a realização da pesquisa.

A **dona Graça e sua família** por terem me acolhido em sua residência durante minha permanência na comunidade do Zé Açú com tanto carinho e hospitalidade.

Aos meus tios **Antônio Matos** e **Jane Matos**, por me acolherem em sua residência durante as viagens na comunidade de Vila Amazônia.

A **Ananda** pela ajuda durante minha permanência na comunidade do Mocambo, e à **Iluane Souza** pelo auxílio durante minha permanência na comunidade do Caburi.

Aos colegas do mestrado, em especial a enfermeira **Diandra** e enfermeira **Patrícia Franco** por cada momento de companheirismo, risadas, desabafos e incentivo que fez toda diferença nessa jornada desafiadora.

As mestres em enfermagem, **Ana Maria Souza** e **Vanessa Gomes** por compartilharem suas experiências e conselhos oferecendo direcionamento essencial durante esta caminhada. A mestre **Anathuza Veiga** por suas palavras de incentivo e encorajamento.

As minhas amigas enfermeiras, **Jarlene Mesquita**, **Amanda Melo**, **Beatriz Nunes** e **Alessandra Carvalho** que mesmo distantes mandavam palavras positivas.

A **todos** que não mencionei, mas que me ajudaram de forma direta ou indireta, muito obrigada!

RESUMO

Introdução: Esta investigação tem como objeto de estudo a funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha. O interesse em estudar a temática, surgiu pela inquietação científica e a vivência da pesquisadora em comunidades rurais, observando o modo de vida, difícil acesso a saúde, a falta de recursos humanos qualificados dos profissionais de saúde, adversidades em relação a logística e território geográfico enfrentados por esses povos tradicionais, em especial as pessoas idosas. **Objetivo:** Investigar a funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa das comunidades ribeirinhas do município de Parintins do Estado do Amazonas. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo e transversal com abordagem quanti-qualitativa. Com amostra probabilística, sendo constituída por 222 pessoas idosas cadastradas na Estratégia Saúde da Família de cinco comunidades rurais do município de Parintins no Amazonas. A coleta de dados foi realizada no domicílio por meio da aplicação do formulário elaborado especificamente para a pesquisa e dois instrumentos validados e adaptados para versão brasileira, sendo o Índice de Katz e Escala de Lawton para a abordagem quantitativa. E para a abordagem qualitativa realizou-se através de um roteiro de entrevista com as pessoas idosas dependentes contendo informações sobre rede de apoio social informal e formal. As análises seguiram a seguinte lógica: Os dados foram organizados em uma planilha do *Microsoft Excel* 2019, posteriormente analisados com base na estatística descritiva e inferencial para a abordagem quantitativa por meio do resultado gerado no programa SPSS, a análise de associação foi realizada por meio do teste *Qui-quadrado*, com significância de 5%. E para a abordagem qualitativa, os dados foram analisados através da análise de conteúdo de Bardin, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados. **Resultados:** Dos 222 participantes do estudo, 50,9% eram do sexo feminino, a faixa etária mais predominante dos participantes foi a de 60 a 69 anos de idade. No que se refere ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes possuía baixa escolarização, sendo que 71,2% não haviam concluído o ensino fundamental. Observou-se que 86,5% das pessoas idosas encontravam-se aposentados. Em relação a condição de saúde, verificou-se que as doenças do aparelho circulatório foram as mais prevalentes entre os participantes (58,1%). Quanto ao uso de medicamentos, o fármaco mais consumido foi a losartana (32%). A avaliação funcional das pessoas idosas, a partir das atividades da vida diária, constatou-se que na ABVD maioria foram independente (91,9%), no entanto, em relação a AIVD indicou dependência (73%), e em relação a AAVD foram caracterizados com participação satisfatória, somente o domínio produtivo foi o mais prejudicado. Dos dados analisados, foi encontrada associação estatística entre idade, doença crônica, uso de medicamento com as ABVD e AIVD, internação com ABVD, nº de medicamento com ABVD e associação dos itens da AIVD com ABVD. Os resultados da abordagem qualitativa foram analisados através da técnica Análise de Conteúdo proposta por Bardin, sendo apreendidas três categorias: Concepção sobre rede de apoio social, Rede de apoio social informal e Rede de apoio social formal. **Considerações finais:** Os resultados evidenciam a complexa realidade das pessoas idosas ribeirinhas, marcadas por limitações socioeconômicas, prevalência de doenças crônicas e dependência funcional em algumas atividades. Assim, destaca-se a importância de políticas públicas que promovam um envelhecimento ativo, considerando as especificidades da população ribeirinha.

Descritores: Saúde da pessoa idosa, Saúde rural, Apoio social, Capacidade funcional.

ABSTRACT

Introduction: This investigation aims to study the functionality and social support network of elderly riverside people. The interest in studying the topic arose due to scientific concern and the researcher's experience in rural communities, observing the way of life, difficult access to healthcare, the lack of qualified human resources for healthcare professionals, adversities in relation to logistics and geographic territory faced by these traditional people, especially elderly people. **Objective:** Investigate the functionality and social support network of elderly people in riverside communities in the municipality of Parintins in the State of Amazonas. **Method:** this is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative-qualitative approach. The probabilistic sample consisted of 222 elderly individuals registered in the Family Health Strategy of five rural communities in the municipality of Parintins, Amazonas. Data collection was conducted at home through the application of a form specifically designed for the research and two validated instruments adapted for the Brazilian version, namely the Katz Index and the Lawton Scale for the quantitative approach. For the qualitative approach, interviews were conducted with dependent elderly individuals using a guide containing information about informal and formal social support networks. The analyses followed the following logic: Data were organized in a Microsoft Excel 2019 spreadsheet and later analyzed based on descriptive and inferential statistics for the quantitative approach using results generated in the SPSS program, and the association analysis was carried out through the Chi-square test, with a significance a level 5%. For the qualitative approach, the data were analyzed using Bardin's content analysis, material exploration, and results treatment. **Results:** Of the 222 study participants, 50.9% were female, and the most predominant age group was 60 to 69 years old. Regarding education level, most participants had low levels of education, with 71.2% not having completed primary school. It was observed that 86.5% of the elderly individuals were retired. Concerning health conditions, diseases of the circulatory system were the most prevalent among participants (58.1%). Regarding medication use, the most commonly consumed drug was losartan (32%). The functional assessment of elderly individuals, based on activities of daily living (ADLs), revealed that the majority were independent in ADLs (91.9%), however, regarding IADLs, dependence was indicated (73%), and regarding AAVDs, participation was satisfactory; only the productive domain was the most impaired. From the analyzed data, a statistical association was found between age, chronic disease, medication use with ADLs and IADLs, hospitalization with ADLs, number of medications with ADLs, and the association of IADL items with ADLs. The results of the qualitative approach were analyzed using the Content Analysis technique proposed by Bardin, resulting in 3 categories: Conception of social support network, Informal social support network, and Formal social support network. **Final considerations:** The results highlight the complex reality of elderly people living along riverbanks, marked by socioeconomic limitations, a prevalence of chronic diseases, and functional dependence in some activities. Therefore, the importance of public policies that promote active aging, considering the specific needs of the riverside population, is emphasized.

Descriptors: Elderly health, Rural health, Social support, Functional capacity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos participantes do estudo. Parintins, Amazonas 2025	51
Tabela 2: Distribuição das pessoas idosas segundo o domicílio. Parintins, Amazonas, 2025	53
Tabela 3: Distribuição das pessoas idosas segundo o tipo de família. Parintins, Amazonas, 2025	54
Tabela 4: Distribuição das pessoas idosas segundo o hábito de vida relacionada ao tabagismo e etilismo, quedas e internações. Parintins, Amazonas, 2025	55
Tabela 5: Distribuição das pessoas idosas segundo as doenças crônicas não-transmissíveis de acordo com os capítulos da CID-10. Parintins, Amazonas, 2025	56
Tabela 6: Distribuição das pessoas idosas ribeirinhas segundo as variáveis dos domínios da AAVD. Parintins, Amazonas, 2025.....	58
Tabela 7: Distribuição das pessoas idosas ribeirinhas segundo as variáveis da ABVD. Parintins, Amazonas, 2025	60
Tabela 8: Distribuição das pessoas idosas ribeirinhas conforme o grau de dependência pela classificação da escala de Katz. Parintins, Amazonas, 2025	60
Tabela 9: Distribuição das pessoas idosas ribeirinhas segundo os itens da escala de Lawton para AIVD. Parintins, Amazonas, 2025	61
Tabela 10: Distribuição das pessoas idosas ribeirinhas conforme o grau de dependência pela classificação da escala de Lawton. Parintins, Amazonas, 2025	62
Tabela 11: Análise da associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e domicílio das pessoas idosas ribeirinhas. Parintins, Amazonas, 2025	63
Tabela 12: Análise da associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e domicílio das pessoas idosas ribeirinhas. Parintins, Amazonas, 2025	64
Tabela 13: Análise da associação entre os itens da ABVDs com AIVDs das pessoas idosas ribeirinhas. Parintins, Amazonas, 2025	66

Tabela 14: Análise da associação entre os itens da AIVDs com ABVDs das pessoas idosas ribeirinhas. Parintins, Amazonas, 2025.....	67
Tabela 15: Caracterização dos participantes da abordagem qualitativa do estudo. Parintins, Amazonas 2025	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição das pessoas idosas segundo a autoavaliação de saúde. Parintins, Amazonas, 2025	54
Gráfico 2: Distribuição das pessoas idosas segundo a classificação por domínios da AVVD. Parintins, Amazonas, 2025.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição de frequência e porcentagem da quantidade de pessoas idosas de cada comunidade ribeirinha do município de Parintins do Estado do Amazonas, 2025.....	43
Quadro 2: Distribuição de frequência de tamanho amostral por comunidade, 2025.	44
Quadro 3: Distribuição das pessoas idosas segundo a quantidade de doença crônica e o sexo. Parintins, Amazonas, 2025.....	57
Quadro 4: Distribuição dos medicamentos utilizados pelas pessoas idosas ribeirinhas, segundo a classificação ATC nível 1. Parintins, Amazonas, 2025.....	57
Quadro 5: Categorias e subcategorias da análise das entrevistas. Parintins, Amazonas, 2025.....	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Componentes da CIF.....	28
Figura 2: Município de Parintins do Estado do Amazonas.....	38
Figura 3: Localização do Município de Parintins- Amazonas.....	38
Figura 4- Comunidade de Bom Socorro do Zé Açú	39
Figura 5- Comunidade Santa Maria da Vila Amazônia	40
Figura 6- Comunidade Agrovila do São João do Mocambo	40
Figura 7- Comunidade São Sebastião do Caburi.....	41
Figura 8- Comunidade Nossa Senhora das Graças do Maranhão	42

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD - Atividade Básica da Vida Diária
AAVD - Atividade Avançada da Vida Diária
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIVD - Atividade Instrumental da Vida Diária
AVD- Atividade de Vida Diária
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade
DCNT - Doença Crônica Não Transmissível
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS - Organização Mundial da Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFAM – Universidade Federal do Amazonas
ISB - Instituto de Saúde e Biotecnologia
UEPA- Universidade Estadual do Pará
BPC- Benefício de Prestação Continuada
SUAS- Sistema Único de Assistência Social
CRAS- Centro de Referência de Assistência Social
CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DM- Diabetes Mellitus
ATC- Classificação Anatômica Terapêutica Química
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
ESF- Estratégia Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	24
2.1	Geral:	24
2.2	Específicos:	24
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
3.1	Envelhecimento populacional e ribeirinho	26
3.2	Funcionalidade na pessoa idosa	27
3.3	Rede de apoio social	31
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
4.1	Tipologia do estudo	37
4.2	Local do estudo	37
4.2.1.	Comunidade de bom socorro do zé açu	39
4.2.2.	Comunidade santa maria da vila amazônia	40
4.2.3.	Comunidade agrovila do são joão do mocambo	40
4.2.4.	Comunidade são sebastião do caburi	41
4.2.5.	Comunidade nossa senhora das graças do maranhão	42
4.3	População e amostra	42
4.4	Critérios de elegibilidade do estudo	44
4.5	Procedimento de coleta de dados	45
4.6	Instrumento da coleta de dados	45
4.7	Análise dos dados	47
4.9	Aspectos éticos	49
5	RESULTADOS	51
5.1	Caracterização sociodemográfica e socioeconômica dos participantes do estudo	51
5.2	Característica do domicílio e o tipo de família dos participantes do estudo	53
5.3	Característica da condição de saúde dos participantes do estudo	54
5.4	Distribuição dos participantes do estudo segundo as variáveis das AAVD, ABVD e AIVD.	58
5.5	ASsociação das variáveis dos dados demográficos, socioeconômicos, domicílio, condições de saúde com desempenho das ABVD e AIVDS dos participantes do estudo.	62
5.6	Associação dos itens da ABVD com AIVD e associação dos itens da AIVD com a ABVD dos participantes do estudo	65

5.7 Rede de apoio social dos participantes do estudo.....	68
5.7.1 Características dos participantes do estudo.	68
5.7.2 Rede de apoio social das pessoas idosas ribeirinhas	70
5.7.3 Concepção sobre rede de apoio social.....	70
5.7.3.1 Concepção sobre rede de apoio social relacionado à família	70
5.7.3.2 Concepção sobre rede de apoio social relacionado à crença espiritual	71
5.7.3.3 Concepção sobre rede de apoio social relacionado ao tratamento da doença	72
5.7.3.4 Concepção sobre rede de apoio social relacionado ao apoio da comunidade	72
5.7.4 Rede de apoio social informal	73
5.7.4.1 Duração do apoio informal oferecido	73
5.7.4.2 Relação familiar.....	74
5.7.4.3 Apoio informal oferecido durante enfermidade	75
5.7.4.4 Apoio informal oferecido para cuidados pessoais e serviços domésticos	75
5.7.4.5 Apoio financeiro e auxílio para atividades externas.....	76
5.7.4.6 Atividades sociais e de lazer.....	77
5.7.5 Rede de apoio social formal	78
5.7.5.1 Apoio recebido	78
5.7.5.1.1 Apoio formal recebido pela equipe de saúde.....	78
5.7.5.1.2 Apoio formal recebido pelos membros da igreja.....	79
5.7.5.2 Duração do apoio formal	79
5.7.5.3 Participação em grupos na comunidade	80
6 DISCUSSÃO.....	82
6.1 Dificuldades vivenciadas durante a coleta de dados	92
7 PRODUÇÃO CIENTÍFICA.....	95
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	110
ANEXOS.....	122



Fonte: Arquivo da pesquisa

(Imagem do rio em frente a comunidade Maranhão)

1 Introdução

(Confia ao senhor as tuas obras, e os teus pensamentos serão estabelecidos) Provérbios 16:3

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e inevitável, o resultado dessa ação é a mudança na capacidade biológica, fisiológica, psicológica e metabólica do indivíduo. É necessário que o envelhecimento seja acompanhado de hábitos de vida saudáveis, como fazer regularmente uma atividade física, participar de atividades interativas e possuir bons hábitos alimentares, com a intenção de promover uma velhice ativa. Esta fase da vida ocorre de forma diferente e em ritmo diversificado para cada indivíduo, em que alguns conseguem viver mais e possuem uma qualidade de vida melhor do que outros (Aires, I.O. *et al.*, 2019).

A população brasileira tem vivenciado a experiência da inversão da pirâmide populacional, ao observar o aumento da proporção de pessoas com 60 anos ou mais conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, as pessoas idosas representam 15,6%, o que corresponde a 32 milhões de indivíduos, um aumento de 56% em relação a 2010 (IBGE, 2023).

Em virtude desse envelhecimento populacional, um novo panorama epidemiológico se apresenta, caracterizando-se por diversas doenças crônicas e suas complicações. A elevação da expectativa de vida e, por conseguinte, da população idosa foi concomitante ao avanço da quantidade das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e das incapacidades, fazendo com que o perfil epidemiológico das pessoas idosas se torne particular e com potencial risco de comprometer a capacidade funcional dessa população (Ferraz; Reis; Lima, 2017).

Nesse sentido, observa-se uma grande problemática, pois o aumento da expectativa de vida se relaciona com o aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que está ligado à dependência funcional e incapacidade que a pessoa idosa pode adquirir. Com ou sem a presença de doenças crônicas, o processo de envelhecer acarreta alguma perda funcional, como, perda cognitiva e sensorial, e isso pode afetar a funcionalidade dos adultos mais velhos em atividades do cotidiano (Veras; Oliveira, 2018).

Dessa forma, funcionalidade refere-se a presença de autonomia e independência, consentindo que a pessoa cuide de si e de diferentes aspectos da sua vida, em que a autonomia é a capacidade de decidir algo considerando as questões cognitivas e motivacionais, e a independência é a capacidade de executar algo considerando as questões de mobilidade e comunicação (Silva V.L. *et al.*, 2023).

A funcionalidade humana é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação do indivíduo. Na qual, se utiliza uma classificação, a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), uma classificação que se associa, de maneira sistemática, aos domínios relacionados à saúde. Cada componente contém os domínios, que são agrupados de

acordo com as suas características comuns e determinados segundo essas características (Farias; Buchalla, 2005).

Essa funcionalidade são atividades diárias que a pessoa idosa realiza de forma independente, sendo avaliada por meio do nível de execução das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD) (Santiago *et al.*, 2016). Tais atividades são fundamentais para garantir a autonomia e a subsistência do indivíduo no meio social.

Contudo, ao avaliar a pessoa idosa, precisa levar em conta o processo de envelhecimento, os fatores intrínsecos e extrínsecos que irão determinar como será esse processo. O fator intrínseco está relacionado ao indivíduo e às mudanças que ocorrem com a idade, e o fator extrínseco está relacionado ao ambiente. Quando se compara a pessoa idosa do ambiente urbano com a do meio rural, percebe-se que há mudanças nos fatores extrínsecos. Isto ocorre porque a população rural executa atividades diversas como, pescar, subir em açazeiros para apanhar os frutos, carregar pesados paneiros de açaí sobre os ombros de uma localidade a outra, o que influencia no processo de envelhecimento do indivíduo (Araújo *et al.*, 2019).

O envelhecimento no contexto rural brasileiro é uma temática pouco estudada, a priori afastada dos olhares de pesquisadores e da sociedade por ser considerada uma realidade particular, pouca explorada cientificamente, haja vista que a população idosa rural no Brasil foi estimada em 15,7% contra os 84,3% da zona urbana. Em consequência da pouca visibilidade, o cenário da vida da pessoa idosa no campo perpassa pelo senso comum, pelo imaginário social, pela visão deturpada da realidade e pela prevalência de concepções estigmatizadas (Garbaccio *et al.*, 2018).

Ao observar os desafios enfrentados pela pessoa idosa, nota-se a necessidade de atentar para o seu convívio social e para o envolvimento em atividades de lazer, aspectos que assumem grande relevância em sua qualidade de vida. Tais atividades contribuem para o bem-estar e para um envelhecimento bem-sucedido, uma vez que a manutenção de uma vida ativa e produtiva proporciona à pessoa idosa um propósito existencial. Essa dimensão está relacionada a uma das seis categorias do bem-estar psicológico, referindo-se à percepção de que a vida possui sentido e direção, especialmente quando os objetivos pessoais podem ser alcançados (Ribeiro; Neri; Yassuda, 2018).

Nesse contexto, destaca-se a importância da existência de uma rede de apoio social, a qual pode ser classificada em formal e informal. As redes formais abrangem políticas públicas direcionadas à população idosa, incluindo serviços de atenção à saúde, instruções jurídicas voltadas à garantia de direitos, órgãos da previdência social, entre outros. Por sua vez, as redes

informais abordam o suporte oferecido pela família, pela comunidade, pelos amigos e pelos vizinhos (Andrade, 2019).

Neste aspecto a realização de um estudo a respeito da funcionalidade e rede de apoio social à pessoa idosa ribeirinha se mostra necessária para retratar resultados fidedignos e uma melhor compreensão dos fatores que influenciam a longevidade.

O interesse em estudar a funcionalidade e rede de apoio social de pessoas idosas ribeirinhas surgiu pela inquietação científica e vivência da pesquisadora em comunidades, observando o modo de vida, difícil acesso à saúde, falta de recursos humanos qualificados, adversidades em relação à logística e ao território geográfico enfrentadas por esses povos tradicionais, especificamente em pessoas idosas.

A experiência familiar da pesquisadora reforçou o interesse em querer desenvolver estudo sobre a temática, em que a maioria dos seus familiares, incluindo a avó materna e os tios, reside nas comunidades rurais de Parintins. Outro fato, é vivenciar os aspectos que envolvem a pessoa idosa ribeirinha, como os agravos de saúde e as limitações físicas e cognitivas decorrentes do próprio envelhecimento.

Outra motivação da realização do estudo é que a pesquisadora é moradora e habitante parintinense, que desde o início da sua graduação no curso de Enfermagem no Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas, localizado em outro município do Amazonas chamado de Coari, demonstrava interesse em realizar uma pesquisa no seu município com pessoas idosas, o que na época não foi possível realizar.

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem Associado com a Universidade do Estado do Amazonas (UEPA) e a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), fez resgate à vontade em desenvolver uma pesquisa com as pessoas idosas e contribuir cientificamente para o município, como pesquisadora. Outro fato que importa registrar é que a pesquisadora desde criança acompanhava o trabalho da sua mãe com os adultos mais velhos no Centro de Convivência do Idoso de Parintins e muitas vezes presenciava as atividades realizadas e situações vivenciadas com as pessoas idosas.

No que se refere aos profissionais de saúde e à comunidade científica, o estudo poderá contribuir para o avanço de pesquisas sobre a saúde da pessoa idosa e embasar pesquisas futuras sobre o tema em questão. Portanto, realizar esta pesquisa é importante para compreensão sobre os aspectos que envolvem a pessoa idosa ribeirinha e colaborar para pesquisas na área da Enfermagem em Gerontologia, auxiliando para o desenvolvimento de ações e programas para a população idosa.

Diante do exposto, buscando nortear este estudo, foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: Qual a funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha do município de Parintins do Estado do Amazonas?



Fonte: Arquivo da pesquisa

(Área de lazer dos moradores da comunidade Maranhão)

2 Objetivos

(Entrega o teu caminho ao senhor; confia nele, e ele o fará) Salmos 37:5

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

Investigar a funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa das comunidades ribeirinhas do município de Parintins do Estado do Amazonas.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Descrever as características da pessoa idosa segundo as variáveis sociodemográfica, socioeconômica, domicílio, as condições de saúde e hábitos de vida;
- Identificar a prevalência de doenças crônicas da pessoa idosa ribeirinha;
- Avaliar o desempenho das Atividades básica, instrumentais e avançadas da vida diária da pessoa idosa ribeirinha;
- Verificar associação dos dados demográficos, socioeconômicos, domicílio, condições de saúde com desempenho das Atividades básicas e instrumentais da vida diária da pessoa idosa ribeirinha;
- Compreender a rede de apoio social oferecido a pessoa idosa das comunidades ribeirinhas do Município de Parintins.



Fonte: Arquivo da pesquisa
(Porto de Parintins)

3 Fundamentação teórica

(Tudo tem seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu) Eclesiastes 3:1

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica foi estruturada frente aos objetivos propostos, abordando os seguintes tópicos: Envelhecimento populacional e ribeirinho, funcionalidade na pessoa idosa e rede de apoio social.

3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E RIBEIRINHO

O processo de envelhecimento é influenciado por fatores biológicos, ambientais e psicológicos e provoca diferentes mudanças que podem impactar a vida do indivíduo, sua percepção de saúde e qualidade de vida. O envelhecimento saudável pode ser considerado um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice (Barbosa; Sousa, 2021).

No Brasil, em 2022, o total de pessoas com 65 anos ou mais (22.169.101) chegou a 10,9% da população, com alta de 57,4% frente a 2010, quando esse contingente era de 14.081.477, ou 7,4% da população. Ainda avaliando as proporções desses grupos etários específicos, agora para grandes regiões, a região Norte é a mais jovem do país, com 25,2% de sua população com até 14 anos, seguida pelo Nordeste, com 21,1%. As regiões Sudeste e Sul apresentam estruturas mais envelhecidas, com 18% e 18,2% de jovens de 0 a 14 anos, e as maiores proporções de idosos com 65 anos e mais (12,2% e 12,1%, respectivamente). O Centro-Oeste possui uma estrutura intermediária, com distribuição etária próxima da média do país (IBGE, 2022).

Diante desse cenário, o envelhecimento populacional se torna cada vez mais acelerado no Brasil. E a partir disso, é previsível que o governo passará a enfrentar desafios em relação às demandas sociais dos diversos grupos etários. Com isso, é importante que o país tenha mais atenção nas políticas públicas, por ser um tema relevante ao analisar o processo de evolução da sociedade (Wong; Carvalho, 2006; Miranda *et al.*, 2017).

Esse rápido envelhecimento da população está associado a desafios significativos em diferentes dimensões; o crescimento da razão de dependência das pessoas idosas exerce pressão sobre os gastos previdenciários e, simultaneamente, compromete a arrecadação dos recursos necessários ao sistema. No âmbito da saúde, a transição demográfica correlaciona-se à alteração no perfil epidemiológico, caracterizado pelo predomínio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) (Rache; Nunes; Rocha, 2020).

A compreensão do processo de envelhecimento e seu impacto no meio ribeirinho é mais desafiadora; pessoas idosas brasileiras residentes em meio rural recebem escassa atenção, visto que os maiores investimentos públicos em saúde concentram em cenários urbanos. Geralmente

estudos abordam temas isolados como a atividade física, desempenho funcional e autopercepção da saúde ou da qualidade de vida sem análises de possíveis associações capazes de afetar a vivência dessas populações específicas. A saúde autorreferida correlaciona-se estreitamente à percepção da qualidade de vida, manifestando-se como uma sensação de bem-estar subjetivo ainda que diante de morbididades que imponham limitações funcionais ou restrições às atividades cotidianas (Barbosa; Sousa, 2021).

