

Paulo Donizetti Palma¹
Fernanda Moura Lanza²
Manuel Alberto Morais Brás¹

¹Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal.

²Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

✉ **Paulo Palma**

R. Ferreira Penteado nº 1052, Centro, Campinas, SP.
CEP: 01323-030
✉ padpalma@gmail.com

Submetido: 29/04/2025
Aceito: 30/10/2025

RESUMO

Introdução: A funcionalidade familiar exerce papel fundamental no bem-estar de idosos frágeis, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade. Por isso, a qualidade de vida desse público pode ser significativamente influenciada pelo suporte e dinâmica familiar. **Objetivo:** analisar a funcionalidade familiar e a qualidade de vida de idosos frágeis atendidos em um centro de referência. **Material e Métodos:** trata-se de um estudo transversal descritivo com uma amostra não probabilística por conveniência de idosos frágeis acompanhados pelo Centro de Referência do Idoso do município de Campinas, São Paulo, Brasil. A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2024 e foram utilizados o questionário sociodemográfico, o questionário APGAR Familiar e de qualidade de vida SF-36. Os dados foram tabulados e analisados no *software* SPSS conforme a natureza das variáveis. **Resultados:** Participaram 70 idosos, a maioria do sexo feminino (n=49), casados (n=43), aposentados (n=52), com renda entre dois a três salários mínimos (n=48), e com idade média de 72,1 anos ($\pm 7,5$). Em relação à funcionalidade familiar, a maioria dos participantes possuem alta funcionalidade familiar (81,4%, n= 57). Na avaliação dos domínios de qualidade de vida, as pontuações totais variaram de 41,8 a 59,6. A maior pontuação foi obtida no domínio aspectos sociais (59,6 \pm 18,1), seguido do estado geral de saúde (59,0 \pm 19,3), saúde mental (54,0 \pm 14,0) e vitalidade (50,9 \pm 12,6) apresentaram um menor comprometimento. Os domínios aspectos emocionais (49,0 \pm 45,3), dor (45,9 \pm 28,5), capacidade funcional (43,3 \pm 36,2) e, por último, aspectos físicos (41,8 \pm 34,0) obtiveram um maior comprometimento na qualidade de vida. **Conclusão:** a maioria dos idosos frágeis atendidos no Centro de Referência apresenta boa funcionalidade familiar, o que pode contribuir positivamente para alguns domínios da qualidade de vida. No entanto, aspectos físicos, funcionais e emocionais ainda se mostram comprometidos, indicando a necessidade de intervenções interdisciplinares que promovam um cuidado integral e direcionado às demandas específicas desse grupo.

Palavras-chave: Funcionalidade Familiar; Relações Familiares; Qualidade de Vida; Idosos Fragilizados; Enfermagem Familiar.

ABSTRACT

Introduction: Family functionality plays a fundamental role in the well-being of frail older adults, especially in contexts of greater vulnerability. Therefore, the quality of life of this population can be significantly influenced by family support and dynamics. **Objective:** To analyze family functionality and the quality of life of frail older adults attended at a reference center. **Material and Methods:** This is a descriptive cross-sectional study with a convenience sample of frail older adults followed by the Elderly Reference Center in the municipality of Campinas, São Paulo, Brazil. Data collection took place in September and October 2024, using a sociodemographic questionnaire, the Family APGAR questionnaire, and the SF-36 quality of life instrument. Data were tabulated and analyzed using SPSS software according to the nature of the variables. **Results:** A total of 70 older adults participated in the study, the majority being female (n=49), married (n=43), retired (n=52), with an income between two and three minimum wages (n=48), and a mean age of 72.1 years (± 7.5). Regarding family functionality, most participants reported high family functionality (81.4%, n=57). In the assessment of quality-of-life domains, total scores ranged from 41.8 to 59.6. The highest score was observed in the social aspects domain (59.6 \pm 18.1), followed by general health status (59.0 \pm 19.3), mental health (54.0 \pm 14.0), and vitality (50.9 \pm 12.6), indicating lower levels of impairment. On the other hand, the domains of emotional aspects (49.0 \pm 45.3), pain (45.9 \pm 28.5), functional capacity (43.3 \pm 36.2), and physical aspects (41.8 \pm 34.0) showed greater impairment in quality of life. **Conclusion:** Most frail older adults attended at the Reference Center presented good family functionality, which may contribute positively to some domains of quality of life. However, physical, functional, and emotional aspects remain compromised, indicating the need for interdisciplinary interventions that promote comprehensive care tailored to the specific needs of this group.