O termo ribeirinho aqui utilizado considera a complexidade e a abrangência da definição do rural, uma vez que as especificidades da população ribeirinha não podem ser mensuradas por uma característica estritamente geográfica ou por uma simples classificação. Existem diferentes ruralidades em diversos contextos, seja na região amazônica, seja na pantaneira ou em outras regiões (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

Outro aspecto relevante a ser considerado no contexto ribeirinho é o acesso à saúde, quando se trata de populações que tradicionalmente enfrentam dificuldades para obter a devida atenção em saúde, como é o caso da população idosa residente em área rural. Por apresentar maiores necessidades, esse grupo tende a usar mais os serviços de saúde, e dificuldades no acesso ao atendimento adequado podem trazer agravos. Uma das maiores dificuldades vivenciadas pelo ser ribeirinho é relacionada ao acesso a serviços de saúde onde precisam utilizar pequenas embarcações de madeira, que podem percorrer longas distâncias entre as comunidades até o serviço de saúde (Guimarães *et al.*, 2020)

Estudos que comparam a utilização dos serviços de atenção primária quanto à localização mostram menos uso e/ou pior qualidade na área rural em comparação à urbana. A baixa variedade ou qualidade dos serviços disponíveis localmente, por sua vez, pode levar à demora na busca por tratamento ou à busca por serviços mais distantes, causando maior desgaste físico, emocional e financeiro (Ferreira, L.S. *et al.*, 2020).

A realidade concernente à saúde da população idosa ribeirinha ainda é insuficientemente difundida no meio científico. Embora se trate de uma temática de elevada relevância, nota-se que grande parte dos pesquisadores prioriza a investigação de outras características populacionais. É fundamental conferir relevância ao envelhecimento, visto que as informações produzidas permitem o desenvolvimento de estratégias voltadas ao aprimoramento das condições de saúde nos contextos locais em que tais populações se inserem.

3.2 FUNCIONALIDADE NA PESSOA IDOSA

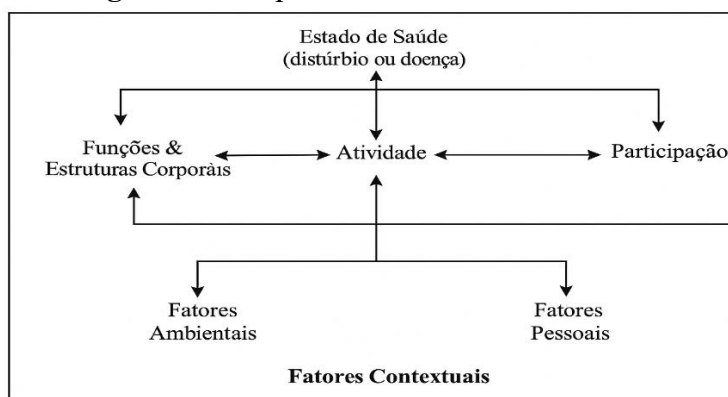
A funcionalidade é um dos atributos fundamentais do envelhecimento humano, pois retrata a interação entre as capacidades físicas e cognitivas necessárias para a realização de

atividades cotidianas. Essa interação é mediada pelas habilidades e competências desenvolvidas ao longo da vida (Neri, 2022).

A funcionalidade é um sistema de classificação, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), pertencente à família de classificações da Organização Mundial da Saúde (OMS), converge para essa perspectiva ao proporcionar uma visão ampliada e integrada do contexto da saúde. A CIF tem como base um modelo biopsicossocial que aborda as funções e estruturas do corpo (aspectos corporais fisiológicos e anatômicos). Além disso, considera as atividades, participação e a influência dos fatores ambientais (barreiras e facilitadores para o desempenho de ações e tarefas na vida diária) e pessoais (Zerbeto *et al.*, 2024).

A CIF é dividida em duas partes: a primeira consiste em avaliar a incapacidade e a funcionalidade, que atendem às funções do corpo quanto à estrutura corpórea, às atividades e à participação social (Figura 1).

Figura 1: Componentes da CIF.



Fonte: OMS, 2003.

A segunda parte avalia os fatores contextuais (ambientais e pessoais), que podem ser facilitadores ou barreiras para o desempenho das atividades. Ao longo do processo de envelhecimento, identifica-se o desempenho em diversos grupos de atividades, que podem ser subdivididos em: AAVD, AIVD e ABVD.

As AAVDs referem ao desempenho em atividades sociais, produtivas e no lazer, como atividades laborais, atividades comunitárias e participação em cursos e associações. As AIVDs se referem ao desempenho em atividades que garantem a sobrevivência do indivíduo e o relacionam com o ambiente que o cerca, como fazer compras, manejar o próprio dinheiro, controlar as medicações, preparar refeições, dentre outras. As ABVDs se referem ao desempenho das atividades de autocuidado, como escovar os dentes, tomar banho, trocar de roupa, dentre outras (Andriolo *et al.*, 2016).

A avaliação funcional do idoso permite detectar fatores de risco e estabelecer um plano de cuidados adequado e evidenciar a necessidade de cuidados especializados. O declínio da capacidade funcional revela a dependência para as atividades que podem ser básicas como tomar banho, pentear o cabelo ou instrumentais, como atender telefone, cuidar de finanças e entre outras. A partir dessa avaliação a pessoa idosa pode ser classificada como dependente ou independente, e o grau de dependência irá determinar como será a assistência e a forma de cuidado individual para assim envolver familiares no processo de adaptação do adulto mais velho (Costa *et al.*, 2017).

Dessa forma, essa redução de capacidade funcional pode interferir na rotina da pessoa idosa e em sua qualidade de vida, sendo necessário realizar pequenas adaptações para o adulto mais velho não se sentir incapaz e improdutivo. Com isso, para reduzir os riscos de uma funcionalidade diminuída, é necessário que os indivíduos participem de atividades educativas e de práticas de atividade física (Almeida *et al.*, 2017).

A capacidade funcional da pessoa idosa pode ser verificada através de escalas, entre muitas que existem, a escala de Lawton é um exemplo, um instrumento que avalia as AIVDs que estão relacionadas à capacidade de administrar o ambiente de vida, dentro e fora do lar. As AIVDs vinculam-se com ações de cuidado como, usar equipamentos domésticos, fazer compras, ter administração das próprias medicações e muitos outros afazeres da rotina (Stamm *et al.*, 2017).

A escala de atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) foi criada por Lawton e Brody (1969) e é amplamente utilizada em todo o mundo, tanto na prática clínica como em pesquisa. Avalia nove atividades: uso do telefone, locomover-se usando um meio de transporte, fazer compras, realizar trabalhos domésticos, lavar e cuidar do vestuário, executar trabalhos manuais, preparo de refeições, uso de medicamentos e manejo das finanças. Há três opções de resposta: independente, necessidade de ajuda parcial ou incapacidade para realização da tarefa, pontuando 3, 2 ou 1 para cada item, respectivamente. O escore máximo é de 27 pontos quando o indivíduo for totalmente independente (Freitas, 2022).

Outro instrumento que avalia a capacidade funcional é o índice de Katz, é amplamente utilizado para avaliar a independência funcional em atividades básicas da vida diária (ABVD), foi desenvolvido na década de 1960 para realizar a avaliação em pessoas idosas e melhorar o prognóstico em doentes crônicos (Leite *et al.*, 2020). Essas AVDs que são avaliadas no índice de Katz, são descritas a seguir:

- a) A avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades. A designação de dependência parcial é feita aos idosos que recebem assistência para se banhar em mais de uma parte do corpo ou necessitam de auxílio para entrar ou sair da banheira e de dependência total para aqueles que não são capazes de banhar-se sozinhos;
- b) Para avaliar a função "vestir-se", considera o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos foi excluído da avaliação. A designação de dependência é dada aos que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos;
- c) A função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;
- d) A função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são os que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências;
- e) "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica-o como dependente;
- f) A função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são os idosos que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas enterais para se alimentarem são considerados dependentes bem como os que são nutridos por via parenteral.

Outra avaliação da funcionalidade é relacionada às Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVDs), constituem um conjunto de atividades mais complexas na avaliação funcional das pessoas idosas, quando comparadas com as atividades básicas e instrumentais, pois envolvem fatores pessoais, contextuais e ambientais de maneira integrada. Elas compreendem atividades de lazer, sociais, físicas e produtivas, constituindo um fator de proteção do declínio cognitivo para as pessoas idosas (Silva, V.L. *et al.*, 2023).

O desempenho nas Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVDs) está significativamente associado à redução do risco de mortalidade e ao menor desenvolvimento de incapacidades, além de contribuir para melhores índices de bem-estar emocional, funcionamento cognitivo e diminuição de sintomas depressivos. No entanto, a ausência de enfermidades e a plena funcionalidade física não constituem, isoladamente, os principais determinantes desse desempenho (James *et al.*, 2011).

Apesar da reconhecida importância da avaliação das Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVDs), ainda não existem, até o momento, escalas específicas e validadas que contemplem esse fenômeno de forma abrangente. Na literatura atual, destaca-se a “Lista de Atividades Avançadas da Vida Diária”, desenvolvida no âmbito da pesquisa “Perfis de Fragilidade em Idosos Brasileiros”, conduzida pela Rede FIBRA — uma iniciativa multicêntrica e multidisciplinar que teve como objetivo investigar as características, a prevalência e os fatores de risco associados à síndrome da fragilidade em pessoas idosas no Brasil (Sposito, Nery, Yassuda, 2016).

Refere-se como o único instrumento disponível encontrado por meio da pesquisa bibliográfica deste estudo para avaliar esse fenômeno, sendo utilizados apenas os itens da lista de atividades, composta por 13 itens relacionados às atividades de lazer, sociais e produtivas.

3.3 REDE DE APOIO SOCIAL

A rede de suporte social é caracterizada por um conjunto de pessoas que mantêm um relacionamento entre si como laços típicos das relações sociais, inclusive os membros da família, contribuindo para o bem-estar das pessoas e para o fortalecimento do uso das estratégias para o enfrentamento da situação de doença (Reis; Oliveira, 2017).

O apoio social é compreendido como um construto multidimensional, que envolve o processo em que se busca alcançar melhorias na qualidade de vida, a partir da otimização das oportunidades e saúde. Incluem variáveis como o vínculo social, o carinho, a assistência e os recursos dos quais se pode dispor (Macedo *et al.*, 2018).

Avaliar a rede de apoio e a situação de vulnerabilidade social da pessoa idosa é de suma importância. Alvarenga *et al.* (2011) salientam que investigar a composição familiar e a função de seus membros pode colaborar de forma significativa para o planejamento do cuidado à pessoa idosa. Marques *et al.* (2011) classificam o suporte social como formal e informal, em que os sistemas formais são os serviços de atendimento ao idoso e o sistema informal ou rede de suporte social compreende as redes de relacionamentos, família, amigos, relações de trabalho, inserção comunitária e participação social.

Apoio social pode ser considerado como algo que diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade. Sua avaliação, além de indicar o quão integrado socialmente é este indivíduo, também indica o grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções e oferecem suporte ao indivíduo em momentos de crise ou readaptação. Em outras palavras, rede social pode ser concebida como a estrutura social pela qual o apoio é fornecido, enquanto o apoio social refere-se a dimensão funcional ou qualitativa da rede social (Zanini; Peixoto; Nakano, 2018).

Reconhecer o apoio social como um recurso fundamental para saúde e qualidade de vida da pessoa idosa implica compreender que sua efetividade está relacionada com as políticas públicas. A Política Nacional do Idoso estabelece que família, sociedade e Estado têm o dever de garantir os direitos da cidadania, promovendo a autonomia e integração social dos idosos (Brasil, 1994).

Já o Benefício de Prestação Continuada (BPC), regulamentado pelo Decreto nº 6.214/2007, garante um salário-mínimo mensal ao idoso em situação de vulnerabilidade, constituindo um mecanismo de proteção social no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Brasil, 2007).

Apesar dos avanços normativos, como o Estatuto da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Assistência Social, que garantem a presença de serviços como CRAS e CREAS no suporte às famílias e pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, o Brasil ainda carece de uma política nacional consolidada de cuidados de longa duração. Esse tipo de política, já implementado em países europeus, organiza de forma sistemática o cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador familiar. No contexto brasileiro, predominam experiências locais importantes, mas não institucionalizadas em nível nacional (Minayo *et al.*, 2021).

O conceito de rede de apoio social é amplamente debatido na literatura, configurando-se como um fenômeno multidimensional. Tal constructo abrange tanto elementos estruturais — a exemplo da dimensão da rede, densidade e amplitude dos vínculos — quanto componentes funcionais, que compreendem a natureza das funções desempenhadas, bem como a frequência e a qualidade das interações (Drageset, 2021).

Essas redes podem ser classificadas em formais, representadas por serviços de saúde, assistência social, previdência e organizações comunitárias, e informais, compostas por família, amigos, vizinhos e grupos religiosos (Drageset, 2021; Bastos *et al.*, 2024).

As funções do apoio social incluem suporte emocional (empatia, afeto, escuta), instrumental ou material através de ajuda em atividades da vida diária, transporte, auxílio financeiro, informacional (aconselhamento e orientação) e interação social positiva (convivência, lazer, pertencimento). A análise conceitual realizada por Bastos *et al.* (2024) identificou ainda atributos como assistência física, espiritual, social, solidariedade, ações voluntárias e uso de redes formais ou informais, sendo o apoio social reconhecido como fator essencial para resultados positivos em saúde.

Dessa forma, a rede de apoio social deve ser compreendida como um determinante social de saúde, especialmente relevante entre pessoas idosas em condição de vulnerabilidade ou dependência, nas quais a articulação entre componentes formais e informais é essencial para a garantia de autonomia, funcionalidade e dignidade.

Nesse contexto, as comunidades ribeirinhas apresentam especificidades que influenciam diretamente a forma como essas redes se estruturam. Tais localidades são caracterizadas por condições de isolamento geográfico, em que os rios constituem o principal eixo de deslocamento e de acesso aos serviços públicos. Essa condição territorial influencia diretamente a organização social, cultural e econômica das famílias. Segundo o Manual de Operações Ribeirinhas (Brasil, 2020), a dependência das hidrovias, a dificuldade de transporte terrestre e a sazonalidade climática configuram um cenário em que a vida comunitária se organiza a partir de redes locais de solidariedade e apoio.

Na região amazônica, essas comunidades representam espaços marcado por especificidades socioculturais e ambientais que influenciam diretamente a organização da vida e o acesso a direitos. Segundo Scherer (2004), a realidade dessas populações é atravessada por vulnerabilidades sociais históricas, relacionadas à precariedade no acesso à saúde, educação, previdência social e às condições mínimas de cidadania. Esse cenário de invisibilidade reforça a necessidade de compreender como se estruturam as formas locais de apoio social.

Entre as pessoas idosas, o pertencimento a esse espaço traz tanto desafios quanto formas singulares de suporte. Um estudo realizado por Costa *et al.* (2021), ao comparar as pessoas idosas ribeirinhas com os adultos mais velhos do contexto urbano de Belém, revelou que os ribeirinhos apresentaram melhores escores de qualidade de vida nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente. Esse resultado foi atribuído, entre outros fatores, à coesão comunitária e ao fortalecimento das relações familiares e de vizinhança, que funcionam como uma rede de apoio essencial diante das dificuldades de acesso a serviços públicos.

Em consonância com esses achados, Nascimento *et al.* (2019), em uma investigação com 108 pessoas idosas ribeirinhas distribuídas em 19 ilhas de Cametá-Pará, identificaram que, apesar das vulnerabilidades sociais e da carência de políticas estruturadas, muitos adultos mais velhos mantêm-se ativos e produtivos, apresentando baixa prevalência de fragilidade. Os autores ressaltam que a resiliência comunitária e a manutenção de práticas culturais próprias, como o uso de saberes tradicionais e a solidariedade entre vizinhos, reforçam a capacidade de enfrentamento das adversidades locais.

Dessa forma, constata-se que, no contexto ribeirinho, as redes de apoio social não se restringem apenas ao âmbito familiar, mas abrangem relações comunitárias, religiosas e culturais, constituindo uma base de sustentação fundamental para o bem-estar e a saúde da população idosa. Esses vínculos funcionam como elementos protetores, capazes de mitigar o impacto das vulnerabilidades e fortalecer a identidade coletiva, evidenciando o papel estruturante do apoio social na vida ribeirinha.

Nessa perspectiva, o apoio social e a coesão comunitária são reconhecidos pela OMS como determinantes sociais de saúde, isto é, condições que moldam a forma como os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Esses fatores exercem impacto significativo sobre a qualidade de vida e explicam desigualdades em saúde entre grupos sociais, frequentemente com maior peso do que fatores biológicos ou mesmo o acesso direto aos serviços médicos (World Health Organization, 2023).

O envelhecimento saudável depende de múltiplos fatores, entre os quais o apoio social ocupa posição de destaque. A presença de redes de suporte, formais e informais, contribui para a manutenção da autonomia, da autoestima e da qualidade de vida dos idosos. Ademais, a existência de vínculos sociais fortalece a capacidade de enfrentamento das dificuldades inerentes ao envelhecimento e reduz a vulnerabilidade à exclusão social (Brasil, 2021).

O apoio social exerce influência significativa sobre os cuidadores informais, que, em grande parte dos contextos, constituem a principal fonte de suporte para pessoas idosas. Estudo

de Brito, Figueiredo e Tyrrell (2022) identificou que práticas como a busca por aconselhamento, a partilha de informações, o suporte emocional e espiritual, além da inserção em programas comunitários, não apenas auxiliam no cuidado à pessoa idosa, mas também favorecem o autocuidado do cuidador, reduzindo sua sobrecarga. Assim, a rede de apoio não se restringe ao indivíduo idoso, mas repercute em um circuito de bem-estar coletivo, alcançando aqueles que compartilham diretamente do processo de cuidado.



Fonte: Arquivo da pesquisa
(Travessia Rio Amazonas)

4 Procedimentos metodológicos

*(E tudo quanto fizerdes, fazei-o de todo o coração,
como ao senhor, e não aos homens) Colossenses 3:23*

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal com abordagem quanti-qualitativa. O estudo descritivo busca descrever as características de determinadas populações, sendo que uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (Gil, 2008; Pereira, 2012).

O estudo transversal é caracterizado pela observação de uma população com local e época específica, que envolve a coleta de informações de qualquer amostra de elementos da população em um único momento, não necessitando um período de acompanhamento do objeto de estudo (Polit; Beck, 2011).

Optou-se pela abordagem quanti-qualitativa porque teremos uma maior visão sobre a temática e conseguiremos fazer uma melhor compreensão do que está sendo estudado. Essa combinação de dois métodos é chamada de triangulação, que envolve a combinação de diferentes métodos para compreender aspectos da realidade (Azevedo *et al.*, 2013). Superando a dicotomia entre o quanti/quali, sujeito/objeto ou macro/micro de uma pesquisa (Minayo, 2014), a triangulação metodológica exerce uma função de superação dialética do objetivismo puro em função do conhecimento e valorização dos significados, interações e participações.

A abordagem quantitativa faz a coleta de dados numéricos por meio do uso de medições de grandezas e obtêm-se por meio da metrologia números com suas respectivas unidades. Esse método gera conjuntos ou massas de dados que podem ser analisados por meio de técnicas matemáticas, como porcentagens, estatísticas e probabilidades (Pereira *et al.*, 2018).

A pesquisa qualitativa é uma abordagem que se dedica a investigar os aspectos subjetivos dos fenômenos sociais e do comportamento humano (Cardano, 2017). Em que se concentra em símbolos, crenças, valores e relações humanas de determinado grupo social.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em cinco comunidades ribeirinhas, localizadas na microrregião de Parintins, município do Amazonas. O município de Parintins localiza-se ao extremo leste do Amazonas (Figura 2) e possui uma área de 5.952,30 km², sendo a maior parte em ambiente de várzea (Lopes; Menezes; Vicente, 2023).

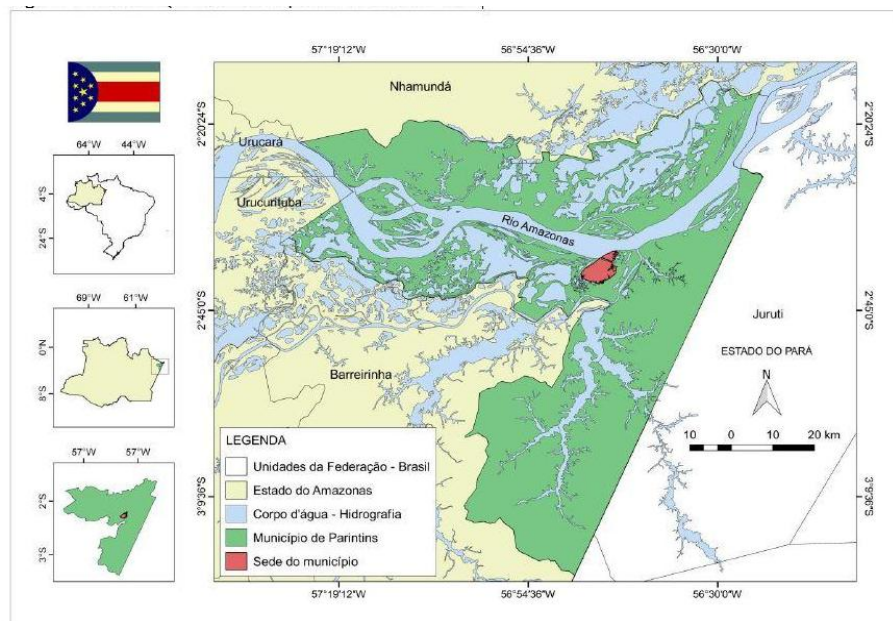
Figura 2 - Cidade de Parintins do Estado do Amazonas, 2025.



Fonte: <https://atstur.com/pt/cidade-de-parintins/>

O município limita-se ao norte com o município de Nhamundá e ao sul com o município de Barreirinha, além do Leste com o Estado do Pará e a oeste com o município de Urucurituba (Figura 3).

Figura 3 - Localização do município de Parintins do Estado do Amazonas, 2025.



Fonte: IBGE, 2010.

O município de Parintins caracteriza-se como uma cidade de porte médio, localizada à margem direita do Rio Amazonas, distante da capital Manaus há 368,80 km, em linha reta, e 420 km por via fluvial. Em 2022, a população era de 96.372 habitantes e a densidade demográfica era de 16,18 habitantes por quilômetro quadrado. Representa o principal polo turístico do interior do Estado do Amazonas através do Festival Folclórico (Santos *et al.*, 2024).

As comunidades selecionadas são as comunidades de Bom Socorro do Zé Açu, Santa Maria da Vila Amazônia, Nossa Senhora das Graças do Maranhão, Agrovila do São João do Mocambo e Agrovila de São Sebastião do Caburi, localizadas na microrregião de Parintins, no Estado do Amazonas. As cinco comunidades foram selecionadas porque fazem parte da rede de serviços de saúde do município, sendo umas das poucas que contam com equipes da Estratégia Saúde da Família e possuem infraestrutura de Unidade Básica de Saúde.

4.2.1. Comunidade de Bom Socorro do Zé Açu

A Comunidade de Bom Socorro do Zé Açu fica distante 14 km da sede municipal de Parintins, por via fluvial, o acesso à comunidade ocorre predominantemente pelo rio, sendo o principal eixo de deslocamento e conexão com a localidade, geralmente barcos, pois existem pelo menos cinco desses meios de transporte que fazem linha da Comunidade para a cidade de Parintins e vice-versa (Figura 4).

Figura 4 - Comunidade de Bom Socorro do Zé Açu do município de Parintins, 2025.



Fonte: <https://images.app.goo.gl/fo1tnUcxVGdpQFBb6>

A Comunidade de Bom Socorro do Zé Açu pela atividade política de seus representantes veio pouco a pouco conseguindo um desenvolvimento qualitativo, uma boa infraestrutura, água encanada, energia elétrica, posto de saúde que atende todas as comunidades da região do Zé Açu, colégio com sala de informática que também atende a região, comércios, e outros serviços essenciais, ou seja, o desenvolvimento alcançado possibilitou que essa comunidade se tornasse

uma centralidade na região do Zé Açu, tanto na área econômica, quanto na área da educação e da saúde (Costa; Silva; Andrade, 2013).

4.2.2. Comunidade Santa Maria da Vila Amazônia

A comunidade possui características urbanas de bairro periférico com escolas, igrejas, abastecimento de água, energia elétrica, serviço de segurança, Unidade Básica de Saúde e pequenos comércios (Tavares, 2017).

A Figura 5 é uma imagem de frente para a Comunidade Santa Maria da Vila Amazônia.

Figura 5 - Comunidade Santa Maria da Vila Amazônia do município de Parintins, 2025.



Fonte: <https://images.app.goo.gl/QhCN8rNQoknSFHNY9>

4.2.3. Comunidade Agrovila do São João do Mocambo

A Agrovila do Mocambo fica distante 60km a Oeste de Parintins, com cinco horas de viagem da cidade de Parintins até Mocambo de barco ou lancha duas horas e meia (Monteiro, 2003).

Figura 6 - Comunidade Agrovila do São João do Mocambo do município de Parintins, 2025.



Fonte: <https://images.app.goo.gl/KHWtBFGUwARoT26f6>

A comunidade conta com serviços básicos como ruas asfaltadas, escolas de ensino fundamental e médio, água encanada, pequenos comércios, serviço de correios, segurança, igrejas e Unidade Básica de Saúde. Fazem parte deste Distrito as seguintes comunidades: Agrovila de São João Batista, Comunidade de Nossa Senhora de Lourdes, São Tomé, Santo Antônio, São Pedro, Remanso, Monte Sinai, Anjo da Guarda, Arquinho, Costa do Arco, Borralho, Guaribas, Saracura e Ilhas das Onças, localidades próximas, cujo deslocamento dá-se apenas via rio na época da subida das águas e nas secas também por meio de pequenas estradas de terra para as comunidades próximas (Silva, 2009).

4.2.4. Comunidade São Sebastião do Caburi

A comunidade rural do Caburi, localiza-se aproximadamente a 60 km por via fluvial do município de Parintins, Amazonas. Tal localidade distingue-se das outras comunidades no Baixo Amazonas por ser uma comunidade pólo da cidade de Parintins, onde ocorreu a implantação do projeto Cidade Digital.

Figura 7 - Comunidade São Sebastião do Caburi do município de Parintins, 2025.



Fonte: <https://images.app.goo.gl/fsfgq7RHo2wNPSdw7>

A comunidade São Sebastião Caburi é uma das que apresentam maior apropriação das características do urbano, segundo Silva (2009), dada a sua infraestrutura com escolas, ruas asfaltadas, entre outras. Entretanto, não se configura na sua totalidade como um local eminentemente urbano, pois são muitos os aspectos da vida rural ainda presentes, que conferem a essa comunidade dimensões de uma vida conectada a um convívio em comunidade (Neves, 2022).

4.2.5. Comunidade Nossa Senhora das Graças do Maranhão

A comunidade do Maranhão localiza-se na região do Uaicurapá, que possui um rio de águas escuras as quais contrastam com a cor barrenta do Paraná do Ramos. Nesse encontro de águas que não se misturam, está localizada a entrada que dá acesso à comunidade do Maranhão. A comunidade se situa em um trecho da margem esquerda do Rio Uaicurapá, no alto de um barranco e lá vivem, aproximadamente, 130 famílias (Souza, 2017).

Figura 8 - Comunidade Nossa Senhora das Graças do Maranhão do município de Parintins, 2025.



Fonte: <https://images.app.goo.gl/4pxJZfqnbrrzDWoq8>

No que se refere ao ordenamento espacial, a comunidade possui uma rua central e três ruas perpendiculares. A maioria das casas se concentram próximas a igreja católica e a escola municipal.

4.3 População e amostra

A população do estudo foram as pessoas idosas ribeirinhas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residentes nas cinco comunidades do município de Parintins do Estado do Amazonas, cadastradas na Estratégia Saúde da Família da comunidade ribeirinha.

No mês de setembro de 2024, a pesquisadora realizou contato com a Secretaria Municipal de Assistência Social do município de Parintins, por meio da coordenadora do Programa do Idoso, para solicitar o número de pessoas idosas cadastradas nas áreas rurais do município, que obteve retorno dos dados no mês de novembro de 2024 (APÊNDICE A).

Solicitamos o cadastro de pessoas idosas da Secretaria Social por conter dados atualizados mensalmente.

O Quadro 1 demonstra o número em frequência absoluta e relativa das pessoas idosas cadastradas no programa do idoso nas comunidades rurais do município de Parintins do Estado do Amazonas.

Quadro 1: Distribuição de frequência e porcentagem da quantidade de pessoas idosas de cada comunidade ribeirinha do município de Parintins do Estado do Amazonas, 2025.

Comunidade	N	%
Comunidade zé açu	48	11,1
Comunidade Maranhão	51	11,8
Comunidade Caburi	62	14,3
Comunidade Vila Amazônia	168	38,8
Comunidade Mocambo	104	24
Total	433	100

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Os elementos necessários para obtenção da amostra e fórmula utilizadas são apresentados a seguir:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

n= amostra calculada

N= tamanho da população

Z= valor de Z-score correspondente ao nível de confiança

p= estimativa da proporção a ser estudada

e= erro amostral tolerável

Para o cálculo da amostra do estudo foram determinadas estimativas com margem de erro de $\pm 0,05\%$ e intervalo de confiança de 95%, onde 1,96 foi o escore correspondente ao nível de confiança de 95%.

Nesta pesquisa foi utilizada a técnica de amostragem por conglomerado, a escolha do indivíduo de cada unidade foi feita por sorteio, com recurso de ferramentas de um aplicativo de sorteio chamado sorteio fácil, com acesso pelo link:

<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.costaw.sorteiofacil>.

A técnica de amostragem por conglomerado é indicada em situações em que é bastante difícil a identificação de seus elementos. Os conglomerados são representados por escolas, igrejas, associações, empresas e outros. Neste aspecto, os conglomerados que representam a população-alvo, faz-se o cadastramento de seus membros, formando os grupos necessários. E, em seguida, é realizado o sorteio do percentual estabelecido para cada grupo, o qual, depois, é somado, formando a amostra final (Prodanov, 2013).

O resultado obtido do cálculo utilizado neste estudo foi de 204 pessoas nas cinco comunidades, sendo adicionado 10% para as possíveis perdas amostrais. Assim, obteve a amostra final do estudo em 224 pessoas idosas.

O Quadro 2 apresenta a distribuição de frequência do tamanho amostral por comunidade.

Quadro 2: Distribuição de frequência de tamanho amostral por comunidade, 2025.

Comunidade	n
Zé açu	25
Maranhão	26
Caburi	32
Vila Amazônia	87
Mocambo	54
Total	224

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

No que se refere à abordagem qualitativa, esta foi conduzida com 12 pessoas idosas classificadas com parcialmente dependentes ou totalmente dependentes. A seleção dos participantes seguiu a ordem do sorteio previamente realizado na etapa quantitativa.

Os indivíduos foram escolhidos com base no Índice de *Katz*, que se enquadravam nas categorias de dependência parcial ou total e que tivesse condições para responder à entrevista. A proposta inicial era entrevistar três pessoas de cada comunidade ribeirinha, contudo, nas comunidades de Maranhão, Caburi e Mocambo, foi possível incluir apenas dois participantes por localidade, em virtude de ausências por viagens, indisposição para participação ou não enquadramento nos critérios de dependência estabelecidos.

4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DO ESTUDO

O critério de inclusão obedeceu à seguinte: pessoa idosa de 60 anos e mais, de ambos os sexos, residente das comunidades ribeirinhas há pelo menos três anos, possuir cadastro na

Estratégia Saúde da Família, ter residência fixa e morar na sede da comunidade, ter capacidade de interação verbal para participar do estudo.

Em relação aos critérios de exclusão, foram pessoas idosas pertencentes a qualquer etnia indígena, em virtude das restrições relacionadas à realização de pesquisas com essa população, além da condição de indivíduos que apresentassem comprometimento grave de saúde, o qual os impossibilitava de responder aos instrumentos de coleta de dados.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O procedimento de coleta de dados seguiu as seguintes etapas, a saber:

- a) Identificação da pesquisadora, depois informou-se a Secretaria de Saúde do município sobre o estudo em questão, em seguida, teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Federal do Amazonas (UFAM);
- b) Comunicação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada comunidade ribeirinha sobre o desenvolvimento da pesquisa com as pessoas idosas cadastradas no programa Estratégia Saúde da Família;
- c) Solicitação do quantitativo de pessoas idosas cadastradas de cada unidade de saúde pelo coordenador da unidade de saúde; após isso, foi realizado o sorteio dos participantes da coleta;
- d) Identificação do participante juntamente com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), visitamos e realizamos duas tentativas para a entrevista com a pessoa idosa, além de apresentar o TCLE;
- e) Coleta e registro os dados em um roteiro desenvolvido pelo próprio autor da pesquisa e através de instrumentos validados.
- f) Aplicação do formulário e instrumentos validados: a pesquisadora identificou as pessoas idosas parcialmente dependentes e convidou para participar da entrevista; o participante escolhia se queria continuar respondendo ou se queria agendar um novo encontro para fazermos a entrevista sobre rede de apoio social.

4.6 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados abrangia um formulário construído pela pesquisadora do estudo, contendo seções: Seção A - informações de variáveis sociodemográficas (idade, sexo, naturalidade, escolaridade, estado civil, religião e tempo de moradia na comunidade). Seção B- Informações socioeconômicas (Renda pessoal, renda familiar e quantidade de pessoas

que dependem da renda). Seção C- informações sobre o domicílio (Quantidade de pessoas na residência e condição de ocupação). Seção D- Condições de saúde (Uso de cigarro, consumo de bebida alcoólica, histórico de quedas, internação, doenças e uso de medicamentos). Seção E- Atividade avançada da vida diária, na qual, possuía 13 itens sobre a participação social da pessoa idosa (APÊNDICE B).

A elaboração das seções (A-D) do instrumento de coleta de dados foi realizada com base nas variáveis adotadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de forma a garantir padronização. A Seção E, referente às Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD), foi elaborada com base no Estudo FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros), que utiliza a lista padronizada de AAVD para avaliar a participação social e o desempenho funcional de pessoas idosas (Signori, 2020).

Neste estudo foram utilizados dois instrumentos validados e adaptados para a versão brasileira, utilizados na população do estudo, a saber: Índice de *Katz* para avaliar o grau de independência do idoso nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e a Escala de Lawton para avaliar a independência nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs).

O Índice de *Katz* criado por *Katz* e colaboradores demonstrou que a recuperação do desempenho funcional de seis atividades consideradas básicas da vida cotidiana de pessoas idosas incapacitadas (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente e alimentar-se) eram semelhantes à sequência observada no processo de desenvolvimento da criança. Esse instrumento representa a descrição de um fenômeno observado em um contexto biológico e social e, apesar do desenvolvimento de outros, ainda tem sido dos mais utilizados na literatura gerontológica para avaliar a funcionalidade das pessoas idosas que são denominadas Atividades Básicas de Vida Diária (ANEXO A).

A avaliação é feita através de uma pontuação em que 6 (seis) pontos é considerado independente, 3-5 (três a cinco) pontos é considerado dependência moderada e 2-0 (dois a zero) pontos é considerado dependência total (Duarte; Andrade; Leão, 2007).

A escala de *Lawton* é relacionada à independência dos idosos nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). A escala contém questões relativas à capacidade para preparar refeições, realizar tarefas domésticas, manusear medicamentos, usar telefone, manusear dinheiro, fazer compras e usar meios de transporte (ANEXO B). Cada uma dessas ações é classificada de 1 (um) a 3 (três), em que 1 (um) representa dependência para tal função, 2 (dois) significa que o idoso precisa de ajuda e 3 (três) é relacionado à total independência para a função (Lawton; Brody, 1969).

Em relação à pesquisa qualitativa foi realizada através de um roteiro de entrevista sobre rede de apoio social, na qual se dividia em formal e informal. Na parte informal foi tratado questões como: Visita frequente/ quem oferece o apoio, Duração do apoio oferecido, Relação familiar, Auxílio em períodos que se está doente/quem oferece apoio, Auxílio para cuidados pessoais, Auxílio para serviços domésticos, Auxílio financeiro, Auxílio para atividades externas (fazer compras, ir à unidade de saúde), Atividades sociais e de lazer/companhia. E em relação ao apoio social formal foram tratadas questões como: Visita/quem oferece/ tipos de apoio, Quem oferece orientação, Duração da visita/ com que frequência realiza a visita, Participação em grupos/ governamentais e não governamentais/ tempo de participação.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados após a coleta em uma planilha do programa *Microsoft Excel* versão 2019, sendo realizadas correções necessárias. Posteriormente, foi utilizado para análise estatística, o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 20.0). Nesta investigação procedeu através de estatística descritiva (média, desvio padrão, moda, mediana, mínimo e máximo) como forma de apresentação dos dados.

Em seguida foi a análise inferencial, sendo utilizadas ferramentas estatísticas para fazer afirmações sobre características da população, com base nas informações dadas pela amostra (Bussab; Morettin, 2013). Para verificar a associação das variáveis foram empregados o *teste Qui-Quadrado* e o *exato de Fisher*.

Para a caracterização das condições de saúde dos participantes, adotou-se a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10), por se tratar de um sistema padronizado. Ademais, a classificação de medicamentos foi realizada com base no sistema de classificação anatômica terapêutica química (ATC), no nível 1, que agrupa os fármacos de acordo com o sistema ou órgão sobre o qual atuam.

E para a análise da pesquisa qualitativa foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin, que pode ser compreendida, portanto, como um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificado (Bardin, 2016), cujo objetivo é explorar os sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos participantes de estudos qualitativos, e também quantitativos, a respeito de um tema, problema e/ou fenômeno, a partir da sistematização rigorosa e estruturada.

A partir da definição da técnica de Análise de Conteúdo utilizada, estabeleceu os delineamentos para a condução da análise dos dados. Considerando que o processo analítico

requer organicidade e rigor na sua execução, essa fase metodológica é estruturada em diferentes etapas. Por sua vez, a Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2016), é composta por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação.

A primeira fase é a pré-análise, em que acontece a organização propriamente dita, desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. A fase compreende a leitura geral do material eleito para análise. De forma geral, efetua-se a organização do material a ser investigado para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise.

Com isso foi realizada a exploração do material, que constitui a segunda fase. A exploração do material consiste na construção das operações de codificação, considerando os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. Bardin (2016) define codificação como transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo.

E a terceira fase compreende o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado. A análise comparativa é realizada através da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os concebidos como diferentes.

Essas fases apresentam intersecções e cabe ao pesquisador comprometer-se com a realização de cada fase com rigorosidade para não comprometer a fase seguinte, visto que há interdependência entre tais fases, ou seja, é preciso respeitar a ordem das fases, não sendo possível realizar, por exemplo, as inferências e a interpretação sem antes realizar a pré-análise e a exploração do material. A falta de rigor e observância da sequência das fases propostas por Bardin incorre no risco de comprometer a análise e as considerações tecidas.

Os participantes da pesquisa foram identificados por meio de nomes de flores, em alusão à pureza associada à fase do envelhecimento, com o objetivo de preservar seu anonimato. A atribuição dos nomes seguiu dois critérios: em alguns casos, os nomes escolhidos refletiam características observadas nos participantes, em outros foram designados de forma aleatória.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), registrado com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 84854624.5.0000.5020 (Anexo C) e o parecer nº 7.269.083.

As pessoas idosas ribeirinhas que consentiram em participar do estudo, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura em duas vias (Apêndice D), sendo preparado um termo específico para cada abordagem da pesquisa. Para aqueles que não conseguiam assinar o nome, coletou-se a impressão digital do polegar.



Fonte: Arquivo da pesquisa
(Travessia Rio Amazonas)

5 Resultados

(Para o homem é impossível, mas para Deus todas as coisas são possíveis) Mateus 19:26

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão divididos em duas partes, no primeiro momento, a abordagem quantitativa, em que apresenta as variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, informações sobre o domicílio, condições de saúde e informações sobre as atividades da vida diária, tanto básica, avançada e instrumental. E no segundo momento apresenta os resultados da pesquisa qualitativa, relacionada à rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha dependente, para atender os objetivos propostos.

5.1 Caracterização sociodemográfica e socioeconômica dos participantes do estudo

As características sociodemográficas e socioeconômicas das 222 pessoas idosas das comunidades ribeirinhas de Parintins são observadas na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização dos participantes do estudo. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

Variáveis	n	%	Md(dp)
Faixa etária (anos)			
60 a 69	104	46,8	71,4 (8,15)
70 a 79	83	37,4	
≥ 80	35	15,8	
Sexo			
Feminino	113	50,9	
Masculino	109	49,1	
Estado conjugal			
Casado (a)	138	62,2	
Solteiro (a)	37	16,7	
Viúvo (a)	28	12,6	
Divorciado (a)	16	7,2	
União estável	3	1,4	
Escolaridade			
Analfabeto (a)	38	17,1	
Ensino fundamental incompleto	158	71,2	
Ensino fundamental completo	-		
Ensino médio incompleto	5	2,3	
Ensino médio completo	18	8,1	
Ensino superior completo	3	1,4	
Ensino superior incompleto	-		
Renda familiar*			
<1	66	29,7	
1 a 2	133	59,9	
≥ 3	23	10,4	
Total	222	100,0	

*salário-mínimo vigente no ano de 2025 é de R\$1.518,00

Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

A faixa etária das pessoas idosas foi organizada em três classes. Observou-se que houve predominância da faixa etária de 60 a 69 anos (46%), seguida da faixa etária de 70 a 79 anos (37%). A idade mínima foi 60 anos e a máxima de 104 anos (média 71,4 /desvio padrão 8,15).

Quanto ao sexo, constatou-se a predominância do sexo feminino (50,9%), essa predominância foi observada tanto no geral, quanto nas comunidades Vila Amazônia, Mocambo e Caburi, na faixa etária de 60 a 69 anos.

No que tange ao estado conjugal, houve maioria de casados (62,2%), seguida de solteiro (16,7%). Em relação à escolaridade dos participantes constatou-se um nível predominantemente baixo, sendo 158 pessoas com ensino fundamental incompleto, representando 71,2% da população, seguidas de 38 analfabetos, representando 17,1%.

A religião com maior frequência foi o catolicismo (80,6%), seguida de evangélicos (19,4%). No que concerne à autodeclaração racial, observou-se a frequência da cor parda, identificada em 188 participantes, representando 84,7%, seguida dos que se autodeclararam pretos (10,8%).

Observou-se que a renda pessoal das pessoas idosas foi em sua grande maioria inferior a um salário-mínimo (78,8%), apenas cinco pessoas idosas (2,3%) declararam receber mais de três salários-mínimos, possuindo uma renda em dinheiro que varia de R\$ 400,00 a R\$7.000,00.

Em relação a declarar receber um valor mensal suficiente para o sustento do mês 117 (53%) responderam que sim e 105 (47%) responderam que não era o suficiente.

Outro fato que merece registro é em relação a procedência da naturalidade da pessoa idosa, sendo que em sua maioria foi do município de Parintins (n=166, 75%), seguido dos nascidos no estado do Pará (n=42, 19%), em outros municípios do Amazonas (n=9, 4%) e em outros estados do Brasil (n=5, 2%), sendo Ceará, Roraima e Amapá. Com relação ao tempo de moradia na comunidade ribeirinha, 75 (33,8%) pessoas declararam residir entre 5 a 20 anos na comunidade, seguida de 44 (19,8) pessoas declararam residir entre 21 e 35 anos.

Quanto à atividade ocupacional atual dos participantes, foram predominantemente aposentados (86,5%), seguida de autônomos (5,4%). Dos 192 (86,5%) dos entrevistados que informaram ser aposentados 103 (46,1%) eram mulheres e 89 (40,1%) eram homens.

No que concerne à ocupação exercida previamente à aposentadoria, se destacou a atividade de agricultor (73%), seguida da atividade de servidor público (7,6%). É pertinente salientar que a atividade agrícola apresentou expressiva representatividade nessa região, impulsionada, historicamente, pela ascensão da cultura da juta, a qual possibilitou emprego e renda na área agrícola, comercial e industrial na região. No que tange à categoria de servidor público destacam-se as profissões: Merendeira, gari e serviços gerais.

5.2 Característica do domicílio e o tipo de família dos participantes do estudo

Das 222 pessoas idosas, verificou-se que em relação aos coabitantes do domicílio, a maior frequência foi de um a cinco moradores (90%), seguida do domicílio com seis a nove moradores (10%). O número mínimo de coabitantes foi um e o máximo oito (média 2,9 / desvio padrão 1,4). De acordo com os dados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição das pessoas idosas segundo o domicílio. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

Domicílio	n	%
Nº moradores		
1 a 5	199	90
6 a 9	23	10
≥ 10	-	-
Condição de ocupação		
Própria	217	97,7
Cedida	1	0,5
Alugada	4	1,8
Com quem mora		
Cônjuge	150	67,5
Filhos	91	40,9
Netos	70	31,5
Companheiro	11	4,9
Genro/nora	22	9,9
Sozinho	16	7,2
Irmão	06	2,7
Outros*	16	7,2

Nota: Para variável “com quem mora” o indivíduo podia responder mais de uma categoria.

*Amigos, sogros, pais, cunhado e enteados.

Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

Quanto à condição de ocupação, 217 (97,7%) pessoas idosas relataram possuir casa própria, sendo 112 mulheres (51,6%) e 105 (48,4%) homens, 4 (1,8%) moravam em local alugado. Apenas uma pessoa tinha casa cedida pela própria família.

Quando perguntados sobre com quem moravam, 150 (67,5%) informaram viver com o próprio cônjuge, 91 (40,9%) viviam com os filhos e 70 (31,5) viviam com netos. Convém destacar que as pessoas idosas que moravam sozinhas na sua maioria eram homens, totalizando 13.

Na Tabela 3 apresenta o tipo de família das pessoas idosas, observou-se que 103 (46,3%) dos 222 participantes do estudo são representados por família extensa, seguidos por família que tem somente o casal, 70 (31,6%), por seguinte a família unitária, 16 (7,2%) em que reside somente a pessoa idosa. É relevante notar que as pessoas idosas que moravam sozinhas, a faixa etária de 70 a 79 anos foi a que mais predominou, totalizando 8 (oito). E uma pessoa idosa acima de 80 anos residia sozinha.

Tabela 3: Distribuição das pessoas idosas segundo o tipo de família. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

Tipo de família	n	%
Extensa	103	46,3
Casal	70	31,6
Unitária	16	7,2
Nuclear	15	6,8
Monoparental	15	6,8
Reconstituída	3	1,3
Total	222	100,0

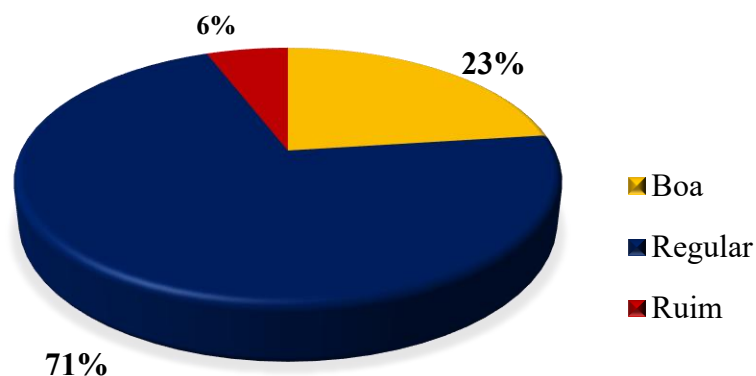
Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

5.3 Característica da condição de saúde dos participantes do estudo

Os dados sobre a autoavaliação de saúde das pessoas idosas apresentadas no gráfico 1, observou-se como mais referida a categoria regular (71%), seguida da categoria classificada como boa (23%). Os participantes que responderam como saúde regular, 54 pessoas idosas não possuíam nenhum tipo de doença, e em relação ao sexo foram em sua maioria mulheres (n=81).

Em relação a categoria ruim, 13 pessoas idosas estavam nessa classificação, onde sete pessoas idosas possuíam pelo menos uma doença crônica, e foi em sua maioria mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos.

Gráfico 1: Distribuição das pessoas idosas segundo a autoavaliação de saúde. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

No que tange ao hábito de vida relacionado ao tabagismo e etilismo, quedas e internações na Tabela 4, verificou-se que 181 (81,5%) das pessoas idosas não fumavam, e 41 (18,5%) ainda faziam o consumo, em que 27 eram do sexo masculino.

Quanto ao hábito do etilismo, 183 (82,4%) das pessoas idosas não faziam o consumo de bebida alcoólica, e 39 (17,6%) consumiam mensalmente ou menos, sendo mais prevalente no sexo masculino também (n=30).

No tocante ao histórico de quedas, 197 (88,7%) relataram não ter sofrido nenhum tipo de queda no último ano. Dos 197 (11,3%) das pessoas idosas relataram ter sofrido, sendo mais frequente no sexo feminino (n=13). No que concerne à tipologia do evento, a queda da ¹rede configurou-se como a ocorrência mais prevalente entre as pessoas idosas da comunidade.

Tabela 4: Distribuição das pessoas idosas segundo o hábito de vida relacionada ao tabagismo e etilismo, quedas e internações. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

Variáveis	n	%
Tabagismo		
Sim	41	18,5
Não	181	81,5
Etilismo		
Sim	39	17,6
Não	183	82,4
Queda (12 meses)		
Sim	25	11,3
Não	197	88,7
Internação (12 meses)		
Sim	13	5,9
Não	209	94,1
Total	222	100,0

Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

Em relação à internação, observou-se que 209 (94,1%) das pessoas idosas relataram não ter sido internadas no período analisado, enquanto 13 (5,9%) informaram ter passado por algum episódio de internação, sendo mais frequente entre os homens (n=7), principalmente em decorrência de procedimentos cirúrgicos.

A Tabela 5 apresenta as DCNTs das pessoas idosas ribeirinhas conforme a classificação dos capítulos da CID-10. Verificou-se que as doenças do aparelho circulatório apresentam maior frequência (n=129, 58,1%), principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica (n=125, 56,3%), em sua maioria mulheres (n=72). Em seguida, são as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, aparecendo somente a DM (n=56, 25%), com maior frequência para o sexo

¹ Rede: É um utensílio indispensável, tradicionalmente feito de tecido ou fios, usado para dormir ou descansar, fundamental na cultura amazônica.

feminino. Outra que predominou foram as doenças do olho e anexos, apresentando somente a cegueira (n=6), em que três pessoas idosas estavam na faixa etária de 80 anos ou mais.

Tabela 5: Distribuição das pessoas idosas segundo as doenças crônicas não-transmissíveis de acordo com os capítulos da CID-10. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

Capítulos da CID-10	Doenças ou agravos	SEXO			
		n	%	F	M
				N	n
IX- Doenças do aparelho circulatório	Hipertensão arterial sistêmica	125	56,3	72	53
	Insuficiência cardíaca congestiva	2	0,9	1	1
	Arritmia	2	0,9	1	1
IV- Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Diabetes mellitus	56	25,2	34	22
VII- Doenças do olho e anexos	Cegueira	6	2,7	3	3
VI- Doenças do sistema nervoso	Acidente vascular cerebral	2	0,9	2	0
	Doença de Parkinson	1	0,5	0	1
	Doença de Alzheimer	1	0,5	0	1
V- Transtornos mentais e comportamentais	Episódios depressivos	2	0,9	2	0
XIII- Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Artrite reumatoide	5	2,3	2	3

Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

Nota: Os indivíduos podiam responder mais de uma doença, conforme o que possuía.

Neste estudo, a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foi de 44,8%. Esse percentual foi obtido a partir da razão entre o número total de DCNT identificadas entre as pessoas idosas ribeirinhas e o total da população estudada, composta por 433 indivíduos das cinco comunidades.

Quanto ao número de DCNTs dos participantes do estudo apresentado no Quadro 3, as pessoas idosas que relataram apresentar somente uma doença predominou (n=96, 43,2%), em sua maioria do sexo feminino (n=55, 24,8%). Em segundo foram as pessoas que declararam não possuir nenhum tipo de doença (n=79, 35,6%), sendo a maioria do sexo masculino (n=48, 21,6%), na faixa etária de 60 a 69 anos.

Quadro 3: Distribuição das pessoas idosas segundo a quantidade de doença crônica e o sexo. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

nº DC	SEXO			
	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
0	31	13,9	48	21,6
1	55	24,8	41	18,4
2	26	11,8	20	9,0
3 ou +	1	0,5	0	0,0

Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

Legenda: DC- Doença Crônica.

Nota: Os indivíduos podiam responder mais de uma doença, conforme o que possuía.

No Quadro 4 apresenta os medicamentos utilizados pelos participantes do estudo. Utilizou-se a Classificação Anatômica Terapêutica química (ATC) para fazer a caracterização desta variável. Foram mencionados 25 medicamentos diferentes.

Quadro 4: Distribuição dos medicamentos utilizados pelas pessoas idosas ribeirinhas, segundo a classificação ATC nível 1. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

Classe medicamentosa	n	%
Drogas que afetam o sistema cardiovascular	106	47,7
Drogas que afetam o pâncreas e sistema endócrino	49	22,0
Drogas que afetam os rins	17	7,6
Drogas que afetam o sistema nervoso central	5	2,2
Analgésicos e substâncias correlatas	4	1,8
Agentes anti-inflamatórios	3	1,3
Hipolipemiante	2	0,9
Antianêmico	2	0,9
Drogas utilizadas na homeostasia e trombose	1	0,4
Não faz uso de medicamento	87	39,2

Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

Da classe medicamentosa que afeta o sistema cardiovascular, a substância química mais consumida, foi a losartana (n=73,32%). A segunda substância química mais consumida foi a metformina (n=45, 20,3%), da classe medicamentosa que afeta o pâncreas e sistema endócrino. Vale ressaltar que 87 (39,2%) dos participantes responderam não consumir nenhum tipo de medicamento.