Keywords: Osteoporotic Fractures; Post-Menopause Osteoporosis; Cost-Effectiveness; Cost-Effectiveness Analysis; Economics, Pharmaceutical.

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança de vida representa um desafio emergente para as sociedades, pesquisadores, gestores em saúde e para a própria população global em processo de envelhecimento. Viver mais tempo é um desejo comum, mas torna-se essencial garantir que esses anos adicionais sejam vividos com qualidade e significado.¹ Essa inquietação é vista pelos pesquisadores como uma questão relevante para a investigação a conduzir sobre este fenômeno do envelhecimento, uma vez que as projeções demográficas indicam a continuidade e até a expansão dessa realidade. Estima-se que, entre 2015 e 2050, a população idosa quase dobre, passando a representar cerca de 22% da população mundial.²

No Brasil, aproximadamente 13% da população possui 60 anos ou mais. Seguindo a tendência global, inclusive no que diz respeito ao crescimento populacional, estima-se que até 2047 o país deixará de crescer demograficamente, configurando-se como uma nação predominantemente idosa.³ Esse processo de inversão da pirâmide etária, aliado ao aumento da longevidade, reforça o papel central da família na assistência à pessoa idosa, uma vez que esta frequentemente assume a responsabilidade direta pelo cuidado, o que provoca importantes transformações em sua dinâmica.^{4,5}

A família, por sua vez, é compreendida como um grupo de indivíduos unidos por laços de parentesco, afinidade ou afeto, que compartilham um espaço histórico, cultural, físico e político. Enquanto sistema social, incorpora uma variedade de valores, crenças, conhecimentos e práticas que a diferenciam e a tornam única, que se transforma a partir de sua rede de múltiplas relações e de processos complexos e multidimensionais.⁶

A forma como a família se estrutura e se relaciona para estabelecer seus papéis é determinante para sua funcionalidade.⁷ Uma família funcional caracteriza-se por relações harmoniosas, com funções bem definidas entre os membros, e que tem a capacidade de comunicar e resolver conflitos de acordo com a sua estrutura interna, mantendo um sistema de apoio baseado em vínculos afetivos sólidos. Por outro lado, famílias disfuncionais carecem de apoio mútuo, coordenação e respeito entre os membros, vivenciando crises frequentes decorrentes da dificuldade de comunicação e da ausência de estratégias para lidar com os problemas cotidianos.^{8,9}

O envelhecimento deve ser compreendido em suas múltiplas dimensões e nas transformações que impactam a qualidade de vida e o bem-estar biopsicossocial, o que podem comprometer um envelhecimento saudável.¹⁰ Nesse contexto, a enfermagem exerce papel estratégico na promoção do cuidado centrado na autonomia, respeitando a individualidade, os valores e as crenças da pessoa idosa.

O enfermeiro de família atua na educação em saúde, na escuta qualificada e na orientação sobre a doença e seus enfrentamentos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e de suas famílias, e fortalecendo, assim, a funcionalidade familiar.⁶

Diante da relevância de identificar a funcionalidade familiar no processo de envelhecimento para subsidiar ações de proteção e promoção de um envelhecer saudável, este estudo tem como objetivo analisar a funcionalidade familiar e a qualidade de vida de idosos frágeis atendidos em um centro de referência.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, conduzido com uma amostra não probabilística por conveniência,¹⁰ composta por 70 idosos frágeis que são acompanhados no Centro de Referência do Idoso (CRI) de Campinas, localizado na região sudoeste do estado de São Paulo, Brasil. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2024.