5.4 Distribuição dos participantes do estudo para funcionalidade

Em relação a participação das pessoas idosas ribeirinhas na Atividades Avançada da Vida Diária (AAVDs) está descrito na Tabela 6.

Tabela 6: Distribuição das pessoas idosas ribeirinhas segundo as variáveis dos domínios da AAVDs. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

AAVDs	n	%
Social		
1- Fazer visitas na casa de outras pessoas.	146	65,7
2- Receber visitas em casa.	216	97,3
3- Ir à igreja ou templo para rituais religiosos.	169	76,1
4- Participar de reuniões sociais.	91	41
Lazer		
5- Participar de eventos culturais: Festa religiosa, festa da comunidade.	136	61,3
6- Dirigir automóvel (Carro/moto)	21	9,5
7- Fazer viagem de curta duração para fora da cidade.	144	64,8
8- Fazer viagens de longa duração para fora da cidade.	-	-
Produtivo		
9- Fazer trabalho voluntário.	1	0,5
10- Fazer trabalho remunerado.	17	7,6
11- Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas...	2	0,9
12- Participar de algum curso de atualização ou de Universidade à terceira idade.	3	1,4
13- Participar de centro e ou grupos de convivência exclusivos para pessoa idosa.	57	25,7

Nota: O “n” representa a resposta (sim) dos participantes.

Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

Constatou-se que as pessoas idosas ribeirinhas são muito participativas em relação ao domínio social referente aos quatro primeiros itens da tabela, desses o que mais predominou foi o item relacionado a receber visitas em casa (n=216, 97,3%).

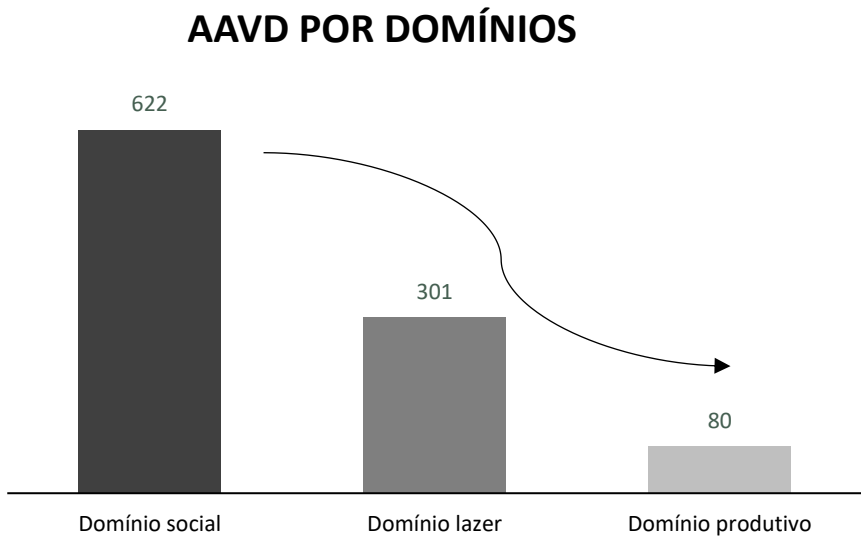
Quanto às atividades do domínio de lazer, relacionado aos itens (5,6,7 e 8) da tabela, o que se destacou foi a realizar viagem de curta duração para fora da cidade (n=144, 64,8%). Evidenciou-se que esse fluxo migratório é motivado, em grande parte, pela necessidade de os idosos comparecerem ao município de Parintins para a percepção de benefícios previdenciários.

No que tange ao domínio produtivo, relacionado aos itens (9,10,11,12 e 13) da tabela, o que se destacou foi a participação em centro de convivência para pessoa idosa (n=57, 25,7%). Tal engajamento é viabilizado pela existência de núcleos de programas específicos em quase

todas as localidades estudadas, os quais promovem atividades físicas, momentos de lazer e processos de aprendizagem. Ressalta-se que, das cinco comunidades amostradas, apenas uma não oferecia esse tipo de assistência.

No Gráfico 2 apresenta a AAVD através de três domínios, podemos observar o declínio nas atividades de acordo com sua participação. O primeiro domínio afetado foi em relação a parte produtiva, que envolve o trabalho e a participação em associações e grupos sociais voltada para a pessoa idosa. O segundo domínio impactado foi em relação ao lazer, como realizar viagens e participar de festas da comunidade. E por último, o domínio social, relacionado a situações de contato social, atividades no grupo familiar e de amizade.

Gráfico 2: Distribuição das pessoas idosas segundo os domínios da AVVD. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.



Nota: O valor apresentado em cada coluna corresponde à soma das respostas afirmativas (“sim”) de todos os participantes, agrupadas conforme o respectivo domínio avaliado.

Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

A distribuição das pessoas idosas ribeirinhas conforme os itens da escala de *Katz* para ABVDs está descrita na Tabela 7.

Tabela 7: Distribuição das pessoas idosas ribeirinhas segundo as variáveis das ABVDs. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

ABVDs	n	%
Banho:		
Independência	208	93,7
Dependência	14	6,3
Vestir:		
Independência	209	94,1
Dependência	13	5,9
Ir ao banheiro:		
Independência	210	94,6
Dependência	12	5,4
Transferência:		
Independência	212	95,5
Dependência	10	4,5
Continência:		
Independência	217	97,7
Dependência	5	2,3
Alimentação:		
Independência	221	99,5
Dependência	1	0,5
Total	222	100,0

Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

As pessoas idosas ribeirinhas apresentaram maior frequência de independência para a realização das ABVDs (n=204, 91,9%). As atividades que se observou maior relato para dependência foram: para tomar banho (n=14, 6,3%), Vestir-se (n=13, 5,9%) e dependência para ir ao banheiro (n=12, 5,4%). A maioria das pessoas que tinham alguma dependência possuíam pelo menos uma doença crônica.

A classificação da escala de *Katz* para o grau de dependência é apresentada na Tabela 8. Observou-se que dos 222 participantes do estudo, 204 (91,9%) eram independentes; 10 (4,5%) tinham dependência moderada e 8 (3,6%) foi classificado como totalmente dependente.

Tabela 8: Distribuição das pessoas idosas ribeirinhas conforme o grau de dependência pela classificação da escala de *Katz*. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

Grau de dependência	n	%
Independente	204	91,9
Dependência moderada	10	4,5
Dependência total	8	3,6
Total	222	100,0

Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

A Tabela 9 apresenta a distribuição das pessoas idosas, segundo os itens da escala de Lawton.

Tabela 9: Distribuição das pessoas idosas ribeirinhas segundo os itens da escala de *Lawton* para AIVDs. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

AIVD	N	%
consegue usar o telefone:		
Sem ajuda	98	44,2
Com ajuda	47	21,2
Não consegue	77	34,6
Consegue ir a locais distantes:		
Sem ajuda	122	55
Com ajuda	73	32,8
Não consegue	27	12,2
Consegue fazer compras:		
Sem ajuda	121	54,5
Com ajuda	69	31,1
Não consegue	32	14,4
Consegue preparar as próprias refeições:		
Sem ajuda	154	69,4
Com ajuda	36	16,2
Não consegue	32	14,4
Consegue arrumar a casa:		
Sem ajuda	150	67,6
Com ajuda	44	19,8
Não consegue	28	12,6
Consegue fazer os trabalhos manuais domésticos:		
Sem ajuda	156	70,3
Com ajuda	36	16,2
Não consegue	30	13,5
Consegue lavar e passar sua roupa:		
Sem ajuda	156	70,3
Com ajuda	36	16,2
Não consegue	30	13,5
Consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto:		
Sem ajuda	167	75,2
Com ajuda	35	15,7
Não consegue	20	9,1
Consegue cuidar de suas finanças:		
Sem ajuda	130	58,6
Com ajuda	70	31,5
Não consegue	22	9,9
Total	222	100,0

Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

Na escala de *Lawton*, as atividades com maior frequência para independência (sem ajuda) foram os itens: Conseguir tomar o remédio no horário certo (n=167, 75,2%); Conseguir fazer os trabalhos domésticos (n=156, 70,3%); e Conseguir lavar e passar roupa (n=156,

70,3%). As AIVDs com maior frequência de dependência (com ajuda e não consegue) foram conseguir usar o telefone (n=124) e conseguir fazer compras (n=101).

Em relação a classificação da escala de *Lawton* por meio do grau de dependência para AIVDs das pessoas idosas ribeirinhas, são observadas na Tabela 10. Observou-se que dos 222 participantes do estudo, 60 (27%) possuem independência; 144 (64,9%) dependência parcial, e 18 (8,1%) dependência total.

Tabela 10: Distribuição das pessoas idosas ribeirinhas conforme o grau de dependência pela classificação da escala de Lawton. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

Grau de dependência	n	%
Dependência total	18	8,1
Dependência parcial	144	64,9
Independência	60	27
Total	222	100,0

Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

Ao analisar a distribuição entre independência e dependência nas atividades instrumentais da vida diária, segundo a faixa etária, evidenciou-se uma tendência progressiva de aumento da dependência conforme o avanço da idade. Entre as pessoas idosas de 60 a 69 anos, observou-se que 58,3% se mantêm independentes, enquanto 42,6% apresentam algum grau de dependência.

Na faixa etária de 70 a 79 anos, os dependentes (37,7%) superam a proporção de independentes (36,7%), sugerindo um declínio da funcionalidade. E na faixa etária de 80 anos ou mais, a situação se torna mais evidente, com apenas 5% independentes, frente a 91,4% que se encontram em condição de dependência.

5.5 Associação das variáveis dos dados demográficos, socioeconômicos, domicílio, condições de saúde com desempenho das ABVD e AIVDs dos participantes do estudo.

A análise da associação entre as variáveis sociodemográficas e domicílio das pessoas idosas ribeirinhas está detalhada na Tabela 11. Os resultados indicam uma associação estatisticamente significativa entre a idade das pessoas idosas e os indicadores de capacidade funcional, tanto nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) ($p < 0,001$) quanto nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) ($p = 0,004$).

Tabela 11: Análise da associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e domicílio das pessoas idosas ribeirinhas. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

Variáveis	ABVDs			AIVDs		
	IND	DEP	p	IND	DEP	p
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Idade (anos)						
60-79	181 (96,8)	6 (3,2)	<0,001*	57 (30,5)	130 (69,5)	0,004**
80 e mais	23 (65,7)	12 (34,3)		3 (8,6)	32 (91,4)	
Sexo						
Feminino	104 (92,0)	9 (8,0)	0,936	33 (29,2)	80 (70,8)	0,467
Masculino	100 (91,7)	9 (8,3)		27 (24,8)	82 (75,2)	
Estado conjugal						
Com companheiro	129 (92,8)	10 (7,2)	0,343	36 (25,9)	103 (74,1)	0,367
Sem companheiro	75 (90,4)	8 (9,6)		24 (28,9)	59 (71,1)	
Alfabetizado						
Sim	173 (94,0)	11 (6,0)	0,019	53 (28,8)	131 (71,2)	0,132
Não	31 (81,6)	7 (18,4)		7 (18,4)	31 (81,6)	
Renda familiar						
<1	63 (95,5)	3 (4,5)	0,160**	22 (33,3)	44 (66,7)	0,114
≥1	141 (90,4)	15 (9,6)		38 (24,4)	118 (75,6)	
Domicílio (n° moradores)						
1	14 (87,5)	2 (12,5)	0,380**	2 (12,5)	14 (87,5)	0,142**
+1	190 (92,2)	16 (7,8)		58 (28,2)	148 (71,8)	

Legenda: ABVD- Atividade Básica da Vida Diária; AIVD- Atividade Instrumental da Vida Diária; IND- Independente; DEP- Dependente. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$).

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

A análise de associação entre a autoavaliação de saúde, estilo de vida, internação, presença de doenças crônicas e uso de medicamentos com as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) está apresentada na Tabela 12.

Tabela 12: Análise da associação entre as condições de saúde com as ABVDs e AIVDs das pessoas idosas ribeirinhas. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

Variáveis	ABVDs			AIVDs		
	IND	DEP	p	IND	DEP	p
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Autoavaliação/saúde						
Muito boa/boa	49 (96,1)	2 (3,9)	0,171**	14 (27,5)	37 (72,5)	0,535
Regular/ruim	155 (90,6)	16 (9,4)		46 (26,9)	125 (73,1)	
Tabagista						
Sim	37 (90,2)	4 (9,8)	0,433**	12 (29,3)	29 (70,7)	0,428
Não	167 (92,3)	14 (7,7)		48 (26,5)	133 (73,5)	
Etilista						
Sim	38 (97,4)	1 (2,6)	0,138**	13 (33,3)	26 (66,7)	0,216
Não	166 (90,7)	17 (9,3)		47 (25,7)	136 (74,3)	
Internação						
Sim	7 (53,8)	6 (46,2)	<0,001*	2 (15,4)	11 (84,6)	0,267**
Não	197 (94,3)	12 (5,7)		58 (27,8)	151 (72,2)	
Doença crônica						
Sim	126 (88,1)	17 (11,9)	0,003**	30 (21,0)	113 (79,0)	0,005*
Não	78 (98,7)	1 (1,3)		30 (38,0)	49 (62,0)	
Nº Doença crônica						
0-1	162 (92,6)	13 (7,4)	0,325	50 (28,6)	125 (71,4)	0,209
+1	42 (89,4)	5 (10,6)		10 (21,3)	37 (78,7)	
HAS						
Sim	111 (88,8)	14 (11,2)	0,081**	27 (21,6)	98 (78,4)	0,028
Não	93 (95,9)	4 (4,1)		33 (34,0)	64 (66,0)	
DM						
Sim	51 (91,1)	5 (8,9)	0,493	12 (21,4)	44 (78,6)	0,180
Não	153 (92,2)	13 (7,8)		48 (28,9)	118 (71,1)	
Cegueira						
Sim	0 (0,0)	6 (100,0)	<0,001**	0 (0,0)	6 (100,0)	0,147**
Não	204 (94,4)	12 (5,6)		60 (27,8)	156 (72,2)	

Uso de medicamento						
Sim	115 (87,1)	17 (12,9)	0,001**	26 (19,7)	106 (80,3)	0,002*
Não	89 (98,9)	1 (1,1)		34 (37,8)	56 (62,2)	
Nº de medicamento						
0	89 (98,9)	1 (1,1)		34 (37,8)	56 (62,2)	
1	68 (84,0)	13 (16,0)	0,002**	13 (16,0)	68 (84,0)	0,006
+1	47 (92,2)	4 (7,8)		13 (25,5)	38 (74,5)	

Legenda: ABVD- Atividade Básica da Vida Diária; AIVD- Atividade Instrumental da Vida Diária; IND- Independente; DEP- Dependente; HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica; DM- Diabetes Mellitus. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$).

*Teste qui-quadrado de Pearson ** Teste exato de Fisher

Os resultados evidenciam associação estatisticamente significativa entre diversas variáveis e as limitações funcionais. Observou-se uma relação significativa entre a internação e as ABVDs ($p < 0,001$), entre a presença de doenças crônicas e as ABVDs ($p = 0,003$), bem como entre a doença crônica com as AIVDs ($p = 0,005$).

Além disso, a cegueira mostrou-se associada de maneira significativa às ABVDs ($p < 0,001$). O uso de medicamentos revelou uma associação tanto com ABVDs ($p < 0,001$) quanto com as AIVDs ($p = 0,002$), e número de medicamento utilizados demonstrou uma relação significativa com as ABVDs ($p = 0,002$).

5.6 Associação dos itens da ABVD com AIVD e associação dos itens da AIVD com a ABVD dos participantes do estudo.

Ao analisar a associação entre os itens das ABVDs e a classificação em AIVDs detalhada na Tabela 13, não foram identificadas associações estatísticas significativas.

Tabela 13: Análise da associação entre os itens da ABVDs com AIVDs das pessoas idosas ribeirinhas. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

ITENS ABVDs	AIVDs		
	IND	DEP	P
	n (%)	n (%)	
Banhar-se			
Dependente	1 (7,1)	13 (92,9)	0,069**
Independente	59 (28,4)	149 (71,6)	
Vestir-se			
Dependente	0 (0,0)	13 (100,0)	0,015**
Independente	60 (28,7)	149 (71,3)	
Ir ao banheiro			
Dependente	0 (0,0)	12 (100,0)	0,020**
Independente	60 (28,6)	150 (71,4)	
Transferência			
Dependente	0 (0,0)	10 (100,0)	0,040**
Independente	60 (28,3)	152 (71,7)	
Continência			
Dependente	0 (0,0)	5 (100,0)	0,203**
Independente	60 (27,6)	157 (72,4)	
Alimentação			
Dependente	0 (0,0)	1 (100,0)	0,730**
Independente	60 (27,1)	161 (72,9)	

Legenda: ABVD- Atividade Básica da Vida Diária; AIVD- Atividade Instrumental da Vida Diária; IND- Independente; DEP- Dependente. ** Teste exato de Fisher

Observou-se tendência de associação nos itens vestir-se ($p=0,015$), ir ao banheiro ($p=0,020$) e transferência ($p=0,040$), sugerindo que limitações nessas atividades básicas podem estar relacionadas à dependência nas AIVDs. Contudo, os resultados não alcançaram o nível de significância estabelecido.

Na Tabela 14 foi realizada a análise dos itens da AIVDs com a classificação das ABVDs, e os resultados foram estatisticamente significativos. Observou-se que todas as associações aparecem com $p < 0,001$, o que indica associação estatística significativa entre cada item da AIVDs e a classificação de ABVDs.

Tabela 14: Análise da associação entre os itens da AIVDs com ABVDs das pessoas idosas ribeirinhas. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

ITENS AIVDs	ABVDs		
	IND	DEP	p
	n (%)	n (%)	
Usar telefone			
Dependente	106 (85,5)	18 (14,5)	<0,001**
Independente	98 (100,0)	0 (0,0)	
Ir à locais distantes			
Dependente	82 (82,0)	18 (18,0)	<0,001**
Independente	122 (100,0)	0 (0,0)	
Fazer compras			
Dependente	83 (82,2)	18 (17,8)	<0,001**
Independente	121 (100,0)	0 (0,0)	
Preparar refeições			
Dependente	51 (75,0)	17 (25,0)	<0,001**
Independente	153 (99,4)	1 (0,6)	
Arrumar a casa			
Dependente	54 (75,0)	18 (25,0)	<0,001**
Independente	150 (100,0)	0 (0,0)	
Fazer reparos no domicílio			
Dependente	48 (72,7)	18, (27,0)	<0,001**
Independente	156 (100,0)	0 (0,0)	
Lavar e passar roupa			
Dependente	48 (72,7)	18 (27,0)	<0,001**
Independente	156 (100,0)	0 (0,0)	

Tomar medicamentos			
Dependente	38 (69,1)	17 (30,9)	<0,001**
Independente	166 (99,4)	1 (0,6)	
Cuidar das finanças			
Dependente	73 (80,2)	18 (19,8)	<0,001**
Independente	131 (100,0)	0 (0,0)	

Legenda: ABVD- Atividade Básica da Vida Diária; AIVD- Atividade Instrumental da Vida Diária; IND- Independente; DEP- Dependente. Valores em negrito indicam associação estatística ($p \leq 0,05$). ** Teste exato de Fisher

Os dados apresentam que a dependência em AIVDs está fortemente relacionada com a dependência em ABVDs, nos mostra que a perda funcional em pessoas idosas segue um curso progressivo, o qual se inicia nas atividades mais complexas (AIVDs) e pode evoluir para as atividades básicas.

5.7 Rede de apoio social dos participantes do estudo

Os resultados dessa abordagem estão divididos em três partes: Características dos participantes do estudo; Rede de apoio social informal e Rede de apoio social formal.

5.7.1 Características dos participantes do estudo.

As características das 12 pessoas idosas das comunidades ribeirinhas de Parintins estão apresentadas na Tabela 15, a qual apresenta o perfil quanto a idade, sexo, comunidade e dependência para as atividades básicas da vida diária (ABVDs).

Tabela 15: Caracterização dos participantes da abordagem qualitativa do estudo. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

nº	Participante	Comunidade	Sexo	Idade	Dependência
01	Margarida	Vila Amazônia	F	79	Moderada
02	Tulipa	Vila Amazônia	F	74	Total
03	Camélia vermelha	Vila Amazônia	F	87	Total
04	Girassol	Maranhão	M	79	Moderada
05	Íris	Maranhão	F	85	Moderada
06	Lírio	Zé Açú	M	80	Total
07	Amarílis	Zé Açú	F	85	Moderada
08	Lótus azul	Zé Açú	M	75	Moderada
09	Vitória régia	Caburi	M	84	Total
10	Petúnia	Caburi	F	82	Moderada
11	Lavanda	Mocambo	F	90	Moderada
12	Crisântemo	Mocambo	M	60	Moderada

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Observou-se que houve predominância da faixa etária de ≥ 80 anos, seguida da faixa etária de 70 a 79 anos. A idade mínima foi de 60 anos e a máxima de 90 anos (média 80,8 / desvio padrão 6,1). Quanto ao sexo, constatou-se a predominância do sexo feminino (58,3%). No que tange ao estado conjugal, houve maioria de casados (50%).

No que diz respeito à escolaridade dos entrevistados constatou-se um nível predominantemente baixo, sendo seis pessoas com ensino fundamental incompleto, representando 50% da população, seguida de quatro analfabetos, representando 33,4%.

A religião que se destacou em unanimidade foi o catolicismo. No que se refere a raça mais frequente foi a parda em 11 participantes, representando 91,7%, seguida do que se autodeclarou branco (8,3%).

No que tange à renda familiar das pessoas idosas, foi em sua grande maioria equivalente de um a dois salários-mínimos (83,3%), duas pessoas idosas (25%) declararam receber menos de um salário-mínimo, possuindo uma renda em dinheiro que varia de R\$ 500,00 a R\$ 800,00.

Quanto ao status ocupacional atual dos participantes, foram predominantemente aposentados (83,3%). Desses que informaram ser aposentados, seis (60%) eram mulheres e quatro (40%) eram homens. E a atividade exercida antes da aposentadoria que se destacou foi a atividade de agricultor (100%).

Perguntados a questão do domicílio, condição de ocupação e a quantidade de pessoas que conviviam na residência, observou-se que a maioria convivia com uma a cinco pessoas na residência, e todos possuíam casa própria. Apenas duas pessoas moravam sozinhas.

Verificou-se que as doenças do aparelho circulatório apresentam maior frequência ($n=7$, 58,8%), sendo com Hipertensão Arterial Sistêmica, em sua maioria mulheres ($n=4$). Outra que predominou foram as doenças do olho e anexos, apresentando somente a cegueira ($n=4$), onde duas pessoas idosas estavam na faixa etária de 80 anos ou mais.

5.7.2 Rede de apoio social das pessoas idosas ribeirinhas

Com a análise das entrevistas obtiveram-se três categorias que se apresentam no Quadro 05.

Quadro 5. Categorias e subcategorias da análise das entrevistas. Parintins, Amazonas, Brasil, 2025.

Item	Categoria	Subcategoria
REDE DE APOIO SOCIAL DAS PESSOAS IDOSAS RIBEIRINHAS	CONCEPÇÃO SOBRE REDE DE APOIO SOCIAL	• Concepção sobre rede de apoio social relacionado à família • Concepção sobre rede de apoio social relacionado à crença espiritual • Concepção sobre rede de apoio social relacionado ao tratamento da doença • Concepção sobre rede de apoio social relacionado ao apoio da comunidade
	REDE DE APOIO SOCIAL INFORMAL	• Duração do apoio informal oferecido • Relação familiar • Apoio informal oferecido durante enfermidade • Apoio informal oferecido para cuidados pessoais e serviços domésticos • Apoio financeiro e auxílio para atividades externas • Atividades sociais e de lazer
	REDE DE APOIO SOCIAL FORMAL	• Apoio recebido • Apoio formal recebido pela equipe de saúde • Apoio formal recebido pelos membros da igreja • Duração do apoio formal • Participação em grupos na comunidade

Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

5.7.3 Concepção sobre rede de apoio social

A forma de concepção da pessoa idosa ribeirinha sobre rede de apoio social manifesta-se nos relatos dos entrevistados em alguns casos relacionado a família, a crença espiritual, ao tratamento da doença e o apoio da comunidade.

5.7.3.1 Concepção sobre rede de apoio social relacionado à família

Margarida, Camélia vermelha, íris e Vitória-régia relataram que a rede de apoio social se encontra relacionada a família, ligado ao apoio oferecido no dia a dia por seu familiar. Essa compreensão das pessoas idosas ribeirinhas é percebida conforme é descrito nos depoimentos a seguir:

É apoio da família [...] (Margarida)

É ajuda do filho, filha [...] (Carmélia vermelha)

É meus filhos que me apoiam [...] (Íris)

Quem me ajuda é minha filha e minha velha [...] (Vitória-régia)

Através dos depoimentos das pessoas idosas ribeirinhas, observa-se que a concepção sobre rede de apoio social está, predominantemente, vinculada à família, especialmente por meio dos cuidadores principais. As narrativas evidenciam o papel central que os familiares assumem no cuidado da pessoa idosa, sobretudo em contextos geográficos mais isolados, nos quais a presença de outras formas de apoio social é limitada. Nesse sentido, a família desempenha uma função essencial no processo de adaptação do adulto mais velho com algum grau de dependência para a realização das atividades da vida diária.

Em contrapartida, o relato de Lótus azul expressa a ausência de apoio familiar, destacando a carência de suporte nos cuidados cotidianos e nas necessidades básicas, os quais, idealmente, deveriam ser supridos por essa rede de apoio.

[...]Por isso que eu estou dizendo, meus filhos não me gostam. Não me gostam [...]
(Lótus azul)

A comparação entre as narrativas permite evidenciar distintas formas de acolhimento destinadas às pessoas idosas. Fatores como idade, comportamento, acometimento de saúde, condições financeiras e conflitos familiares surgem como questões que influenciam na rede de apoio oferecida. Com a progressiva perda da funcionalidade, observa-se um aumento da dependência para a realização das atividades da vida diária, o que, em muitos casos, resulta em resistência por parte de alguns familiares em assumir essa responsabilidade, ocasionando a sobrecarga de um único cuidador.