O CRI é uma unidade de média complexidade voltada ao atendimento especializado da população idosa frágil, implementada em conformidade com a Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.¹¹ O acesso ao serviço se dá por meio de encaminhamento das unidades de atenção primária à saúde. A fragilidade é identificada a partir da avaliação breve da pessoa idosa, instrumento do Ministério da Saúde (MS) que avalia riscos ou sinais de fragilidade em pessoas com 60 anos ou mais. Os idosos com limitações ou vulnerabilidades de ordem clínica, funcional ou social identificadas nesse instrumento são encaminhados ao CRI para acompanhamento especializado. No CRI, o idoso é atendido por uma equipe multidisciplinar composta por médico geriatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e fonoaudiólogo. A partir dessas avaliações, elabora-se um plano terapêutico com duração média de seis meses. Após a alta, o idoso é encaminhado à unidade de atenção primária de origem para continuidade do cuidado, bem como as atividades de promoção da saúde, esporte, lazer e integração social.^{12,13}

Todos os idosos acompanhados pela equipe multidisciplinar do CRI durante o período de coleta foram convidados a participar do estudo, independentemente do tempo de acompanhamento no serviço. Foram excluídos os indivíduos com menos de 60 anos, com dificuldades de comunicação verbal e aqueles que recusaram participar da pesquisa.

O recrutamento foi realizado pelo pesquisador responsável, individualmente, durante as consultas previamente marcadas com os profissionais do CRI, num ambiente reservado. Utilizou-se linguagem clara e acessível para apresentar os objetivos, procedimentos, potenciais riscos e benefícios do estudo, bem como para esclarecer as incertezas que surgiram durante este

processo de recrutamento. Os participantes tiveram tempo para refletir antes de manifestar o consentimento.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual, conduzida em ambiente reservado, de forma a garantir privacidade e sigilo. Os instrumentos foram identificados apenas por códigos numéricos como forma de garantir a confidencialidade da informação. As entrevistas foram conduzidas a 101 idosos atendidos no CRI. Dos participantes, 12 recusaram-se a responder aos três questionários alegando cansaço; 11 tiveram a sua participação restringida pelos cuidadores/transporte, que não puderam aguardar pelo término da entrevista; e oito foram interrompidos durante o preenchimento dos questionários para consultas, não retomando a entrevista após o atendimento.

Foi utilizado um questionário de caracterização dos participantes elaborado com base no formulário individual do e-SUS AB, contendo questões socioeconômicas, demográficas e de saúde.

A funcionalidade familiar foi avaliada por meio da escala APGAR de família, criada por Smilkstein e validada no Brasil.^{14,15} Essa escala analisa a dinâmica e a funcionalidade familiar com base nas interações entre os membros da família e nas percepções individuais do idoso em cinco dimensões: adaptação (*adaptation*), companheirismo (*partnership*), crescimento (*growth*), afeto (*affection*) e resolução (*resolve*). Os itens são pontuados de 0 a 2 (0 = nunca, 1 = às vezes, 2 = sempre), totalizando escore de 0 a 10. Considerou-se disfunção familiar quando o somatório foi ≤ 6 pontos.¹⁵

Para a avaliação da qualidade de vida (QDV), utilizou-se o instrumento *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36), composto por 11 questões e 36 itens distribuídos em oito domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4), dor (2), estado geral de saúde (5), vitalidade (4), aspectos sociais (2), aspectos emocionais (3) e saúde mental (5). Os escores dos domínios foram transformados para uma escala de 0 a 100, sendo posteriormente normalizados com média de 50 e desvio padrão de 10. Valores inferiores a 50 indicam QDV abaixo da média esperada.¹⁶

Os dados foram inicialmente organizados e verificados quanto à consistência no *Microsoft Excel*, sendo, em seguida, exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, para realização de análise descritiva conforme a natureza das variáveis.

A pesquisa foi conduzida conforme os preceitos éticos da Declaração de Helsinque¹⁷ e da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.¹⁸ O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei – Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ/CCO), sob parecer nº 7.042.012/2024 (CAAE: 82013624.4.0000.5545).

RESULTADOS

Participaram do estudo 70 idosos, com predominância do sexo feminino (70%). A média de idade foi de 72,1 anos ($DP \pm 7,5$), variando entre 60 e 92 anos. Em relação à escolaridade, 61,4% possuíam de 5 a 9 anos de estudo, aposentados (74%) e a maioria (68,6%) vivia com 2 a 3 salários mínimos. Quanto à situação conjugal, 61,4% eram casados. No que se refere ao número de filhos, 37,1% tinham três ou mais (Tabela 1).

A análise da funcionalidade familiar (Tabela 2) revelou que 81,4% dos participantes apresentavam famílias funcionalmente adaptadas, enquanto 7,2% disfunção moderada e 11,4% apresentaram disfunção severa. Assim, 13 idosos (18,6%) pertencem a famílias classificadas como disfuncionais, segundo a escala APGAR.

Em relação à QDV, a Tabela 3 apresenta os dados descritivos dos escores do SF-36. Os domínios com as médias mais elevadas foram: aspectos sociais ($59,6 \pm 18,1$), estado geral de saúde ($59,0 \pm 19,3$), saúde mental ($54,0 \pm 14,0$) e vitalidade ($50,9 \pm 12,6$). Os domínios aspectos emocionais ($49,0 \pm 45,3$), dor ($45,9 \pm 28,5$), capacidade funcional ($43,3 \pm 36,2$) e, por fim, aspectos físicos ($41,8 \pm 34,0$) apresentaram um maior impacto na QDV.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar a funcionalidade familiar e a QDV de idosos frágeis acompanhados em um CRI. O idoso é caracterizado como um indivíduo complexo e multidimensional devido às diversas alterações ocorridas no processo de envelhecimento, tais como modificações fisiológicas, morfológicas, sociais, psicológicas e da capacidade funcional, implicando maior vulnerabilidade ao contexto que está inserido, bem como na qualidade de vida.¹⁹

A predominância de mulheres entre os participantes corrobora com a literatura, que aponta maior longevidade feminina e maior demanda por serviços de saúde nessa população.²⁰ A maioria dos idosos é aposentada, o que também reflete dados nacionais, segundo os quais pensões e aposentadorias constituem a principal fonte de renda para essa faixa etária.²¹ Contudo, devido ao baixo valor desses benefícios, cerca de um terço dos brasileiros com 60 anos ou mais precisa continuar exercendo atividades produtivas para garantir o próprio sustento.²²

Entre os participantes, 17,1% relataram rendimento mensal de até um salário mínimo. A baixa renda é uma característica comum entre os idosos brasileiros e reflete desigualdades históricas que influenciam negativamente as condições de saúde e a

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo. CRI, Campinas (SP), 2024.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	21	30,0
Feminino	49	70,0
Idade (anos)		
De 60 a 70	30	43,8
De 71 a 80	32	45,7
Maior que 80	8	11,4
Estado Civil		
Solteiro	3	4,3
Casado	43	61,4
Divorciado	17	24,3
Viúva	7	10,0
Casa Própria		
Sim	54	77,1
Não	16	22,9
Número de Filhos		
0	13	18,6
1	11	15,7
2	20	28,6
3 a 10	26	37,1
Número de pessoas que moram juntos na mesma casa		
0	19	27,1
1	20	28,6
2	14	20,0
3 a 6	17	24,3
Tipo de Emprego		
Aposentado	52	74,3
Não Trabalha/desempregado	4	5,7
Pensionista	3	4,3
Benefício de Prestação Continuada (BPC)	4	5,7
Trabalho Formal	7	10,0
Anos de Estudos		
0 a 4 anos	3	4,3
5 a 9 anos	43	61,4
10 a 12 anos	17	24,3
Acima de 13 anos	7	10,0
Renda (em salários mínimos)**		
0 a 1 salário mínimo	12	17,1
2 a 3 salários mínimos	48	68,6
> 3 salários mínimos	10	14,3