Essas divergências nas experiências relatadas reforçam a importância da presença de uma rede de apoio social voltada às pessoas idosas, especialmente em contextos rurais. A maneira como enfrentam a condição de dependência não se limita a aspectos biológicos, mas envolve também dimensões psicossociais, que influenciam diretamente sua qualidade de vida e bem-estar.

5.7.3.2 Concepção sobre rede de apoio social relacionado à crença espiritual

No relato de Margarida, destaca-se a relevância do apoio espiritual como componente significativo em sua experiência de vida. Considerando que o ser humano está inserido em um ecossistema de relações, a dimensão espiritual surge como um elemento que oferece sensação de companhia e amparo, por meio da crença em uma entidade superior. Tal vínculo contribui para o fortalecimento emocional, influenciando positivamente a tomada de decisões e as atitudes diante das adversidades do cotidiano.

[...] Primeiramente, apoio de Deus [...] (Margarida)

O relato do entrevistado denota a dependência de Deus nas suas relações, enfatiza que ter o apoio espiritual é essencial por trazer segurança, esperança e força diante dos desafios. Ter Deus como companheiro pode dar sentido mais profundo a sua existência como parte de uma comunidade. Assim, a fé fortalece os laços comunitários e promove um lugar de cuidado mútuo.

5.7.3.3 Concepção sobre rede de apoio social relacionado ao tratamento da doença

Girassol e Crisântemo, relatam o apoio em relação ao tratamento da doença. Devido a condição de saúde muitas pessoas idosas relacionam o apoio oferecido a momentos mais delicados ou vulneráveis. Essa compreensão das pessoas idosas ribeirinhas é percebida conforme descrito nos depoimentos a seguir:

[...] Eu fico pensando muitas vezes, sobre meu tratamento, né? (Girassol)
[...] Apoio assim, no caso, de doença, né? [...] (Crisântemo)

As pessoas idosas ribeirinhas relataram que a rede de apoio é voltada ao apoio oferecido em relação a sua doença, observa-se pela fala que muitas vezes o apoio ou atenção que tem é quando se está doente. Pelo contexto, é possível identificar que as pessoas idosas demonstram preocupação com sua condição de saúde e com a assistência recebida para a promoção de melhorias em seu quadro clínico. No entanto, observa-se que, em diversos casos, o único suporte efetivamente disponível refere-se ao tratamento de saúde em si, sendo ausente ou insuficiente o apoio em outras dimensões do cuidado, como o emocional, social e funcional.

5.7.3.4 Concepção sobre rede de apoio social relacionado ao apoio da comunidade

Os participantes Margarida e Crisântemo abordam em suas falas que rede de apoio social está relacionado com o apoio da comunidade ou de grupos que fazem parte. Conforme descrito nos depoimentos a seguir:

[...] Apoio dos vizinhos [...] (Margarida)
[...] hoje contém um grupo de idosos de hipertenso e diabético, toda quinta-feira tem um grupo, a gente se reúne pra ver como é que tá, né? [...] (Crisântemo)

O apoio social recebido da comunidade ajuda as pessoas idosas no processo de enfrentamento e recuperação de enfermidade, estresse ou outras dificuldades. Ter o apoio da comunidade auxilia na interação social e promove a valorização do adulto mais velho como pertencente ao meio em que vive.

5.7.4 Rede de apoio social informal

Ao explorar os relatos sobre o apoio recebido pelas pessoas idosas ribeirinhas, os participantes Margarida, Lavanda, Vitória – régia e Petúnia revelam contar com o apoio dos filhos e dos netos para as atividades do cotidiano.

[...] Quem mais vem é minha filha que mora perto (Margarida)
[...] Aqui é só do meu filho que mora comigo mesmo, esse aí. E a minha filha, filha e neto [...] (Lavanda)
[...] Quem me ajuda é minha filha e minha velha, as vezes meus filhos (Vitória-régia)
[...] É de filha. Duas filhas (Petúnia)

O apoio social informal oferecido por filhos e netos é essencial para o bem-estar físico e emocional. Essa interação fortalece os laços familiares e oferece suporte em diversas áreas da vida. Por se tratar também de um ambiente rural, onde se tem dificuldade no acesso a saúde, o apoio de filhos e netos é importante para garantir uma boa qualidade de vida para a pessoa idosa.

5.7.4.1 Duração do apoio informal oferecido

Ao explorar os relatos sobre a duração do apoio recebido, revela-se duas situações que refletem na qualidade do apoio oferecido. Um grupo de entrevistados, como Amarílis e Camélia vermelha, relatam ter o apoio diário de filhos e netos.

[...] Ela aqui é o dia todo (se referindo a filha). Todo dia, desde as 5 horas da manhã, ela já está com o café lá na minha rede [...] (Amarílis)
[...] Quem vem todo dia aqui é essa aqui e esse. (se referindo aos netos) [...] (Camélia vermelha)

Em contrapartida, um segundo grupo de entrevistados, como Margarida, Vitória-régia e Lótus azul, relatam o apoio ineficaz que recebem pelo tempo oferecido, que às vezes até cobram para ir visitar.

[...] passa alguns minutos. Mas não vem todo dia [...] (Margarida)
[...] Eles vêm aqui (se referindo aos filhos) [...] meia hora, dois minutos, três minutos, aí é variado isso. E tem horas que só eu com a velha e Deus. (Vitória-régia)
[...] Ela fala (se referindo a filha) "Se o senhor me solicitar, me dá um dinheirinho pequeno" [...] (Lótus azul)

Em relação ao apoio diário, caracterizado pela ajuda de filhos e netos, observa-se a boa relação de vínculo afetivo e a preocupação que os familiares têm em oferecer o melhor para a pessoa idosa, contribuindo para a adaptação deles em condição de dependentes para as atividades diárias. Agora em relação à duração do apoio ineficaz pode ter um impacto negativo para com quem recebe, podendo levar a desmotivação, frustração e problemas de saúde mental.

A ausência de suporte adequado e contínuo compromete o bem-estar emocional e psicológico, tornando-se um fator de risco adicional em contextos de vulnerabilidade.

5.7.4.2 Relação familiar

Considerando o vínculo familiar, parte dos entrevistados demonstraram possuir uma satisfação com o convívio e a atenção dada por seus familiares. Vitória-régia, Lavanda e Crisântemo relataram isso em seus depoimentos.

Olha, até aqui graças a Deus. Meus filhos, minha mulher, todos eles me tratam bem[...] (Vitória-régia)
[...] A gente teve bem, graças a Deus. Nunca a gente viveu ruim, né? Um com o outro, nem com filho, nem com filha, com ninguém. Graças a Deus. (Lavanda)
É boa. Porque a gente tem um programa, assim, da família, né? Que todo segundo domingo do mês, a gente faz uma comemoração em família, um almoço em família. [...] (Crisântemo)

Pelos relatos observa-se a satisfação dos entrevistados em ter o apoio da família na sua idade avançada. Possuir esse apoio influencia na segurança, autoestima e bem-estar, fatores indispensáveis para o envelhecimento saudável. Ter com quem contar e um meio de socializar é muito importante para a pessoa idosa que possui alguma dependência, sendo uma forma de distração e alegria em compartilhar momentos de amor com pessoas queridas.

Contrastando os relatos que abordam a boa relação familiar, Margarida, Íris e Girassol, mostram que a distância geográfica dificultou a relação benéfica de laços familiares, e como a solidão pode ser um desafio enfrentado por esses participantes.

[...] (choro) [...] Meio pouca e meio ruim. Mas... É, depende da distância, né? Os filhos, filhas, netos, como moram longe, eles não podem estar aqui todos os meses, todas as semanas, todos os dias, né? (Margarida)
[...] Não é ruim nem boa, é médio. minhas filhas que estão aqui me apoio e já é suficiente. (Íris)
Rapaz a minha família era boa, mas se acabou. Porque está tudo espalhado [...] (Girassol)

É possível observar pelos relatos que a distância geográfica impactou na forma como a pessoa idosa ribeirinha percebe o apoio recebido de seus familiares. O apoio ou a relação familiar ineficaz para eles acontece por não ter a visita diária dos membros da família. Essa situação pode resultar no sentimento de tristeza, preocupação e no isolamento social. A relação ineficaz gera um impacto negativo na forma de enfrentamento do processo de envelhecimento de forma geral, mas possui uma intensidade maior na pessoa idosa dependente situada no contexto rural.

5.7.4.3 Apoio informal oferecido durante enfermidade

Margarida, Lírio, Lótus azul, Petúnia e Amarílis, relatam que o apoio oferecido quando se está doente é somente de filhos e cônjuge.

Praticamente, definitivamente, é do homem que eu vivo com ele há 14 anos [...]
 (Margarida)
Só mesmo daqui de casa, da mulher [...] (Lírio)
[...] É só essa aí (filha). Quando estou doente. Tudo é ela. Para fazer compras, quando preciso de socorro médico, assim, tudo é ela [...] (Lótus azul)
[...] Aqui, só essa que trata de mim aqui. (filha)[...] (Petúnia)
[...] Enquanto é só ela mesmo... É só ela mesmo (filha) [...] (Amarílis)

O apoio fornecido pela família em período de doença é crucial para o bem-estar da pessoa idosa; este apoio pode incluir visitas, assistências diárias, apoio emocional e até mesmo ajuda financeira. Através dos depoimentos dos participantes percebe-se que o cuidado é fornecido praticamente por parte de filhas, ao observar o apoio que é oferecido, é necessário considerar, além da presença do apoio, a qualidade da ajuda oferecida, uma vez que a sobrecarga enfrentada pelo cuidador pode resultar em elevados níveis de estresse, comprometendo a efetividade e a continuidade do cuidado destinado à pessoa idosa. Esse cenário evidencia a importância de estratégias que promovam o suporte e a valorização do cuidador, a fim de assegurar uma assistência mais humanizada.

5.7.4.4 Apoio informal oferecido para cuidados pessoais e serviços domésticos

As declarações de Margarida, Crisântemo, Amarílis e Camélia vermelha sobre o apoio recebido para cuidados pessoais e tarefas domésticas, revelam uma predominância de ajuda recebida por membros da família.

[...] É ele mesmo que faz (companheiro). Quando não está trabalhando, é ele mesmo que faz [...] (Margarida)
[...], mas sempre quem tá lá pra perto comigo é minha esposa, né? Sempre me ajuda nas coisas [...] (Crisântemo)
[...] só ela mesmo (filha) (Amarílis)
[...] É neta. Aquela e aquela. Duas netas (Camélia vermelha)

Ter com quem contar para atividades básicas é muito importante, porque mesmo o adulto mais velho tendo a necessidade de apoio, o cuidador tende a estimular a independência da pessoa idosa, adaptando o ambiente e incentivando a realizar atividades que ainda consiga fazer sozinho. E ter a ajuda de membros da família torna um ambiente mais seguro e acolhedor para sua adaptação.

Ao serem abordados sobre ajuda para serviços domésticos Lótus azul, Amarílis, Petúnia declaram receber a ajuda somente de filha e Girassol contava com a ajuda remunerada.

[...] Quando preciso é tudo a filha (Lótus azul)

[...] Só a filha mesmo. (Amarílis)

[...] Tudo ela (filha) (Petúnia)

[...] Eu pagava. Pagava o pessoal para fazer meu trabalho. Uma vez por semana. (Girassol)

Olhar para o cenário rural e observar o apoio somente de um cuidador principal, podemos inferir o quanto deve ser difícil o dia a dia da pessoa idosa que pode morar sozinha e contar com o apoio somente em alguns momentos do dia. Na fala de Girassol, observa-se a falta de um apoio familiar, sendo um dos pilares mais importantes para o acolhimento e fornecimento de suporte emocional no enfrentamento da doença. Em algumas entrevistas as pessoas choravam por não ter com quem contar, e verifica-se a presença de sentimentos de solidão entre os participantes, os quais se associam à perda de sentido e ao desprazer pela vida.

5.7.4.5 Apoio financeiro e auxílio para atividades externas

Margarida, Lótus azul, Tulipa e Girassol revelam possuir apoio somente para a retirada do dinheiro no banco, auxílio para ajudar nos gastos ou para as necessidades do dia a dia não foram citados. A maioria dos entrevistados relataram receber ajuda somente para fazer as comprar do mês, possuir uma companhia por não ter capacidade de realizar sozinho.

[...] É a minha filha. as vezes traz o dinheiro, eu mando as meninas comprar. (Íris)

[...] É, é tudo ela (filha) que tira o meu dinheiro, ela que me ajuda por tudo. Ajuda para receber e fazer compras (Lótus azul)

[...] Ela que vai me levar, né? (nora) Para tirar o dinheiro, ela também, né? É, ela mesmo que vai, né? (Tulipa)

[...] eu, depende da minha aposentadoria, né? É a única coisa que eu tenho. Outra coisa eu não, eu não, não tenho, né? (Girassol)

Os depoimentos apontam que a pessoa idosa ribeirinha não tem apoio para suprir as necessidades caso precise, conta somente com o valor da aposentadoria para o sustento. Muitas famílias ribeirinhas possuem características de baixa renda, e boa parte das famílias também dependem do valor que a pessoa idosa recebe. E em relação as atividades externas como ir para a cidade, ir à uma unidade de saúde e realizar compras, mostram-se dependentes de seus filhos para a prática dessa atividade.

[...] É ela que me leva (filha), andando mesmo. Em Parintins, é ela que me leva. (Amarílis)

[...] Tem um que me leva, um filho. Em Parintins, as vezes vou de moto, de carro. (Petúnia)

Apesar da pessoa idosa possuir o apoio de familiares para essas atividades, observa-se que a rotina do adulto mais velho acaba sendo somente a casa, supermercado, Banco e unidade de saúde. A ajuda a pessoa idosa não deve ser condicionada ao recebimento de dinheiro, deveria ser uma responsabilidade contínua, independente de situação financeira, mas sim, mostrar interesse genuíno por suas necessidades e sentimentos.

5.7.4.6 Atividades sociais e de lazer

Abordando sobre atividades de lazer, Margarida, Amarílis e Crisântemo retratam em suas falas que participar de atividade social na comunidade é uma forma que encontraram de descontrair junto ao grupo.

Às vezes sim, para um banho para a igreja. [...] (Margarida)
Dançar. Eu danço lá dentro. Eu mesmo danço lá dentro. Quando não me convidam pra ir nesse movimento das idosas pra lá, eu vou pra lá e eu danço [...] (Amarílis)
[...] o futebol, pra mim, é... Até hoje, nós joga bola. A gente tem o campeonato do Master aqui, né? É muito bom pra saúde. O esporte é lazer, é saúde [...] (Crisântemo)

A prática da atividade de lazer proporciona benefícios físicos, mentais e sociais, além de influenciar na melhora do raciocínio e da memória. Através dos relatos percebe-se a satisfação que eles possuem em realizar essas atividades, pela fala de Amarílis, constata-se que mesmo não participando toda vez do grupo do idoso, ela pratica a atividade de dançar sozinha em sua casa por ser uma atividade divertida e prazerosa.

Já nas falas de Tulipa e Lótus azul retratam o receio de sair de casa para realizar alguma atividade pela falta de segurança e por não ter o apoio de alguém para auxiliá-los na prática de alguma atividade recreativa.

[...] Eu ia, né? Agora não posso mais sair. Eu tenho medo, medo de estar andando só eu, né? (Tulipa)
[...] Não, para sair não. Tenho medo de sair e não voltar. Tudo é escuro. (Lótus azul)

Nas falas dos participantes evidenciam a existência de certo grau de dependência de terceiros para realizar alguma atividade, seja devido ao acometimento da saúde ou por medo de sair sozinho. Com a perda da autonomia e dificuldades de mobilidade podem gerar insegurança e medo de depender dos outros. A falta de um suporte que o encorajem, reflete no receio que possuem para sair de casa para participar de atividade recreativa. E esse isolamento interfere no bem-estar da pessoa idosa.

E nas falas de Girassol e Lírio retratam o desinteresse por atividade de lazer devido a doença.

[...] Lazer, é um termo que não tem nem como lhe explicar. Porque a gente doente não tem o lazer, né? Não tem o tipo de prazer para a vida, né? A única coisa é escutar as coisas, né? [...]. (Girassol)
[...] Não. Eu passo a noite, noite e dia na cama, no meu quarto. Eu levanto para me alimentar. [...]. (Lírio)

Os relatos indicam que a perda de prazer em atividades de lazer pode ser um sintoma de várias condições, tanto físicas quanto mentais. Por se tratar de pessoas idosas dependentes, isso pode gerar o sentimento de tristeza, solidão e baixa autoestima afetando significativamente o bem-estar psicológico. E o desprazer por alguma atividade é resultado da falta de apoio, por não ter alguém o incentivando ou mesmo oferecendo a ajuda necessária para o enfrentamento de alguma doença. E por se tratar de pessoas ribeirinhas, precisa-se levar em consideração a distância geográfica e investigar os fatores que dificultam o apoio recebido.

5.7.5 Rede de apoio social formal

O apoio social formal emerge como o eixo principal nas próximas abordagens as pessoas idosas ribeirinhas. A partir das entrevistas realizadas, foi possível identificar os principais apoios oferecidos para com esses adultos mais velhos. A análise se aprofunda nos tipos de apoio oferecidos, frequência e duração dos serviços prestados.

5.7.5.1 Apoio recebido

Nesta categoria as pessoas idosas ribeirinhas entrevistadas revelaram que o apoio recebido era por parte de dois grupos: Relacionado a equipe de saúde local e pelos membros da igreja.

5.7.5.1.1 Apoio formal recebido pela equipe de saúde

Nos relatos de Íris, Crisântemo, Tulipa e Vitória-régia percebe-se que o apoio recebido se concentra em um integrante principal, sendo o agente comunitário de saúde.

[...] O ACS. Ele que mais faz visita. O médico vem, às vezes ele vem, às vezes não vem. [...]. (Íris)
[...] O Posto de Saúde [...] Ela (ACS) e o posto ajudam a gente, né? Assim, quando a pessoa doente. [...]. (Crisântemo)
[...] ela (ACS) orienta, avisa quando médico vai passar aqui. Ai, ela vem fazer aqui uma visita [...] (Tulipa)
[...] A agente de saúde, só ela e Deus. (Vitória-régia)

As falas dos adultos mais velhos revelam que o apoio oferecido parte dos agentes comunitários de saúde, os quais, muitas vezes se responsabilizavam por cuidados básicos, serviços que eram responsabilidade da família. Pelas respostas nota-se o quanto é importante a presença desse funcionário dentro da comunidade, por saber as dificuldades e necessidades por que cada pessoa passa. Eles são um elo essencial para facilitar o acesso aos cuidados básicos, são capazes de identificar problemas e encaminhar para os serviços adequados. Além disso, eles conseguem estabelecer um vínculo forte de comunicação com a comunidade que agrega ao processo de resolubilidade dos problemas de saúde.

Através dos depoimentos pode-se inferir que o agente comunitário de saúde não é visto somente como funcionário, mas como membro da família, por muitas vezes ser o único apoio com que eles podem contar.

5.7.5.1.2 Apoio formal recebido pelos membros da igreja

As declarações de Lírio e Lótus azul sobre o apoio recebido revelam o auxílio vindo dos membros da igreja local.

[...] Pessoal da igreja que vem por aqui. (Lírio)
[...] Da igreja, duas pessoas [...] (Lótus azul)

Muitas igrejas desenvolvem projetos sociais que visam atender às necessidades básicas de pessoas em situação de vulnerabilidade, como alimentação, cuidados de saúde e assistência financeira. E observando o contexto ribeirinho, as igrejas surgem como um importante meio de ajuda, não somente espiritual, mas também para atender às necessidades de quem precisa. Devido às distâncias geográficas, muitas comunidades não possuem um centro comunitário ou instituições de suporte, e as igrejas fazem ações próprias para que essas pessoas sejam atendidas, como atendimentos voluntários ou mesmo realizando missões sociais.

5.7.5.2 Duração do apoio formal

Ao serem questionados sobre a duração do apoio, Lótus azul e Vitória-régia relataram que eram apoios oferecidos pelo agente comunitário e que não eram visitas constantes.

[...] Às vezes uma vez, uma vez por mês. (Lótus azul)
[...] A agente de saúde vem Três vezes por mês, uma vez por mês. Às vezes ela se esquece. (Vitória-régia)

Por ser um apoio oferecido por programas governamentais, não é um apoio diário, o serviço dependerá do tipo de apoio e da disponibilidade dos serviços. Sabemos que em

comunidades ribeirinhas uma única equipe de saúde fica responsável por numerosas famílias. Devido a isso o retorno das visitas pelos ACS pode ser mais demorado, além disso, fatores podem influenciar para chegar ao domicílio da pessoa idosa, como falta de transporte, distância e locais de difícil acesso. No relato de Margarida pode-se observar a demora para receber a visita.

[...] Ixi, o nosso agente de saúde daqui tá com mais de seis meses que não vem aqui em casa. Ele veio ano passado, no começo do ano, com um doutor um moreno. Até hoje não veio mais [...] (Margarida)

A partir do relato, é possível inferir que a demora para receber as visitas está relacionada ao quantitativo de pessoas que cada agente comunitário de saúde possui para realizar visitas e cadastros de novas famílias, além disso, outras situações mais urgentes podem aparecer e fazer com que retarde mais o retorno na casa da pessoa idosa.

5.7.5.3 Participação em grupos na comunidade

Ao explorar os relatos sobre a participação em grupos, percebemos que as pessoas idosas deixaram de frequentar devido algumas situações. Margarida e Lavanda relatam isso em seus depoimentos.

[...] Participava do grupo do idoso, agora não mais. É mais por conta de transporte. De transporte, mesmo. Não garanto ir daqui, é muito longe de ir lá [...] (Margarida)
[...] Eu frequentava, mas agora não estou mais, né? Não estou mais frequentando. (grupo do idoso) (Lavanda)

Em relação a ausência da participação, observa-se que a falta de transporte dificultou a ida até ao grupo. Como se trata de uma pessoa com dependência de algo, ela necessitaria do apoio de um familiar ou de alguém que se responsabilizasse por levá-la, contudo, conforme evidenciado nos resultados, nem todos possuem apoio no seu dia a dia. Então, isso resultou no desinteresse do adulto mais velho em participar. Outras situações poderiam ser citadas como a distância para chegar a um centro comunitário e o perigo em andar sozinho possuindo alguma dependência.



Fonte: Arquivo da pesquisa

(Rua da comunidade Maranhão)

6 Discussão

(A tribulação produz a perseverança; a perseverança, a experiência; e a experiência, a esperança) Romanos 5:3-4

6 DISCUSSÃO

Este estudo configura-se como uma investigação pioneira acerca da funcionalidade e da rede de apoio social das pessoas idosas residentes em comunidades ribeirinhas da região Norte do Brasil, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento sobre o envelhecimento em contextos marcados por vulnerabilidades sociais, geográficas e de acesso aos serviços de saúde.

Nesse cenário, destaca-se a relevância da Enfermagem, cuja atuação é essencial tanto na promoção do cuidado integral quanto na identificação das necessidades físicas, psicossociais e funcionais da população de pessoas mais velhas. A enfermagem exerce um papel estratégico na articulação da rede de apoio, no fortalecimento do vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade e na implementação de práticas que visem à melhoria da qualidade de vida e da autonomia de pessoas idosas em territórios de difícil acesso.

A discussão dos resultados está apresentada tanto na abordagem quantitativa quanto na qualitativa. Na quantitativa está como: As características demográficas e socioeconômicas, tipo de família, condições de saúde, desempenho nas AVDs, associação das variáveis. Na qualitativa está como: Rede de apoio social informal e formal.

Os achados do presente estudo evidenciam que o perfil das pessoas idosas residentes em comunidades ribeirinhas é majoritariamente do sexo feminino; com predominância de idade na faixa etária de 60 a 69 anos; casados; pertencentes à religião católica; com baixo nível de escolaridade; aposentados; renda pessoal inferior a um salário-mínimo e renda familiar equivalente a um salário-mínimo.

Com relação à predominância do gênero feminino encontrado nesse estudo, corrobora os resultados encontrados no estudo de Gama *et al.* (2018); Costa; Leão; Campos (2020) e Campos *et al.* (2017) sobre a predominância do sexo feminino nas pessoas ribeirinhas no Amazonas. A explicação para maior representatividade feminina pode ser atribuída, em parte, à disponibilidade das mulheres para participar de pesquisas, considerando que, nessas comunidades, muitos homens permanecem ausentes durante grande parte do dia em atividades laborais como agricultura e a pesca.

No que tange à faixa etária, no estudo, observou-se maior frequência de indivíduos entre 60 a 69 anos, configurando uma população de idosos jovens. Tal achado está em consonância com os resultados de Ferreira R.S.A. *et al.* (2020), cujas investigações, realizadas com pessoas idosas residentes no interior do Amazonas, também identificaram predominância dessa faixa etária. Essa predominância pode refletir, em parte, a transição demográfica em curso, na qual há redução gradual da natalidade e um aumento na expectativa de vida. Ademais, a baixa presença de pessoas idosas com idade mais avançada pode estar associada às limitações no

acesso a serviços de saúde, à precariedade das condições de vida e à presença de doenças crônicas não controladas, que impactam negativamente a longevidade nessa população.

Com relação ao estado conjugal das pessoas idosas ribeirinhas deste estudo, 62,2% eram casadas. Esse resultado corrobora os dados apresentados por Guimarães *et al.* (2020), que identificaram a predominância de pessoas idosas vivendo acompanhadas de seu cônjuge, em contextos semelhantes a este estudo. Ressalta-se que o casamento, especialmente na velhice, pode representar uma importante fonte de suporte, favorecendo a manutenção da saúde física, mental e social. A convivência com o parceiro tende a proporcionar auxílio mútuo nas atividades do cotidiano e atenção recíproca, aspectos que contribuem significativamente para o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa.

A religiosidade desempenha um papel central na vida cotidiana das populações ribeirinhas do Amazonas, expressando-se por meio de práticas e celebrações ao longo do ano. No presente estudo, observou-se a predominância do catolicismo entre as pessoas idosas, representando 80,6% dos participantes. Esse dado condiz com os apontamentos de Nascimento (2018), ao destacar a persistente influência da igreja católica nas comunidades ribeirinhas, mesmo diante da presença de outras denominações religiosas. Entre as manifestações mais significativas dessa tradição estão as festas de padroeiras, celebradas anualmente como parte essencial do calendário cultural local.

No que diz respeito à escolaridade, os dados deste estudo revelam que as pessoas idosas ribeirinhas apresentam, em sua maioria, um baixo nível de instrução, com 17,1% em situação de analfabetismo e 71,2% com o ensino fundamental incompleto. Esses achados refletem um panorama regional, como evidenciado por Nascimento *et al.* (2019), ao relatar a realidade semelhante entre pessoas idosas ribeirinhas de um município do estado do Pará. A baixa escolaridade nessa população pode impactar significativamente em diversos aspectos da vida cotidiana, incluindo a limitação no acesso a informações, dificuldade de compreensão de orientações médicas, bem como a restrição na participação em programas de atenção à pessoa idosa. Ademais, pode comprometer a autonomia e a tomada de decisões, contribuindo para a vulnerabilidade social.

Quanto à situação ocupacional das pessoas idosas ribeirinhas, observou-se que a maioria (86,5%) era composta por aposentados, seguida por 5,4% de trabalhadores autônomos. Esses últimos desempenham atividades econômicas informais dentro da própria comunidade, como a manutenção de pequenos comércios e a comercialização de produtos de subsistência, a exemplo de pescado, farinha, beiju e frutas regionais. Nesse sentido, destaca-se que, conforme o estudo realizado por Costa, Leão e Campos (2020), a aposentadoria continua sendo a principal fonte

de renda para a maioria das pessoas idosas ribeirinhas, revelando a importância da seguridade social para a manutenção das condições mínimas de vida nesse contexto.

Em relação à principal ocupação exercida anteriormente à aposentadoria foi a agricultura, atividade fortemente relacionada às práticas tradicionais de produção voltadas à subsistência e não à lógica do mercado (Lira; Chaves, 2016). Em determinadas localidades mais próximas aos centros urbanos, a pesca também desempenha papel relevante na geração de renda, sendo utilizada não apenas como meio de sobrevivência, mas também como atividade comercial complementar.

No que se refere à renda individual das pessoas idosas residentes em comunidades ribeirinhas, observa-se que a maioria recebe valores inferiores a um salário-mínimo, variando, em média, entre R\$400,00 e R\$1.400,00. Apenas uma pequena parcela relatou rendimentos superiores a estes. Esses achados corroboram dados de estudos anteriores realizados em contextos amazônicos, os quais identificaram que entre 29% e 41% da população ribeirinha apresenta renda igual ou inferior a um salário-mínimo (Gama; Secoli, 2020; Oliveira *et al.*, 2013). Tal realidade pode ser explicada pelas limitações históricas e estruturais que marcam essas comunidades, como o difícil acesso à educação e à qualificação profissional.

Com base nas características domiciliares, a maioria dos participantes (90%) vivia em domicílios com composição variando de um a cinco moradores, predominando a coabitação com o cônjuge (67,5%). Estudos demonstram que a convivência com o cônjuge representa um fator relevante para o bem-estar na velhice (Campos *et al.*, 2017). Esse tipo de arranjo familiar proporciona suporte material e emocional que favorece a manutenção da funcionalidade da pessoa idosa, contribuindo para uma vida longa e com melhor qualidade.

Em relação à coabitação com mais de um morador, pode refletir um ambiente mais propício ao exercício da autonomia da pessoa idosa, promovendo sua inserção nas atividades sociais e comunitárias. A vantagem da família tipo extensa apontada por diversos estudos embasados nos argumentos de que as relações estabelecidas dentro do domicílio se caracterizam pelo: suporte social, material e físico, oferecendo maior acesso aos serviços de saúde e menor risco de mortalidade (Cardoso, Sampaio, Vilela, 2017; Kooshiar *et al.*, 2012; Russuelli, Taylor, 2009).

Na caracterização das condições de saúde da população estudada, observou-se que mais da metade dos participantes avaliou seu estado de saúde como regular. A hipertensão arterial sistêmica destacou-se como sendo a doença crônica não transmissível (DCNT) mais prevalente, sobretudo entre mulheres. Quanto ao número de DCNTs referidas, a maioria dos indivíduos relatou apresentar apenas uma condição. Ressalta-se, ainda, que 35,5% da amostra declarou não

possuir nenhuma DCNT. Entre os medicamentos de uso contínuo, predominaram aqueles destinados ao controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus.

Os achados reforçam que o envelhecimento em áreas rurais traz consigo especificidades que o diferenciam do contexto urbano. A elevada prevalência de doenças crônicas, principalmente a hipertensão, é compatível com dados nacionais que apontam essas condições como as principais causas de morbidade entre a população idosa (Alquimim *et al.*, 2025).

Nesta investigação, a autopercepção de saúde foi compreendida como a avaliação subjetiva realizada pelos próprios participantes acerca de seu estado de saúde. Os resultados evidenciaram que 71% das pessoas idosas ribeirinhas classificaram sua saúde como regular. Tal percepção pode estar relacionada à presença de doenças crônicas, além de limitações funcionais progressivas decorrentes do processo natural de envelhecimento. Ademais, o contexto geográfico e socioeconômico das comunidades ribeirinhas, marcado pelo difícil acesso a serviços de saúde, infraestrutura precária e baixa escolaridade, pode influenciar negativamente essa autopercepção.

No estudo de Silva, Pinto Junior, Vilela (2014), apontam que muitas pessoas idosas optam por classificar sua saúde como regular, como forma de expressar resiliência frente às diversidades do cotidiano, apesar de possuírem algumas limitações e doenças crônicas, preferem relatar a saúde como regular, por não envolver somente questões clínicas, mas sociais, psicológicas e culturais.

Neste estudo, a DCNT mais referida foi a Hipertensão Arterial Sistêmica com 56,3%, sendo mais prevalente entre mulheres. Resultado que está em consonância com o estudo de Mariosa; Ferraz; Santos-Silva (2018), que ao avaliar a presença de HAS em ribeirinhos do estado do Amazonas, constatou que em todas as comunidades estudadas houve predominância dos casos de HAS nas pessoas do sexo feminino, podendo haver um risco de quase quatro vezes maior de mulheres apresentarem valores pressóricos superiores.

Para Julião, Souza e Guimarães (2021), a maior frequência de HAS observada entre as mulheres, em comparação aos homens, pode estar associada a fatores relacionados ao comportamento de busca por cuidados em saúde. As mulheres tendem a procurar serviços de saúde com maior frequência, seja para consultas de rotina, acompanhamento preventivo ou em função de sintomas iniciais, o que amplia as oportunidades de detecção precoce da condição. Esse padrão de utilização dos serviços contribui para um maior número de diagnósticos clínicos registrados nesse grupo, diferentemente do que ocorre com os homens, que por procurarem assistência médica de forma mais esporádica, podem apresentar subdiagnóstico da hipertensão, resultando em menos frequência aparente nos dados epidemiológicos.

A segunda condição crônica mais prevalente identificada foi o Diabetes Mellitus (DM), com taxa de 25,2%, observando-se maior ocorrência entre mulheres. Esse achado corrobora com os resultados do estudo de Mota *et al.* (2022), realizado com a população rural do estado de Goiás, no qual se verificou maior prevalência de DM entre o público feminino. A elevada taxa encontrada neste estudo pode estar relacionada ao subdiagnóstico do DM no Brasil.

Estima-se que aproximadamente 7,7 milhões de pessoas com a doença não tenham recebido diagnóstico, sendo essa realidade ainda mais acentuada em áreas rurais, em razão de limitações organizacionais e estruturais da Atenção Básica (Correr *et al.*, 2020). Continua tendo desigualdades no acesso aos serviços de saúde para a população rural, bem como baixo índice de rastreamento dessa população pelos profissionais. Tal cenário pode ser atribuído, em parte, à menor adesão à ESF por parte de municípios, o que resulta na ausência ou insuficiência de agentes comunitários de saúde e de outros profissionais essenciais para a busca ativa e o acompanhamento sistemático das comunidades e famílias.

Outra condição de saúde que merece destaque neste estudo refere-se à cegueira, relatada por 2,7% das pessoas idosas, em sua maioria decorrente do agravamento de doenças pré-existentes. Observou-se que essa condição foi frequente entre os indivíduos longevos. Tal achado é corroborado pelo estudo de Chaves (2022), que investigou o perfil oftalmológico de pessoas idosas em comunidades ribeirinhas. Entretanto, o que difere é em relação a prevalência da cegueira, no caso, o presente estudo identificou uma prevalência inferior se comparada a outras comunidades rurais do estado do Amazonas.

Essa diferença pode ser atribuída, em grande parte, a fatores socioeconômicos e, sobretudo, ao acesso da população a serviços de saúde de qualidade. O município de Parintins, por exemplo, apresenta melhor infraestrutura urbana e dispõe de serviços oftalmológicos próprios e bem estruturados. Somando a isso, sua localização geográfica às margens do rio Amazonas e como porto de escala para navios e embarcações de grande porte, favorece a integração com importantes centros urbanos da Amazônia, como Belém e Manaus, possibilitando encaminhamentos para atendimentos de alta complexidade quando necessário (Salomão *et al.*, 2017).

Outro dado relevante diz respeito à proporção de pessoas idosas que declararam não possuir doenças crônicas, correspondendo a 35,6% da amostra, sendo a maioria do sexo masculino. Esse resultado encontra consonância com o estudo de Lobato *et al.* (2021), realizado com pessoas idosas em um município do Amazonas, no qual 14% dos participantes também relataram não apresentar nenhuma condição crônica diagnosticada.

Esse resultado pode estar relacionado a múltiplos fatores característicos das populações ribeirinhas, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a consequente subnotificação de diagnósticos clínicos, além da baixa procura por atendimento médico, principalmente de homens. Assim, a ausência de relato não necessariamente significa inexistência de enfermidades, mas pode refletir barreiras estruturais, culturais e sociais que limitam o reconhecimento e a identificação dessas condições de saúde.

Os achados do presente estudo indicam que as pessoas idosas residentes em comunidades ribeirinhas apresentam, de modo geral, a funcionalidade nas Atividades de Vida Diária (AVD) preservada. Na AAVD aquelas com maior frequência de participação foram: receber visita (domínio social), fazer viagem de curta duração (domínio lazer) e participar do centro de convivência do idoso (domínio produtivo). Com relação às ABVDs, a maioria dos participantes (91,9%) relataram ser independentes para realizar as atividades, e os que relataram ser dependentes são relacionados ao auxílio para banho e para se vestir. Na AIVD observou-se uma inversão desse padrão, com 73% dos participantes reportando algum grau de dependência para realizar a atividade.

Os resultados do presente estudo divergem parcialmente dos achados de Signori (2020) no Pará, evidenciando disparidades na capacidade funcional. No que tange às ABVD, a amostra atual apresentou um índice de independência significativamente superior (91,9%) ao estudo de Signori (56,3%). Inversamente, a frequência de dependência para AIVD neste estudo foi de 73%, valor inferior aos 97,1% observados na pesquisa paraense, embora ambos os estudos indiquem um elevado comprometimento nessas atividades.

A maior proporção de pessoas idosas independentes observada no presente estudo, realizado nas comunidades ribeirinhas do Amazonas, pode estar relacionada a fatores contextuais e socioculturais específicos da região. Entre os possíveis fatores explicativos, destaca-se o fato de que muitas pessoas idosas amazonenses, sobretudo em áreas mais remotas, mantêm uma rotina ativa em atividades domésticas, comunitárias ou produtivas, o que pode favorecer a preservação de suas capacidades funcionais.

Ao longo de praticamente todo o ciclo de vida, a rotina do ribeirinho amazônico é fortemente moldada pelas exigências de sobrevivência impostas pelo contexto ambiental em que está inserido. Nesse sentido, as atividades laborais são estruturadas e condicionadas por um conjunto de práticas, costumes, valores, crenças e saberes tradicionais que foram historicamente construídos e transmitidos entre as gerações nas comunidades da várzea amazônica (Nascimento, R.G. *et al.*, 2019).

Dentre as atividades instrumentais da vida diária, os participantes apresentaram maior dependência de utilizar o telefone e realizar compras. A dificuldade no uso do telefone, em particular, está em consonância com os achados de um estudo conduzido em comunidades ribeirinhas de Cametá, no Pará, que também identificou elevada dependência nessa atividade (Nascimento, 2018). Tal limitação, contudo, parece estar mais associada à baixa escolarização formal e ao reduzido acesso às tecnologias ao longo da vida, do que a déficits físicos ou cognitivos, uma vez que o uso de dispositivos como o telefone celular ainda não está plenamente incorporado à cultura local.

Em relação à dependência das pessoas idosas para realizar compras, se deve ao difícil acesso, em que os centros urbanos são distantes e o deslocamento exige o uso geralmente de embarcações de pequeno porte como o motor rabeta (Guimarães *et al.*, 2020). Ademais, o ato de realizar compras frequentemente envolve a manipulação de dinheiro, o entendimento de preços, cálculos e tomada de decisões, exigindo habilidades cognitivas e de letramento funcional que podem estar comprometidas em populações com baixo nível de escolaridade, uma realidade comum entre as pessoas ribeirinhas.

No que se refere às atividades avançadas da vida diária, o convívio social, especialmente o ato de receber visitas, foi a prática mais frequente no domínio social. Esse achado segundo (Costa, C.R.M. *et al.*, 2021) pode estar diretamente relacionado ao amparo familiar característico das comunidades, em que é comum a convivência de até três gerações em um mesmo espaço físico, promovendo laços estreitos de apoio e cuidado.

Simeão *et al.* (2018) ressaltam que a interação com familiares desempenha um papel essencial na qualidade de vida da pessoa idosa, uma vez que proporciona segurança emocional, sentimento de afeto e reconhecimento social.

Em relação ao domínio produtivo se destacou a participação no centro de convivência da pessoa idosa. Um espaço promotor de convívio e interação das pessoas, com a construção de novas identidades sociais. A inserção em tais instituições tem gerado repercussões positivas na vida das pessoas idosas, possibilitando o desenvolvimento de novas habilidades, além da prevenção de condições crônicas e de suas complicações. Além disso, esses espaços contribuem para a melhora do desempenho cognitivo e funcional, assim como para o aumento do bem-estar (Scolari *et al.*, 2020).

E ao verificar a relação das variáveis do estudo com as atividades da vida diária, foram encontradas associações estatísticas significativas entre dados demográficos e condições de saúde. Quanto à variável demográfica destacou-se a idade com associação significativa tanto nas ABVDs quanto nas AIVDs.

No estudo conduzido por Lemes et al. (2021), observou-se uma associação significativa entre a idade e a capacidade funcional, especificamente, a faixa etária entre 70 e 79 anos apresentou-se como um fator de risco para a percepção negativa da saúde, o que pode ser justificado pelo aumento da frequência de incapacidades funcionais e de complicações de saúde típicas do envelhecimento.

Em relação à condição de saúde, observou-se que a presença de doenças crônicas esteve associada tanto à limitação nas atividades básicas quanto nas instrumentais da vida diária. Esse achado está em consonância com o estudo de Alves *et al.* (2007), que destaca a forte influência das doenças crônicas na capacidade funcional da pessoa idosa. A presença de ao menos uma condição crônica mais que duplica a chance de dependência nas ABVDs e AIVDs, sendo esse risco ainda maior em casos de multimorbidade.

Neste estudo apenas o problema de visão teve associação com a ABVD, apesar de na literatura estar descrita a relação com outras DCNT como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus (Júnior; Oliveira; Silva, 2014). As pessoas idosas ribeirinhas com problemas de visão, representados neste estudo com a cegueira, tendem a ser mais dependentes nas atividades básicas devido à dificuldade de locomoção e realização de tarefas em um ambiente com infraestrutura limitada, o que compromete sua autonomia e segurança.

Outra variável que teve associação estatística significativa foi o uso de medicamentos tanto na atividade básica quanto na instrumental. Dado que corrobora o achado no estudo de Signori (2020), que aborda o perfil e capacidade funcional de pessoas idosas ribeirinhas no estado do Pará. O uso de medicamentos está associado a maior dependência funcional por geralmente apresentar doenças crônicas que comprometem a autonomia. Além disso, o uso de medicamentos pode causar efeitos adversos, como tonturas e fraquezas, aumentando o risco de quedas e dificultando a realização das atividades de vida diária.

Outra associação significativa foi em relação aos itens da AIVD com a classificação da ABVD, observando-se que os itens tiveram significância $<0,001$. Esse resultado indica que a dependência funcional nas AIVD pode ser um indicador de declínio funcional geral, inclusive nas funções mais básicas. O estudo de Ikegami et al. (2020) corroboram com esse achado, onde no estudo realizado com pessoas idosas também houve diminuição da funcionalidade relacionada à atividade instrumental.

A rede de apoio social exerce um papel fundamental na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas, englobando familiares, amigos, vizinhos e profissionais. Essas redes podem ser classificadas em formais, como instituições de saúde e organizações não governamentais, e em informais, baseadas nas relações cotidianas e no convívio social (Gomes *et al.*, 2016).

Neste estudo o apoio para as pessoas idosas dependentes se divide tanto em informal como em formal. No âmbito do apoio informal, a principal rede de suporte é composta por membros da própria família, com destaque para filhos, netos e cônjuge. Por outro lado, o apoio formal é desempenhado principalmente por profissionais da saúde, além disso, destaca-se a presença de membros da igreja como agentes de suporte.

Essa ajuda informal proveniente de vínculos afetivos representa uma significativa fonte de segurança e bem-estar, reforçando a importância dos laços familiares no processo de envelhecimento. Para Castro et al. (2020), a ajuda estabelecida por meio de laços afetivos ou vínculos de parentalidade é considerada fundamental para o bem-estar da pessoa idosa, mesmo quando esta não apresenta um quadro de dependência funcional. A presença de familiares favorece o engajamento da pessoa idosa nas decisões que envolvem sua vida.

Em relação ao grau de parentesco mais relatados foram os filhos e o cônjuge. Esse achado consiste no estudo de Teles *et al.* (2023), que aborda os cuidadores de pessoas idosas. Uma possível explicação para esse resultado é o fato de que tanto o cônjuge como o filho ou a filha tendem a assumir o cuidado como uma responsabilidade moral ou mesmo como uma obrigação decorrente dos vínculos familiares.

Embora a sobrecarga do cuidador não tenha sido o objeto central deste estudo, observou-se que grande parte dos cuidadores assumiam a responsabilidade sozinhos. O que corrobora o estudo de Aires M, *et al.* (2019), em que os cuidadores citaram a necessidade de residir com a pessoa idosa, ser a única opção de cuidador e ter que exercer essa função em tempo integral, tendo sobrecarga emocional e cansaço por assumir diversas funções. Essa realidade se agrava ainda mais no contexto da pessoa idosa ribeirinha, cuja localização geográfica e limitações de acesso a serviços de saúde dificultam mais o cuidado, tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado.

Ao serem questionados sobre como era o convívio familiar, muitos participantes relataram manter uma boa relação. A família exerce um dos papéis mais importantes na assistência à pessoa idosa, sendo, muitas das vezes, a principal fonte de cuidados. A ausência desse suporte familiar pode levar à síndrome da insuficiência familiar, além de contribuir para redução da capacidade funcional e para uma vida mais curta entre os adultos mais velhos (Setoguchi *et al.*, 2022).

Entre os participantes que relataram não manter um bom convívio familiar, tal situação foi atribuída à distância geográfica da família. É possível inferir que o deslocamento entre localidades é limitado por barreiras logísticas, climáticas e econômicas, o que torna o contato presencial esporádico. Ademais, a migração dos filhos e netos para centros urbanos, em busca

de melhores condições de vida, acentua esse distanciamento e enfraquece o papel da família como principal fonte de cuidado à pessoa idosa.

Ao serem questionados sobre o apoio recebido para a realização de cuidados pessoais e para serviços domésticos, os participantes relataram contar, predominantemente, com o auxílio de filhas ou com a contratação de terceiros por meio de serviços pagos. Conforme apontado por Borges *et al.* (2020), na ausência da figura da esposa, é comum que a responsabilidade pelo cuidado recaia sobre a filha mais velha, o que pode ser interpretado como uma forma de retribuição aos cuidados recebidos dos pais ao longo da vida. Essa configuração reforça padrões socioculturais tradicionalmente atribuídos ao gênero feminino, nos quais o papel de cuidadora é socialmente esperado das mulheres, especialmente no contexto familiar.

E na busca de conhecer as vivências atuais de lazer para as pessoas idosas ribeirinhas, foi questionado aos participantes o que era lazer para eles. As respostas mais frequentes foram frequentar igreja, ir a balneários e jogar bola na comunidade. Tais achados corroboram o estudo de Lobato *et al.* (2024), realizado com pessoas idosas ribeirinhas no estado do Pará, no qual se evidenciou que o lazer está relacionado a atividades lúdicas e recreativas envolvendo produtividade e busca espiritual.

Por outro lado, alguns participantes relataram não saber mais o que é lazer, seja pela necessidade de auxílio para realizar determinadas atividades, seja pela perda do prazer em executá-las. Observa-se que, muitas vezes, o lazer não contempla as reais necessidades individuais, especialmente no que se refere ao bem-estar físico e mental das pessoas idosas. Tal constatação evidencia a carência de apoio que restringe o acesso a formas diversificadas de lazer. Desse modo, o dado revela que a concepção da velhice como “idade do lazer” (Debert, 2012) está distante de se concretizar, uma vez que o direito social ao lazer, assegurado pela Constituição Federal Brasileira (Brasil, 1988), não se materializa para uma parcela da população idosa ribeirinha de Parintins, sendo, portanto, negligenciado.

Em relação ao apoio formal relatado pelos participantes, foram fornecidos apoios pela equipe de saúde e por membros da igreja local. Considerando que a integralidade constitui um dos princípios fundamentais do sistema de saúde pública, é necessário compreender que tal diretriz envolve a adoção de um conceito ampliado de saúde, o qual abrange não apenas os aspectos biológicos e clínicos, mas também os determinantes sociais e psicológicos que influenciam o processo de envelhecimento (Paim; Almeida, 2014).

E o apoio relacionado aos membros da igreja. Nesse contexto, observa-se que o apoio social proveniente das instituições religiosas, em especial das igrejas, tem se mostrado um importante recurso de amparo emocional e comunitário para pessoas idosas ribeirinhas. A

preocupação com o outro manifesta-se por meio da oração e da convivência solidária, expressando o cuidado coletivo construído a partir dos vínculos de fé. Assim, o estar junto ao outro, sustentado pelos ensinamentos religiosos, revela diferentes formas de ser e de estar no mundo da pessoa idosa, enquanto sujeito que vivencia a religiosidade (Oliveira; Menezes, 2018).

Em contraste com o contexto ribeirinho amazônico, os achados de Kuroiwa *et al.* (2023) evidenciam que no contexto rural japonês, a prestação de cuidados às pessoas idosas é predominantemente um ato privado e intrafamiliar, com participação mínima de vizinhos ou amigos. Destacam que esse padrão de apoio restrito à família configura um desafio para os sistemas locais de saúde e assistência. E no contexto amazônico a rede de apoio se estrutura de forma mais ampla e comunitária, envolvendo não apenas familiares.

Desse modo, destaca-se a relevância da igreja como rede complementar de apoio social, que contribui para o fortalecimento emocional, espiritual e social das pessoas idosas, promovendo sentimento de pertencimento, acolhimento e qualidade de vida.

Como limitações deste estudo, destaca-se, primeiramente, a seleção da amostra, composta exclusivamente por pessoas idosas cadastradas em unidades de saúde. Tal critério pode introduzir um viés de seleção, uma vez que exclui indivíduos com maior dificuldade de acesso aos serviços formais ou aqueles que residem em áreas geográficas de extrema dispersão. Ademais, a vasta extensão territorial e a distância das localidades ribeirinhas impuseram desafios logísticos que podem ter limitado a representatividade de comunidades mais isoladas, cujas condições de funcionalidade podem diferir devido às barreiras ambientais e de transporte.

6.1 Dificuldades vivenciadas durante a coleta de dados

Uma das dificuldades enfrentadas no início da etapa de coleta de dados foi a definição dos dias adequados para realizar as visitas domiciliares com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Como o trabalho teve início no começo do ano, os ACS já possuíam programações previamente estabelecidas. Após reuniões com os profissionais de enfermagem da Unidade Básica de Saúde, foi possível elaborar um cronograma no qual cada agente acompanharia as visitas em dias específicos. No entanto, apesar do planejamento, houve situações em que a coleta precisou ser adiada, uma vez que os profissionais estavam envolvidos em outras atividades, como em acompanhamento de visita domiciliar com médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, ou participando de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde.

Outro desafio enfrentado foram as condições climáticas adversas, especialmente as chuvas intensas. Em uma das primeiras comunidades visitadas, o deslocamento diário era

realizado por meio de transporte fluvial. Em diversos momentos, as atividades foram suspensas devido à impossibilidade de realizar visitas durante temporais, o que comprometeu o andamento da pesquisa e provocou atrasos no cronograma previsto para cada comunidade.

A logística para o deslocamento até as comunidades ribeirinhas também se mostrou um obstáculo significativo. Foi necessário verificar previamente as escalas e horários das embarcações disponíveis, o que nem sempre foi eficaz, pois informações incorretas sobre horários de saída eram frequentemente repassadas. Em algumas ocasiões, os próprios proprietários das embarcações alteravam os horários de partida sem aviso prévio, ocasionando perda de dias úteis de coleta.

O retorno ao município de Parintins apresentou dificuldades devido à escassez de transporte fluvial. Em uma situação, foi necessário retornar com a ajuda de um morador em uma pequena embarcação particular, em outra, a viagem de retorno foi cancelada por falta de demanda de passageiros, exigindo que a equipe aguardasse uma nova embarcação disponível.

Somada a isso, a ausência de fornecimento regular de energia elétrica em algumas comunidades representou mais um desafio, especialmente no que se refere à permanência no local. Moradores relataram que a interrupção no fornecimento era recorrente, com períodos que variavam entre dias e semanas. Essa situação levou à deterioração de alimentos e impossibilitou a reposição, agravada pela ausência de sinal de telefonia móvel.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas, a coleta de dados foi concluída com êxito em todas as comunidades ribeirinhas. A colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde foi essencial para a viabilização das visitas, e o acolhimento da população local contribuiu significativamente para o bom desenvolvimento das atividades de campo.



Fonte: Arquivo da pesquisa

(Igreja Católica da comunidade Caburi)

7 Produção científica

(Lâmpada para os meus pés é a tua palavra, e luz para o meu caminho) Salmos 119:105

7 PRODUÇÃO CIENTÍFICA

A produção científica desta investigação foi apresentada em formato de dois manuscritos, dos quais um foi publicado e o outro submetido.