Legenda: ** Salário mínimo - Brasil - setembro/2024 = R\$ 1412,00 (hum mil, quatrocentos e doze reais)

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2 – Avaliação da funcionalidade familiar dos participantes do estudo. CRI, Campinas (SP), 2024.

Funcionalidade familiar	N	%
Alta funcionalidade	57	81,4
Moderada disfunção	5	7,2
Elevada disfunção	8	11,4

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 3 – Avaliação da qualidade de vida dos participantes do estudo. CRI, Campinas (SP), 2024.

Domínios	Mínimo-Máximo	Média (desvio padrão)	Participantes com qualidade de vida acima da média esperada n(%)
Capacidade funcional	0-100	(43,3±36,2)	30 (42,9%)
Aspectos físicos	0-100	(41,8±34,0)	22 (31,4%)
Dor	10-100	(45,9±28,5)	21 (30%)
Estado geral de saúde	10-100	(59,0±19,3)	48 (68,6%)
Vitalidade	20-80	(50,9±12,6)	27 (38,6%)
Aspectos sociais	13-100	(59,6±18,1)	46 (65,7%)
Aspectos emocionais	0-100	(49,0±45,3)	36 (51,4%)
Saúde mental	20-80	(54,0±14,0)	48 (68,6%)

Fonte: Elaborada pelos autores.

qualidade de vida.²³ Em estudo semelhante, conduzido com idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, identificou-se associação entre viver sozinho, ser solteiro, ter apenas um morador no domicílio, autoavaliação da saúde como “ruim” ou “muito ruim” e presença de comprometimento funcional moderado ou grave.²²

A funcionalidade familiar adequada, identificada em 81,4% da amostra, sugere que esses idosos dispõem de suporte emocional, afetivo e prático no convívio familiar. Esses dados corroboram com estudo que indicou a família como elemento essencial para o cuidado e a promoção da qualidade de vida na velhice.²⁴

Pesquisas demonstram índices semelhantes: em um estudo, 91,2% dos participantes consideraram suas famílias funcionais;²⁵ outro estudo identificou que 51,4% relataram alta funcionalidade familiar, enquanto 43,2% indicaram disfunção moderada.²⁶ Estudo também aponta que idosos que possuem filhos, mas não residem com eles, apresentam escores significativamente mais elevados de funcionalidade familiar em comparação àqueles sem filhos, sugerindo que a ausência de filhos pode ser um fator de risco para a disfunção familiar.²⁷

Quanto à qualidade de vida, os escores mais baixos foram observados nos domínios aspectos emocionais, dor, capacidade funcional e aspectos físicos, o que pode estar relacionado às condições clínicas e limitações funcionais típicas da fragilidade.

Uma pesquisa realizada no Brasil, entre 2017 e 2019, em 10 Instituições de Longa Permanência para Idosos públicas, no município de São Paulo, com objetivo de investigar percepções de qualidade de vida de

idosos institucionalizados e sua associação a variáveis sociodemográficas e capacidade de autocuidado, revelou que os idosos mais velhos apresentavam índices de QDV inferiores, especialmente no domínio físico e relações sociais.²⁸ Outro estudo verificou maior comprometimento da qualidade de vida no domínio da capacidade funcional.²⁹

Por outro lado, os domínios com melhores escores — aspectos sociais, saúde mental e emocional — sugerem potencial preservação da autonomia social e emocional dos idosos participantes do estudo. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa orienta que o cuidado a população idosa seja pautado em uma abordagem integral, interdisciplinar e multidimensional.¹¹ Para os idosos atendidos no CRI, isso implica considerar a interdependência entre aspectos físicos, emocionais e sociais, com vistas à promoção da autonomia e da independência funcional.