- **Manuscrito 1:** Saúde da pessoa idosa rural na atenção primária à saúde no Brasil. Manuscrito publicado na Revista Eletrônica Acervo Saúde (ANEXO - F).
- **Manuscrito 2:** Funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha amazônica: estudo de método misto. O manuscrito foi submetido para possível publicação na Revista Gaúcha de Enfermagem, conforme comprovação em anexo.



Fonte: Arquivo da pesquisa
(Transporte de carga passando pela
Comunidade Maranhão)

8 Considerações finais

(O coração do prudente adquire conhecimento, e o ouvido dos sábios busca a ciência) Provérbios
18:15

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu uma análise abrangente sobre a funcionalidade e a rede de apoio social das pessoas idosas residentes em comunidades ribeirinhas do município de Parintins, no Estado do Amazonas. Os resultados obtidos revelam uma realidade marcada por desafios significativos, tanto no aspecto da saúde quanto no contexto social e econômico.

A investigação demonstrou que, embora a maioria das pessoas idosas apresentem independência nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), há muita dependência nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), especialmente no que se refere à gestão doméstica e atividades que exigem maior autonomia. As Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD), por sua vez, apontaram boa participação, com maior comprometimento no domínio produtivo. Essas informações evidenciam a necessidade de atenção direcionada à manutenção da autonomia funcional da população idosa, especialmente em um contexto rural e geograficamente isolado como o das comunidades ribeirinhas.

Quanto às condições de saúde, observou-se uma prevalência expressiva de doenças crônicas, particularmente as do aparelho circulatório, associadas ao uso contínuo de medicamentos como a losartana. A associação estatística entre variáveis como idade, presença de doenças crônicas, uso de medicamentos e as limitações funcionais reforça a importância de estratégias de cuidado centradas na prevenção, monitoramento e acompanhamento contínuo da saúde da pessoa idosa.

Em relação à rede de apoio social, tanto formal quanto informal, mostrou-se fundamental para o cuidado e bem-estar das pessoas idosas. O apoio familiar, especialmente de filhos, netos e cônjuge, se destaca como principal suporte no cotidiano e durante episódios de enfermidade. Por outro lado, o apoio formal vindo da equipe de saúde e de instituições religiosas, embora presente, ainda é limitado, e a baixa participação em grupos sociais ou governamentais evidencia a necessidade de maior inclusão social e fortalecimento de políticas públicas locais voltadas para esse público.

A efetivação de políticas públicas voltadas a pessoa idosa ribeirinha é essencial para garantir o direito à saúde, cidadania e dignidade, conforme assegurado pelo Estatuto da Pessoa Idosa e pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. No entanto, a concretização dessas políticas ainda enfrenta desafios no contexto amazônico, especialmente nas comunidades de difícil acesso, onde os serviços de saúde e assistência social são escassos. Configura-se necessário que tais políticas se tornem realidade prática que contemplem as especificidades geográficas e culturais das populações ribeirinhas.

Nesse cenário, o papel da enfermagem é fundamental para o diagnóstico precoce e a prevenção de agravos à saúde da pessoa idosa. O enfermeiro, ao realizar avaliação funcional e o acompanhamento de saúde, contribui diretamente para a manutenção da autonomia e para a melhoria da qualidade de vida da população. Ademais, a enfermagem desempenha um papel estratégico na articulação da rede de apoio social, sendo agente essencial na implementação efetiva das políticas públicas de atenção à saúde em territórios ribeirinhos.

Dessa forma, as contribuições desta pesquisa ultrapassam o campo acadêmico, por fornecer subsídios relevantes para a ciência e para a elaboração de políticas públicas mais sensíveis às realidades amazônicas. Ao evidenciar as condições de funcionalidade da rede de apoio dos adultos mais velhos, este estudo oferece dados que podem orientar gestores e profissionais de saúde na formulação de estratégias baseadas em evidências, voltadas a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Portanto, este estudo aponta para a importância da implementação e ampliação de políticas públicas intersetoriais que considerem as especificidades geográficas, culturais e sociais da população ribeirinha. É imprescindível promover ações que favoreçam o envelhecimento ativo, que fortaleçam a rede de apoio formal e que assegurem acesso aos serviços de saúde. Com o reconhecimento das particularidades desses territórios será possível garantir o respeito e a dignidade das pessoas idosas ribeirinhas.



Fonte: Arquivo da pesquisa
(Imagem do dia de chuva em frente a
Unidade de Saúde do Maranhão)

9 Referências

*(Em Cristo estão escondidos todos os tesouros da
sabedoria e da ciência) Colossenses 2:3*

REFERÊNCIAS

- AIRES, M. *et al.* Responsabilidade filial no cuidado de pais idosos: estudo misto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 6, p. 691–699, dez. 2019. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900095>
- AIRES, I. O. *et al.* Consumo alimentar, estilo de vida e sua influência no processo de envelhecimento. **Research, Society and Development**, v. 8, n. 11, p. e098111437–e098111437, 24 ago. 2019. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i11.1437>
- ALMEIDA, P. *et al.* Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. **Revista da Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada**, v. 18, n. 1, p. 53-64, 13 nov. 2017. Doi: <https://doi.org/10.36311/2674-8681.2017.v18n1.05.p53>.
- ALQUIMIM, G. E. *et al.* Avaliação da saúde de idosos longevos que vivem na zona rural. **Revista Contemporânea**, v. 5, n. 11, p. e9510, 3 nov. 2025. Doi: <https://doi.org/10.56083/RCV5N11-006>.
- ALVARENGA, M. R. M. *et al.* Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2603–2611, maio 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500030>.
- ALVES, L. C. *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924–1930, ago. 2007. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800019>.
- ANDRADE, F.L.J.P. Processo de envelhecimento populacional, apoio social e a institucionalização de idosos. **Rev. Campo do saber**. v.5, n. 2, p. 60-69, 2019.
- ANDRIOLO, B.N.G. *et al.* Avaliação do grau de funcionalidade em idosos usuários de um centro de saúde. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 14, n. 3, p. 139-144, 2016.
- ARAÚJO, A.C.S.P. *et al.* Controle postural de idosos amazônicos da vida urbana ao meio ambiente ribeirinho. **Rev. Bras. Ci e Mov**, v.27, n.4, p.168-178, 2019.
- AZEVEDO, C.E.F, *et al.* A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. **Anais do IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade**. Brasília, 2013.
- BARBOSA, R. DA C.; SOUSA, A. L. L. Associação da autopercepção da qualidade de vida e saúde, prática de atividade física e desempenho funcional entre idosos no interior do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.24, n.4, p. e210141, 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562022025.210141>.
- BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. 3. Reimp. Da 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BASTOS, C.R.B, *et al.* Análise do conceito de apoio social: contribuição para desenvolvimento de uma teoria de médio alcance. **Contribuciones a las ciencias sociales**, v. 17, n. 1, p. 5189–5209, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.1-309. Disponível em:

<https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/4518>. Acesso em: 30 ago. 2025.

BORGES, L.B.B. *et al.* O cuidador do idoso no contexto familiar. **Hegemonia**, n. 30, p. 2–27, 12 jan. 2022. Doi: <https://doi.org/10.47695/hegemonia.vi30.318>.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 set. 2007. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO. [s.l: s.n.]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**, 2010. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO. [s.l: s.n.]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf.

BRASIL. **MANUAL DE OPERAÇÕES RIBEIRINHAS** - Portal Gov.br https://www.gov.br/defesa/ptbr/arquivos/doutrina_militar/md33_m_15_manua_de_operacao_ribeirinha_1_edicao_2020.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_aproximacoes_tema.pdf

BRITO, C.M.; FIGUEIREDO, M.L.; TYRRELL, M.A. Health promoting behaviors by informal caregivers of older adults: an integrative review. **Acta Paul Enferm**, v. 35, eAPE003782, Mar. 2022. Doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR03783>

BUSSAB, W.O; MORETTIN, P.A. **Estatística Básica**. São Paulo: Editora Saraiva, 8ª edição, 2013.

CAMPOS, A. C. V. *et al.* Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 358–367, jul. 2017. Doi: <http://doi.org/10.1590/1982-0194201700053>.

CARDANO, M. **Manual de pesquisa qualitativa. A contribuição da teoria da argumentação**. Tradução: Elisabeth da Rosa Conill. Petrópolis, Rio de Janeiro: **Vozes**, 2017.

CARDOSO, L. K. B.; SAMPAIO, T. S. O.; VILELA, A. B. A. Cuidados fornecidos por familiares relacionados à convivência com o idoso. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 353, 30 mar. 2017. DOI: <http://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p353-367>.

CASTRO, J.L.C et al. Análise psicossocial do envelhecimento entre idosos: as suas representações sociais. **Actualidades en Psicología**, v. 34, n. 128, 2020. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352020000100001.

CHAVES, C.M.O. Perfil oftalmológico dos idosos longevos na cidade de Maués – Amazonas. Tese (Doutorado) – **Universidade Federal de São Paulo**. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Oftalmologia e Ciência Visuais. São Paulo, 2022. xvi, 90 f.

CORRER, C.J. et al. Prevalence of people at risk of developing type 2 diabetes mellitus and the involvement of community pharmacies in a national screening campaign: a pioneer action in Brazil. **Diabetol Metab Syndr**, v.12, n. 89, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13098-020-00593-5>.

COSTA, C.R.M. et al. Qualidade de vida do idoso ribeirinho da Amazônia. **Saúde Coletiva** (Barueri), v. 11, n. 62, p. 5236–5249, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i62p5236-5249>

COSTA, L.F.B.; SILVA, C.M.M.; ANDRADE, F.A.V. **A inserção do urbano e as transformações sócioespaciais em comunidades rurais**. Disponível em: <http://www.eumed.net/rev/cccsc/25/comunidade.html> Acesso em: 5 out. 2025.

COSTA, R.S.; LEÃO, L.F.; CAMPOS, H.L.M. Envelhecer na zona rural do interior do estado do Amazonas, desempenho cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde: um estudo transversal. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 1, p. 83- 103, 2020.

COSTA, S.M.G, *et al.* Funcionalidade em idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento**, v. 3, n. 2, p. 942-953, 2017.

DEBERT, G.G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: USP; **FAPESP**, 2012.

DRAGESET, J. Social support. In: HAUGAN, G.; ERIKSSON, M. (org.). Health promotion in health care: vital theories and research. Cham: **Springer**, p. 137-150, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_11.

DUARTE, Y. A. DE O.; ANDRADE, C. L. DE; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 317–325, jun. 2007. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187–193, jun. 2005.

FERRAZ, M.O.S.; REIS, L.A.; LIMA, P.V. Condições de saúde de idosos portadores de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. **Revista de Psicologia**, v. 10, n. 33, p. 01-16, 2017.

FERREIRA, L. S. *et al.* Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 149, 12 dez. 2020. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002316>.

FERREIRA, R.S.A. *et al.* Mutações demográficas: considerações relacionadas ao crescimento da população idosa nas mesorregiões do Estado do Amazonas. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, e63691110326, nov.2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10326>.

FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 5. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

GAMA, A.S.M.; SECOLI, S.R. Práticas de automedicação em comunidades ribeirinhas na Amazônia brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, 2020.

GAMA, A. S. M. *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 19 fev. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002817>.

GARBACCIO, J. L. *et al.* Aging and quality of life of elderly people in rural areas. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 71 Supl 2, p. 724–732, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4d. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, I.M. *et al.* The support of social network in home care. **Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem**, v. 5, n. 8, p. 7-8, nov. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160062>.

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, maio 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-6223202000178>.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. Brasília; 2022. [citado 2023 dez 03] Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>.

IKEGAMI, E.M. *et al.* Capacidade funcional e desempenho físico de idosos comunitários: um estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 1083–1090, mar. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.18512018>

JAMES, B. D. *et al.* Relation of Late-Life Social Activity With Incident Disability Among Community-Dwelling Older Adults. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 66A, n. 4, p. 467–473, 7 fev. 2011. Doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/glq231>

JULIÃO, N.A.; SOUZA, A.; GUIMARÃES, R. R. M. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4007–4019, set. 2021.DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.08092021>.

JÚNIOR, E.B.S.; OLIVEIRA, L.P.A.B.; SILVA, R.A.R. Chronic non-communicable diseases and the functional capacity of elderly people. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 2, p. 516–524, 1 abr. 2014.

KUROIWA, S. *et al.* Home and social role as factors leading to health maintenance among the elderly living in rural Japan: A longitudinal study. **Heliyon**, v. 9, e21763, 2023.

KOOSHIAR, H. *et al.* Living Arrangement and Life Satisfaction in Older Malaysians: The Mediating Role of Social Support Function. **PLoS ONE**, v. 7, n. 8, p. e43125, 17 ago. 2012. DOI: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0043125>.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**. v. 9, n.3, p.179-86, 1969. PMID: 5349366.

LEITE, A.K. *et al.* Capacidade funcional do idoso institucionalizado avaliado pelo KATZ: Functional capacity of the institutionalized elderly evaluated by the KATZ. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 91, n. 29, 2020. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.91-n.29-art.640>.

LEMES, J. S. *et al.* Associação entre autoavaliação de saúde e tipos de atividades de vida diária em idosos. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. 251–259, out. 2021. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020450>

LIRA, T.M.; CHAVES, M.P.S.R. Comunidades Ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **Interações**. Campo Grande, MS, v. 17, n. 1, p. 66-76, jan./mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/1518-70122016107>.

LOBATO, F. H. S. *et al.* Lazer no envelhecer: práticas e espaços vivenciados por pessoas idosas da ilha de Cotijuba (Belém, PA). **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, v. 12, n. 2, p. 470–490, 29 out. 2024. Doi: <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2024v12n2p470-490>

LOBATO, T.C.L, *et al.* Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos longevos em um município no interior do Amazonas. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 63, p. 5508–5519, 6 abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i63p5508-5519>.

LOPES, A. G; MENEZES, D; VICENTE. Caracterização geomorfológica e pedológica da lagoa da francesa em Parintins-Amazonas. **II Encontro Nacional de Geógrafas e Geógrafos**. jul. 2022. Doi: <https://doi.org/10.22533/at.ed.7482305015>.

MACEDO, J.P, *et al.* A produção científica brasileira sobre apoio social: tendências e invisibilidades. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.** v.11, n.2, p. 258-278, Belo Horizonte jul./dez. 2018. Doi: <https://doi.org/10.36298/gerais2019110206>.

MARIOSIA, D.F.; FERRAZ, R.R.N.; SANTOS-SILVA, E.N. Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.5, p. 1425–1436, maio 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.20362016>.

MARQUES, A. K. M. C. *et al.* Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 945–955, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700026>.

MINAYO, M.C.S, *et al.* Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 137-146, 2021. DOI: [10.1590/1413-81232020261.30262020](https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30262020)

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 407 p.

MIRANDA, D.P, *et al.* Quedas em idosos em ambiente domiciliar: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. Atual In Derme** [Internet]. 9º de outubro de 2019 [citado 16º de maio de 2025]; 2017. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/revista/article/view/560>.

MONTEIRO, J. M. C. Uma cidade em plena selva: História do Mocambo. Parintins, 2003.

MOTA, B. G. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus autorreferido e fatores associados em população rural e tradicional de Goiás: estudo transversal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, p.E22001, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220016.2>.

NASCIMENTO, R.G. *et al.* Rotinas de famílias de idosos ribeirinhos amazônicos e reestruturações de papéis na velhice. **Ciencias Psicológicas**, v. 13, n. 1, p. 164–170, 1 jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.22235/cp.v13i1.1818>.

NASCIMENTO, R.G. Fragilidade e Condições de Saúde de Idosos Ribeirinhos da Amazônia: Indicadores epidemiológicos e aspectos subjetivos. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém-PA: **Universidade Federal do Pará**, 290 páginas, 2018.

NASCIMENTO, R.G, *et al.* Fragilidade de idosos Ribeirinhos Amazônicos: das trajetórias metodológicas aos desafios em saúde pública. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 367–375, 2019. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n2p367-375>

NERI, A.L. Avaliação direta e indireta da funcionalidade no envelhecimento. In: FREITAS, E.V. Tratado de geriatria e gerontologia 5. ed. - Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2022.

NEVES, S. Caburi: uma comunidade amazônica na sociedade em rede. **Revista Eco-Pós**, v.25, n.3, p. 178-199, 2022.

OLIVEIRA, A. L. B. DE.; MENEZES, T. M. DE O. The meaning of religion/religiosity for the elderly. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 2, p. 770–776, 2018.DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0120>

OLIVEIRA, B.F.A. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1617–1630, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: OMS, 2004

PAIM, J.S; ALMEIDA, F.N. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 13-27, 2014.

PEREIRA, A.S, *et al.* **Metodologia da pesquisa científica**. 1. ed. Santa Maria, RS: UFSM, NTE, 2018.

PEREIRA, J.M. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 3ed. São Paulo: Atlas, 2012.

PESSOA, V.M; ALMEIDA, M.A; CARNEIRO, F.F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saude Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 302-314, SETEMBRO 2018. Doi: DOI: 10.1590/0103-11042018S120.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRODANOV, C.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RACHE B.; NUNES L.; ROCHA R. **Evolução Recente e Perfil Atual da Mortalidade no Brasil: Uma Análise da Heterogeneidade entre Municípios**. Notas Técnicas 001, Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. 2020. Disponível em: <https://ideas.repec.org/p/amc/tecnot/001.html> Acesso em: 8 out. 2025.

REIS, D.A.; OLIVEIRA, A.P.P. **Rede de apoio e necessidades educacionais de cuidadores de idosos dependentes no contexto amazônico**. Curitiba: CRV, 2017. 192 p.

RIBEIRO, C. C.; NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. Semantic-cultural validation and internal consistency analysis of the Purpose in Life Scale for brazilian older adults. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 12, n. 3, p. 244–249, set. 2018.

RUSSELL, D; TAYLOR, J. Living Alone and Depressive Symptoms: The Influence of Gender, Physical Disability, and Social Support Among Hispanic and Non-Hispanic Older Adults, *The Journals of Gerontology*, v. 64, p.95-104, January 2009. DOI: <http://doi.org/10.1093/geronb/gbn002>

SALOMÃO, S.R. et al. The Brazilian Amazon Region Eye Survey: design and methods. **Ophthalmic Epidemiol**, v.24, n.4, p.257-64, 2017. Doi: https://doi.org/10.1080/09286586.2016.1276199?urlappend=%3Futm_source%3Dresearchgate.net%26utm_medium%3Darticle.

SANTIAGO, M. *et al.* Condições sociodemográficas e de saúde de idosos institucionalizados em cidades do sudeste e centro-oeste do Brasil. **Geriatr Gerontol Aging**, v.10, n.2, p.86-9286, 2016.

SANTOS, M.J. et al. Avaliação de parâmetros químicos e microbiológicos das águas subterrâneas do município de Parintins - AM como indicadores de poluição das águas. **Águas Subterrâneas**, v. 38, n. 1, 14 fev. 2024. Doi: <https://doi.org/10.14295/ras.v38i1.30257>

SCHERER, E. F. **Mosaico Terra-Água: a vulnerabilidade social ribeirinha na Amazônia, Brasil**. 2004 Disponível em: https://www.academia.edu/129109129/Mosaico_Terra_%C3%81gua_a_vulnerabilidade_soci_al_ribeirinha_na_Amaz%C3%B3nia_Brasil . Acesso em: 13 mai. 2024.

SCOLARI, G. A. DE S. *et al.* Participation in the coexistence center for elderly: repercussions and challenges. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 3, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0226>

SETOGUCHI, L. S. *et al.* Insuficiência familiar e a condição e os marcadores de fragilidade física de idosos em assistência ambulatorial. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210375, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0375pt>

SIGNORI, L. T. Perfil e capacidade funcional dos idosos ribeirinhos acolhidos nas casas de apoio e centro de convivência do Município de Altamira – PA. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 05, n. 05, p. 97–114, 28 maio 2020. DOI: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/idosos-ribeirinhos>

SILVA, V.L et al. Associação entre funcionalidade e conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção da covid-19 em pessoas idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, 26:e230063, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230063.pt>

SILVA, C.M.M. Mocambo, Caburi e Vila Amazônia no município de Parintins: Múltiplas dimensões do rural e do urbano na Amazônia. Dissertação (Pós-graduação em geografia) **Universidade Federal do Amazonas** -Manaus, 2009.

SILVA, I. T; PINTO J.E.P; VILELA, A.B.A. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 275–287, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000200006>.

SILVA J.V. *et al.* Qualidade de Vida e Atividades Avançadas da Vida Diária entre pessoas idosas: estudo transversal. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.9, n.3, p. 11939-11958, mar., 2023. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n3-196>

SIMEÃO, S.F.A.P. *et al.* Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro dia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3923–3934, nov. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.21742016>.

SOUZA, V. F. F. **Eletrificação rural no baixo-Amazonas: da concepção da política às mudanças nas condições de vida dos idosos impactados pelo programa “Luz para Todos”**. 2017. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Centro de Ciências Sociais, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

SPOSITO, G.; NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. Advanced Activities of Daily Living (AADLs) and cognitive performance in community-dwelling elderly persons: Data from the FIBRA Study - UNICAMP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 7–20, fev. 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15044>.

STAMM, B. *et al.* Cognição e capacidade funcional de idosos que residem sós e com familiares. **Revista baiana de Enfermagem**. v.31, n.2, p. e17407, 2017. Doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17407>.

TAVARES, R.E. *et al.* Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 889-900, 2017.

TELES, M. A. B. *et al.* Condições de saúde e sobrecarga de trabalho entre cuidadores informais de pessoas idosas com síndromes demenciais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, p. e230066, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230066.pt>

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929–1936, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 23, n. 1, p. 5–26, jan. 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982006000100002>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Social determinants of health. Genebra: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>. Acesso em: 30 ago. 2025.

ZANINI, D.S.; PEIXOTO, E.M.; NAKANO, T.C. Escala de Apoio Social (MOS-SSS): Proposta de Normatização com Referência nos Itens. **Trends in Psychology**, v. 26, n. 1, p. 387–399, jan. 2018. Doi: <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-15Pt>

ZERBETO, A. B. *et al.* Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na graduação em Fonoaudiologia no Brasil. **Distúrbios da Comunicação**, v. 35, n. 4, p. e64179, 27 mar. 2024. Doi: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2023v35i4e64179>.



Fonte: Arquivo da pesquisa

(Centro cultural da comunidade Mocambo)

10 Apêndices

*(Dai graças ao Senhor, de todo o meu coração;
contarei todas as tuas maravilhas) Salmos 9.1*

APÊNDICES

APÊNDICE-A

OFÍCIO SOLICITANDO O QUANTITATIVO DE PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS NO PROGRAMA DO IDOSO PARA PLANEJAMENTO DA PESQUISA.



Poder Executivo Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Escola de Enfermagem de Manaus
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
UEPA/UFAM



Manaus, 30 de setembro de 2024.

OFÍCIO S/N

À Secretaria Municipal Assistência Social- SEMASTH do Município de Parintins, Amazonas.

ASSUNTO: Informações necessárias para o planejamento de pesquisa a ser realizada com as pessoas idosas do município.

Ao cumprimentar cordialmente, venho por meio deste documento solicitar informações de dados para realização de uma pesquisa na modalidade de dissertação intitulada "FUNCIONALIDADE E REDE DE APOIO SOCIAL DA PESSOA IDOSA RIBEIRINHA DO MUNICÍPIO DE PARINTINS-AM", que tem como objetivo investigar a funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha das comunidades rurais do município de Parintins.

A solicitação do referido documento será útil para o planejamento da pesquisa. Os dados necessários para o planejamento da pesquisa são descritos a seguir:

- Dados sobre o quantitativo das pessoas idosas cadastradas no programa do idoso da cidade e do interior (quantitativo mais atualizado).

Enfatizo ainda, que sou natural de Parintins, Enfermeira formada pela Universidade Federal do Amazonas e Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em associação ampla com a Universidade Federal do Pará (UEPA/UFAM).

A pesquisa em questão irá contribuir de maneira significativa na atenção à saúde, propondo ações de enfermagem na assistência ao idoso e contribuirá para a elaboração de políticas públicas específicas para a população tradicional da Amazônia, sendo de extrema relevância, visto que cada comunidade ribeirinha possui suas dificuldades e especificidades.

Contando com a sua colaboração e sua equipe para as informações necessárias

Fico à disposição para qualquer esclarecimento.

Sendo o que se apresenta para o momento agradeço a atenção.

Atenciosamente,

Cliviane Soares Cordino

Enfa.

Pesquisadora responsável

Prof. Dr. Deyvylan Araújo Reis

Profº Drº. Deyvylan Araújo Reis (Ciência)

Orientador da pesquisa
Docente do PPGEN/UEPA/UFAM
E-mail: deyvylan@ufam.edu.br

APÊNDICE B

FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, SOCIOECONÔMICA, CONDIÇÕES DE SAÚDE E ATIVIDADE AVANÇADA DA VIDA DIÁRIA DA PESSOA IDOSA.

SESSÃO A: SOCIODEMOGRÁFICO

Nº: _____.

IDADE: _____ (anos completos) DATA DE NASCIMENTO: _____.

SEXO: () Masculino () Feminino

NATURALIDADE: _____.

ESTADO CIVIL: () Casado(a) () Divorciado(a)/Separado(a) () Viúvo(a) () Solteiro(a) () Outra situação: _____.

ESCOLARIDADE: _____ Anos.

OCUPAÇÃO ATUAL: _____.

OCUPAÇÃO ANTERIOR: _____.

RELIGIÃO: () Católico(a) () Evangélico(a) () Espírita (Outros): _____.

SE AUTODECLARA: () Branco () Amarelo () Pardo () Preto () Indígena.

TEMPO DE MORADIA NA COMUNIDADE RIBEIRINHA: _____.

SESSÃO B: SOCIOECONÔMICA

RENDA PESSOAL: _____ (VALOR).

RENDA FAMILIAR MENSAL: _____ (VALOR).

QUANTAS PESSOAS DEPENDEM DESSA RENDA, INCLUINDO O(a) Sr(a)? _____.

CONSIDERA TER DINHEIRO SUFICIENTE PARA SUAS NECESSIDADES DIÁRIAS? () SIM () NÃO.

SESSÃO C: DOMICÍLIO

QUANTIDADE DE PESSOAS NA RESIDÊNCIA: _____. GRAU DE PARENTESCO: _____.

CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO: () 1. Própria () 2. Alugado () 3. Cedido () 4. Outros

SESSÃO D: CONDIÇÕES DE SAÚDE

SAÚDE: () Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Muito ruim.

FUMA OU FUMOU CIGARROS? () Sim () Não

Se sim, qual a quantidade (em unidades) e /ou com qual frequência? _____.

COM QUE FREQUÊNCIA TOMA BEBIDA ALCOÓLICA? () Nunca () De 4 a mais vezes por semana () Mensalmente ou menos.

HISTÓRICO DE QUEDAS: (caso não tenha caído pular para o próximo item)

Caiu nos últimos: () 6 meses () 12 meses.

Onde foi a queda? _____.

Precisou de atendimento médico? () sim () não

INTERNAÇÃO: Últimos 12 meses (caso negativo, pular para próximo item)

Causa: _____.

Tempo de internação: _____.

ALGUM MÉDICO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ DISSE QUE O SR.(a) TEM ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO?

1. Hipertensão arterial sistêmica () TEMPO: _____.
2. Diabetes () TEMPO: _____.
3. Doença do coração (qual? _____.) () TEMPO: _____.
4. Derrame ou AVC () TEMPO: _____.
5. Doença pulmonar () TEMPO: _____.
6. Osteoporose () TEMPO: _____.
7. Artrite, reumatismo ou artrose () TEMPO: _____.
8. Depressão () TEMPO: _____.
9. Outras condições () TEMPO: _____.

Medicamentos:

O senhor(a) está tomando algum medicamento?

- 1.SIM (preencher o quadro) 2.NÃO (pule o quadro)

Motivo terapêutico	Nome genérico/comercial	Dose diária

SESSÃO E: ATIVIDADE AVANÇADA DA VIDA DIÁRIA

1. Fazer visitas na casa de outras pessoas. () Sim () Não
2. Receber visitas em casa. () Sim () Não
3. Ir à igreja ou templo para rituais religiosos. () Sim () Não
4. Participar de reuniões sociais. () Sim () Não

- 5. Participar de eventos culturais: Festa religiosa, festa da comunidade. () Sim () Não
- 6. Dirigir automóvel (Carro, moto). () Sim () Não
- 7. Fazer viagem de curta duração para fora da cidade. () Sim () Não
- 8. Fazer viagens de longa duração para fora da cidade. () Sim () Não
- 9. Fazer trabalho voluntário. () Sim () Não
- 10. Fazer trabalho remunerado. () Sim () Não
- 11. Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centro de convivência, ou atividades políticas. () Sim () Não
- 12. Participar de algum curso de atualização ou de Universidade à terceira idade. () Sim () Não
- 13. Participar de centro e ou grupos de convivência exclusivos para pessoa idosa. () Sim () Não

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA SOBRE REDE DE APOIO SOCIAL

REDE DE APOIO

Concepção sobre Rede de apoio/apoio social

REDE DE APOIO SOCIAL INFORMAL

Visita frequente/ quem oferece o apoio

Duração do apoio oferecido

Relação familiar

Auxílio em períodos que se está doente/quem oferece apoio

Auxílio para cuidados pessoais

Auxílio para serviços domésticos

Auxílio financeiro

Auxílio para atividades externas (fazer compras, ir à unidade de saúde)

Atividades sociais e de lazer/companhia

REDE DE APOIO SOCIAL- FORMAL

Visita/quem oferece/ tipos de apoio

Quem oferece orientação

Duração da visita/ com que frequência realiza a visita

Participação em grupos/ governamental e não governamentais/ tempo de participação

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do Amazonas



FAPEAM
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha do município de Parintins, Amazonas, cujo pesquisador responsável é Cliviane Farias Cordeiro, aluna regular do Programa de Mestrado em Enfermagem Associado com a Universidade do Pará- UEPa e Universidade Federal do Amazonas – UFAM e seu orientador Prof^o.Dr. Deyvylan Araújo Reis, docente da Escola de Enfermagem de Manaus-EEM e do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas-UFAM, sendo que essa pesquisa pretende investigar a funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha das comunidades rurais do município de Parintins do Estado do Amazonas. O(A) Sr(a) está sendo convidado porque faz parte da comunidade, é cadastrado na estratégia da família e possui 60 anos ou mais, é participante considerado dependente parcial e ter condições de responder a entrevista. Solicitamos seu consentimento para participar da aplicação de uma entrevista semiestruturada sobre rede de apoio social.

Informamos ao Sr(a) que sua participação é de livre vontade e se dará por meio de uma entrevista semiestruturada contendo informações sobre rede de apoio social como - rede de apoio social informal (Visita frequente/ quem oferece o apoio, Duração do apoio oferecido, Relação familiar, Auxílio em períodos que se está doente/quem oferece apoio, Auxílio para cuidados pessoais, Auxílio para serviços domésticos, Auxílio financeiro, Auxílio para atividades externas (fazer compras, ir à unidade de saúde), Atividades sociais e de lazer/companhia). Rede de apoio social- formal (Visita/quem oferece/ tipos de apoio, Quem oferece orientação, Duração da visita/ com que frequência realiza a visita, Participação em grupos/ governamental e não governamentais/ tempo de participação, Auxílio para algum acompanhamento de saúde).

O(A) Sr(a) tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para a sua pessoa. O (a) Sr.(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.

Rubricas _____ (Participante)

Página 1 de 3

_____ (Pesquisador)



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do Amazonas



FAPEAM
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas



Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos são referentes ao desconforto e o sentimento de constrangimento de responder algumas questões durante aplicação do instrumento de coleta de dados, sendo que o pesquisador irá tomar medidas para amenizar, tais como parar imediatamente a entrevista, podendo assim oferecer apoio emocional. Pode também em qualquer momento durante a aplicação do instrumento de coleta de dados o participante se desejar suspender a sua autorização no estudo, sem apresentar justificativa. A pesquisa em questão não efetuará pagamento aos participantes, mas fica assegurado caso ocorra algum dano decorrente do estudo será devidamente indenizado, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, IV.3. h, IV.4c e V.7. A garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo (durante a coleta de dados no domicílio realizado pelos pesquisadores), como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS nº 466/2012, que garante ao participante e ao seu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação da pesquisa, tais como transporte, alimentação, exames e o pagamento de consulta psicológica ou médica.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: contribuir para um melhor conhecimento sobre o tema e colaborar para demonstrar as características das pessoas idosas ribeirinhas quanto a sua funcionalidade e rede de apoio social. E poderá contribuir para a elaboração de políticas públicas específicas para a população tradicional da Amazônia dessa região, sendo de extrema relevância, visto que cada comunidade ribeirinha possui suas deficiências e especificidades.

O(A) Sr(a) pode entrar em contato com o pesquisador responsável pelo telefone (92) 99175-4568, ou poderá entrar em contato com a Coordenação do Mestrado em Enfermagem da UEPA/UFAM, na Rua: Teresina, nº.495 – Bairro: Adrianópolis- Escola de Enfermagem de Manaus-EEM-UFAM, telefone (92) 99114-5386).

O(A) Sr(a) também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente,

Rubricas _____ (Participante)

Página 2 de 3

_____ (Pesquisador)



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do Amazonas



FAPEAM
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas



criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

_____, ____/____/____

Assinatura do Participante



IMPRESSÃO DACTILOSCÓPICA

Assinatura do Pesquisador Responsável

Rubricas _____ (Participante)

Página 3 de 3

_____ (Pesquisador)



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do Amazonas



FAPEAM
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa **funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha do município de Parintins, Amazonas**, cujo pesquisador responsável é Cliviane Farias Cordeiro, aluna regular do Programa de Mestrado em Enfermagem Associado com a Universidade do Pará- UEPA e Universidade Federal do Amazonas – UFAM e seu orientador Prof^o Dr. Deyvylan Arijó Reis, docente da Escola de Enfermagem de Manaus-EEM e do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas-UFAM, sendo que essa pesquisa pretende investigar a funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha das comunidades rurais do município de Parintins do Estado do Amazonas. O(A) Sr(a) está sendo convidado porque faz parte da comunidade, é cadastrado na estratégia da família e possui 60 anos ou mais, é participante considerado dependente parcial e ter condições de responder a entrevista. Solicitamos seu consentimento para participar da aplicação de uma entrevista semiestruturada sobre rede de apoio social.

Informamos ao Sr(a) que sua participação é de livre vontade e se dará por meio de uma entrevista semiestruturada contendo informações sobre rede de apoio social como - rede de apoio social informal (Visita frequente/ quem oferece o apoio, Duração do apoio oferecido, Relação familiar, Auxílio em períodos que se está doente/quem oferece apoio, Auxílio para cuidados pessoais, Auxílio para serviços domésticos, Auxílio financeiro, Auxílio para atividades externas (fazer compras, ir à unidade de saúde), Atividades sociais e de lazer/companhia). Rede de apoio social- formal (Visita/quem oferece/ tipos de apoio, Quem oferece orientação, Duração da visita/ com que frequência realiza a visita, Participação em grupos/ governamental e não governamentais/ tempo de participação, Auxílio para algum acompanhamento de saúde).

O(A) Sr(a) tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para a sua pessoa. O (a) Sr.(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.

Rubricas _____ (Participante)

Página 1 de 3

_____ (Pesquisador)



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do Amazonas



FAPEAM
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas



Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos são referentes ao desconforto e o sentimento de constrangimento de responder algumas questões durante aplicação do instrumento de coleta de dados, sendo que o pesquisador irá tomar medidas para amenizar, tais como parar imediatamente a entrevista, podendo assim oferecer apoio emocional. Pode também em qualquer momento durante a aplicação do instrumento de coleta de dados o participante se desejar suspender a sua autorização no estudo, sem apresentar justificativa. A pesquisa em questão não efetuará pagamento aos participantes, mas fica assegurado caso ocorra algum dano decorrente do estudo será devidamente indenizado, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, IV.3. h, IV.4c e V.7. A garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo (durante a coleta de dados no domicílio realizado pelos pesquisadores), como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS nº 466/2012, que garante ao participante e ao seu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação da pesquisa, tais como transporte, alimentação, exames e o pagamento de consulta psicológica ou médica.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: contribuir para um melhor conhecimento sobre o tema e colaborar para demonstrar as características das pessoas idosas ribeirinhas quanto a sua funcionalidade e rede de apoio social. E poderá contribuir para a elaboração de políticas públicas específicas para a população tradicional da Amazônia dessa região, sendo de extrema relevância, visto que cada comunidade ribeirinha possui suas deficiências e especificidades.

O(A) Sr(a) pode entrar em contato com o pesquisador responsável pelo telefone (92) 99175-4568, ou poderá entrar em contato com a Coordenação do Mestrado em Enfermagem da UEPA/UFAM, na Rua: Teresina, nº.495 – Bairro: Adrianópolis- Escola de Enfermagem de Manaus-EEM-UFAM, telefone (92) 99114-5386).

O(A) Sr(a) também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente,

Rubricas _____ (Participante)

Página 2 de 3

_____ (Pesquisador)



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do Amazonas



FAPEAM
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas



criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

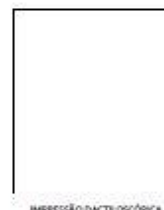
Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a), ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

_____, ____/____/____

Assinatura do Participante



IMPRESSÃO DACTILOSCÓPICA

Assinatura do Pesquisador Responsável

Rubricas _____ (Participante)

_____ (Pesquisador)



Fonte: Arquivo da pesquisa

(Viagem de barco pelo Rio Amazonas para chegar às

Comunidades)

11 Anexos

(Graças a Deus, que nos dá a vitória por Cristo) 1 Coríntios 9:15

ANEXOS

ANEXO A

ÍNDICE DE KATZ - ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) Com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banha-se Pontos: _____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitadas	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: _____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: _____	(1 ponto) Dirige-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: _____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: _____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: _____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total: _____	6 pontos Independente	3 a 5 pontos Dependência moderada	2 a 0 pontos Dependência Total
---------------------	---------------------------------	---	--

ANEXO B
ESCALA DE LAWTON E BRODY - ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA
DIÁRIA

1.O(a) Sr.(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
2. O(a) Sr.(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
3. O(a) Sr.(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
4. O(a) Sr.(a) Consegue Preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
5. O(a) Sr.(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
6. O(a) Sr.(a) consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
7. O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
8. O(a) Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
9. O(a) Sr.(a) Consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1

Total: _____	Igual a 9 pontos	10 a 26 pontos	Igual a 27 pontos
	Dependência total	Dependência parcial	Independência

ANEXO C- PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Funcionalidade e Rede de Apoio social da pessoa idosa ribeirinha do município de Parintins, Amazonas

Pesquisador: CLIVIANE FARIAS CORDEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84854624.5.0000.5020

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Manaus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.269.083

Apresentação do Projeto:

Esta investigação tem como objeto de estudo a funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha. O interesse em estudar a temática, surgiu pela inquietação científica e a vivência da pesquisadora em comunidades rurais, observando o modo de vida, difícil acesso a saúde, a falta de recursos humanos qualificados dos profissionais de saúde, adversidades em relação a logística e território geográfico enfrentados por esses povos tradicionais, em especial as pessoas idosas. Objetivo: Investigar a funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha das comunidades rurais do município de Parintins do Estado do Amazonas. Método: Trata-se de um estudo descritivo e transversal com abordagem quanti-qualitativa. A amostra será probabilística, sendo constituída por 224 pessoas idosas cadastradas na Estratégia Saúde da Família de cinco comunidades rurais do município de Parintins no Amazonas. A coleta de dados será realizada no domicílio por meio da aplicação do formulário elaborado especificamente para a pesquisa e dois instrumentos validados e adaptados para versão brasileira, sendo o Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody, e para parte qualitativa será realizada através de uma entrevista semiestruturada. Para a análise, os dados serão organizados em

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-4000

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep@ufam.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 7.269.083

uma planilha do Microsoft Excel 2019, posteriormente será utilizado o Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 20.0), em que será realizada a estatística descritiva e inferencial. E a análise qualitativa será realizada a análise de conteúdo de Bardin, seguindo as etapas de pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação. Resultados esperados: Espera-se que os resultados possam servir para subsidiar o planejamento de novas políticas públicas, a elaboração de abordagens e acompanhamento dos profissionais de saúde da ESF do município, quanto valorização da funcionalidade e rede de apoio social promovida a pessoa idosa rural.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha das comunidades rurais do município de Parintins do Estado do Amazonas.

Objetivo Secundário:

¿ Descrever as características da pessoa idosa segundo as variáveis sociodemográfica, socioeconômica, domicílio, as condições de saúde e hábitos de vida;¿ Identificar a prevalência de doenças crônicas da pessoa idosa ribeirinha;¿ Avaliar o desempenho das ABVD, AIVDs e AAVD da pessoa idosa ribeirinha;¿ Verificar associação dos dados demográficos, socioeconômicos, domicílio, condições de saúde com desempenho das ABVD, AIVDs e AAVD da pessoa idosa ribeirinha;¿ Compreender a rede de apoio social oferecido a pessoa idosa das comunidades ribeirinhas do Município de Parintins.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Nesta pesquisa os riscos são referentes somente ao desconforto e o sentimento de constrangimento de responder algumas questões durante aplicação do instrumento de coleta de dados, sendo que o pesquisador irá tomar medidas para amenizar, tais como parar imediatamente a entrevista, podendo assim oferecer apoio emocional. Pode também em qualquer momento

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-4000

E-mail: cep@ufam.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 7.269.083

durante a aplicação do instrumento de coleta de dados o participante se desejar suspender a sua autorização no estudo, sem apresentar justificativa.

Benefícios:

Contribuir para um conhecimento sobre o tema e colaborar para demonstrar as características das pessoas idosas ribeirinhas quanto a sua funcionalidade e rede de apoio social. E poderá contribuir para a elaboração de políticas públicas específicas para a população tradicional da Amazônia dessa região, sendo de extrema relevância, visto que cada comunidade ribeirinha possui suas deficiências e especificidades

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo e transversal com abordagem quanti-qualitativa. O estudo descritivo busca descrever as características de determinadas populações, sendo que uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (Gil, 2008; MatiasPereira, 2012).

Local do estudo:

A pesquisa será realizada em cinco comunidades rurais, localizadas na microrregião de Parintins, município do Amazonas. O município de Parintins localiza-se ao extremo leste do Amazonas (Figura 4) e possui uma área de 5.952,30 km², sendo a maior parte em ambiente de várzea (Lopes et al., 2022). As comunidades selecionadas sendo a comunidade de Bom Socorro do Zé Açu, Santa Maria da Vila Amazônia, Nossa Senhora das Graças do Maranhão, Agrovila do São João do Mocambo e Agrovila de São Sebastião do Caburi, localizadas na microrregião de Parintins, no Estado do Amazonas. As cinco comunidades foram selecionadas porque fazem parte da rede de serviços de saúde do município, sendo umas das poucas que contam com equipes da Estratégia Saúde da Família e possuem infraestrutura de Unidade Básica de Saúde.

População e Amostra:

Nesta pesquisa será utilizado a técnica de amostragem por conglomerado, a escolha do indivíduo de cada unidade será feita por sorteio, com recurso de ferramentas de um aplicativo de sorteio chamado sorteio fácil, com acesso pelo link: <https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.costaw.sorteiofacil>. A técnica de amostragem por conglomerado é indicada em situações em

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-4000

E-mail: cep@ufam.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 7.269.083

que é bastante difícil a identificação de seus elementos. Os conglomerados são representados por escolas, igrejas, associações, empresas e outros.

Neste aspecto, os conglomerados que representam a população-alvo, faz-se o cadastramento de seus membros, formando os grupos necessários.

E, em seguida, é realizado o sorteio do percentual estabelecido para cada grupo, os quais, depois, são somados, formando a amostra final

(Prodanov, 2013). O resultado obtido do cálculo utilizado neste estudo foi de 204 pessoas nas cinco comunidades, sendo adicionado 10% para as possíveis perdas amostrais. Assim, obteve a amostra final do estudo em 224 pessoas idosas.

Procedimento de coleta:

O procedimento de coleta de dados constituirá das seguintes etapas a saber:

a) Identificação da pesquisadora e informar a Secretaria de Saúde do município sobre o estudo em questão, e ter a aprovação do Comitê de Ética

em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Federal do Amazonas (UFAM);

b) Comunicar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada comunidade ribeirinha sobre o desenvolvimento da pesquisa com os idosos

cadastrados no programa Estratégia Saúde da Família;

c) Solicitar o quantitativo de pessoas idosas cadastradas de cada unidade de saúde pelo coordenador da unidade de saúde, após será realizado o

sorteio dos participantes da coleta;

d) Identificar o participante juntamente com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), iremos fazer duas tentativas para a entrevista com a pessoa

idosa e apresentar o TCLE;

e) Coletar e registrar os dados em um roteiro desenvolvido pelo próprio autor da pesquisa e através de instrumentos validados.

f) Após a aplicação do formulário, instrumentos validados e entrevista a pesquisadora irá identificar as pessoas idosas parcialmente dependentes e

irá convidá-lo para participar da entrevista, agendando um novo encontro com horário marcado pela própria pessoa idosa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendem os requisitos.

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-4000

E-mail: cep@ufam.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM**



Continuação do Parecer: 7.269.083

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Riscos:

Nesta pesquisa os riscos são referentes ~~de~~ ao desconforto (grifo nosso). Sugeres-e retirar a palavra com o intuito de não graduar o risco.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2421031.pdf	09/11/2024 15:34:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	09/11/2024 15:29:11	CLIVIANE FARIAS CORDEIRO	Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	08/11/2024 18:52:39	CLIVIANE FARIAS CORDEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_qualitativo.pdf	08/11/2024 18:51:53	CLIVIANE FARIAS CORDEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_quantitativo.pdf	08/11/2024 18:51:31	CLIVIANE FARIAS CORDEIRO	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	08/11/2024 18:18:04	CLIVIANE FARIAS CORDEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_quantitativo.docx	08/11/2024 18:11:37	CLIVIANE FARIAS CORDEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_qualitativo.docx	08/11/2024 18:11:03	CLIVIANE FARIAS CORDEIRO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	08/11/2024 18:06:23	CLIVIANE FARIAS CORDEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-4000

E-mail: cep@ufam.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 7.269.083

MANAUS, 04 de Dezembro de 2024

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-4000

CEP: 69.057-070

E-mail: cep@ufam.edu.br

ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA

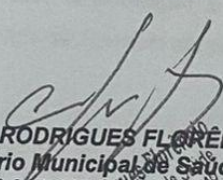
ESTADO DO AMAZONAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARINTINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que a pesquisa intitulada “**Funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha do Município de Parintins-Amazonas**”, sob a responsabilidade do pesquisador Dr. Deyvylan Araújo Reis e a sua orientanda a mestrand Cliviane Farias Cordeiro, da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM) da Universidade Federal do Amazonas, cuja responsabilidade na sua execução, será a si atribuída, recebe desta signatária a necessidade e devida autorização para a sua execução neste instituto.

Para tanto, fica disponibilidade toda a estrutura técnica e funcional de acesso aos serviços que se fizerem necessárias para realização da referida pesquisa.

Parintins, 11 de setembro de 2024.


CLERTON RODRIGUES FLORÊNCIO
Secretário Municipal de Saúde
Decreto nº 007/2024-SEMRH/SEMAD

Clerton Rodrigues Florêncio
Secretário Municipal de Saúde
Decreto nº 007/2024

Rua Herberth de Azevedo, 985 – Santa Clara – CEP: 69151-160.
Parintins – AM

ANEXO E

Manuscrito- Saúde da pessoa idosa rural na atenção primária à saúde no Brasil

ANEXO E- MANUSCRITO 1: SAÚDE DA PESSOA IDOSA RURAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE NO BRASILDoi: <https://doi.org/10.25248/reas.e17816.2024>


**Revista Eletrônica
Acervo Saúde**
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Saúde da pessoa idosa rural na atenção primária à saúde no Brasil
Health of rural elderly people in primary health care in Brazil
Salud de los ancianos rurales en la atención primaria de salud en Brasil

Cliviane Farias Cordeiro¹, Anathuza Veiga Trindade¹, Deyvylan Araujo Reis¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar evidências científicas acerca da saúde da pessoa idosa rural na atenção primária de saúde no Brasil. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com artigos publicados entre 2014 a 2024, no idioma português, inglês e espanhol e com texto completo disponível. Utilizou-se como questão norteadora: Quais as evidências científicas acerca da saúde da pessoa idosa rural na atenção primária à saúde no Brasil? Para a realização da pesquisa foram utilizadas as bases de dados e biblioteca eletrônica: LILACS, BDNF, MEDLINE, SCOPUS e a biblioteca virtual SciELO, através dos descritores em ciências da Saúde (DeCS): Idoso, Aged, Saúde, Atenção primária à saúde, Primary Health Care, população rural e Rural areas, realizando o cruzamento utilizando o operador booleano "AND" e "AND NOT". Foi realizada a coleta através de um instrumento próprio utilizando o *Microsoft Excel* versão 2019. **Resultados:** Foram selecionados 14 artigos que obedeceram aos critérios de inclusão, na qual, abordavam sobre a saúde da pessoa idosa no ambiente rural. Os temas que mais se destacaram foram: capacidade funcional e qualidade de vida. **Considerações finais:** Verificou-se poucos estudos desenvolvidos com esse público, o que demonstra a importância de novas pesquisas, principalmente na área da Enfermagem.

Palavras-chave: Saúde da pessoa idosa, Atenção primária à saúde, População rural.

ABSTRACT

Objective: Identify scientific evidence about the health of rural elderly people in primary health care in Brazil. **Methods:** This is an integrative review of the literature, with articles published between 2014 and 2024, in Portuguese, English and Spanish and with full text available. The guiding question was used: What is the scientific evidence about the health of rural elderly people in primary health care in Brazil? To carry out the research, the databases and electronic library were used: LILACS, BDNF, MEDLINE, SCOPUS and the SciELO library, through the descriptors in Health Sciences (DeCS): Elderly, Aged, Health, Primary health care, Primary Health Care, rural population and Rural areas, performing the crossing using the Boolean operator "AND" and "AND NOT". Collection was carried out using a proprietary instrument using Microsoft Excel version 2019. **Results:** 14 articles were selected that met the inclusion criteria, which addressed the health of elderly people in rural environments. The themes that stood out the most were: functional capacity and quality of life. **Final considerations:** There were few studies developed with this audience, which demonstrates the importance of new research, especially in the area of nursing.

Keywords: Health of the elderly, Primary health care, Rural population.

¹ Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus-Amazonas.

SUBMETIDO EM: 7/2024 | ACEITO EM: 7/2024 | PUBLICADO EM: 11/2024

REAS | Vol. 24(11) | DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e17816.2024> Página 1 de 10

**MANAUSCRITO 2: FUNCIONALIDADE E REDE DE APOIO SOCIAL DA PESSOA IDOSA
RIBEIRINHA AMAZÔNICA: ESTUDO DE MÉTODO MISTO.**

REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM

Revista Gaúcha de Enfermagem - Manuscript ID RGENF-2026-0036 Caixa de entrada x



Editor Gerente <onbehalfof@manuscriptcentral.com>

para mim, deyvyllan, marcelabrito208 ▾

20:09 (há 1 minuto)



10 de fevereiro de 2026

Prezada Sra. Cordeiro:

Seu manuscrito intitulado "Funcionalidade e rede de apoio social da pessoa idosa ribeirinha amazônica: estudo de método misto" foi submetido com sucesso online e está sendo avaliado para publicação na Revista Gaúcha de Enfermagem.

O ID do seu manuscrito é RGENF-2026-0036.

Por favor, mencione o ID do manuscrito acima em toda correspondência futura ou ao entrar em contato com a redação para esclarecer dúvidas. Caso haja alguma alteração em seu endereço ou e-mail, acesse o ScholarOne Manuscripts em <https://mc04.manuscriptcentral.com/rgenf-scielo> e edite suas informações de usuário conforme necessário.

Você também pode verificar o status do seu manuscrito a qualquer momento consultando sua Central do Autor após acessar <https://mc04.manuscriptcentral.com/rgenf-scielo>.

Agradecemos por submeter seu manuscrito à Revista Gaúcha de Enfermagem. [Atenciosamente](#)

Equipe Editorial da Revista Gaúcha de [Enfermagem](#)

ANEXO F- REGISTRO DA COLETA DE DADOS



Figura 1: Registro do transporte para chegar as comunidades



Figura 3: Registro do terreno dos participantes



Figura 2: Registro das visitas junto com os ACS



Figura 4: Registro da despedida com os funcionários



Figura 5: Registro do porto da comunidade Mocambo



Figura 6: Registro da unidade de saúde da comunidade Caburi



Figura 7: Registro do domicílio do participante



Figura 8: Registro da rua na comunidade Maranhão



Figura 9: Registro da travessia no Rio Amazonas



Figura 10: Registro da rua na comunidade Mocambo