Estudos apontam associação entre funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos, indicando que idosos com relações familiares funcionais tendem a apresentar qualidade de vida elevada ou moderada. Esses achados reforçam a importância da convivência em um ambiente familiar saudável para um envelhecimento ativo e com bem-estar.^{30,31} Dessa forma, os resultados do presente estudo evidenciam a necessidade de ações interdisciplinares que integrem a família no plano terapêutico e fortaleçam o suporte social como componente essencial da promoção da saúde do idoso. A interação familiar, portanto, assume papel central na vida social do idoso e deve ser valorizada

pelas equipes de saúde.

Este estudo apresenta algumas limitações. A amostra foi não probabilística por conveniência, o que não garante representatividade da população atendida pelo CRI. Assim, os resultados devem ser interpretados com cautela e não podem ser generalizados para todos os idosos frágeis. Além disso, o tamanho reduzido da amostra impossibilitou a realização de análises inferenciais mais robustas, restringindo-se a análises descritivas. Futuras pesquisas com amostras maiores poderão oferecer maior poder estatístico e comparabilidade.

CONCLUSÃO

A maioria dos idosos frágeis atendidos no Centro de Referência do Idoso de Campinas apresentou percepção positiva da funcionalidade familiar, o que pode ser interpretado como um fator protetivo para o enfrentamento das fragilidades e das múltiplas demandas da velhice.

Com relação à qualidade de vida, os escores mais baixos nos domínios aspectos emocionais, dor, capacidade funcional e aspectos físicos apontam para a necessidade de estratégias que fortaleçam o enfrentamento das condições crônicas e das vulnerabilidades da velhice.

Os achados, embora devam ser interpretados com cautela devido à não representatividade da amostra o que impede generalizações, reforçam a relevância do acompanhamento multiprofissional e da articulação entre os serviços de saúde e a rede familiar no cuidado ao idoso frágil. É fundamental que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros que atuam na atenção primária, envolvam a família no planejamento do cuidado, com vistas à detecção precoce de estresses familiares e à implementação de intervenções direcionadas à resolução dos problemas identificados.

Recomenda-se que futuras pesquisas explorem a relação entre funcionalidade familiar e os diversos determinantes sociais e emocionais da qualidade de vida, o qual contribuirá para o desenvolvimento de políticas públicas mais sensíveis às necessidades da população idosa.

REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Informal and paid care for Brazilian older adults (National Health Survey, 2013). *Rev Saude Publica*. 2017;51(supl 1). DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051000013.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa - Envelhecimento e saúde [Internet]. 2018 [citado em 2024 nov. 2]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento->

saudavel.

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade [Internet]. 2020 [citado em 2024 mai. 23]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade>.
4. Ferreira YCF, Santos LF, Brito TRP, Rezende FAC, Silva Neto LS, Osório NB, et al. Funcionalidade Familiar e sua Relação com Fatores Biopsicossociais. *Rev Human Inov* [Internet]. 2019 [citado em 2025 mar. 23];6(11):158-166. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1582>.
5. Brito NJS, Correia CGL, Souza AS, Almeida ABRC, Vanderlei FRT, Franco LLS, et al. O papel da família no cuidado ao idoso: Uma revisão integrativa RCC [Internet]. 2022 [citado em 2025 fev. 16];13(1):e30401. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/30401>.
6. Silva DM, Vilela ABA, Souza AS, Alves MR, Silva DM, Souza TO. Avaliação da funcionalidade familiar de idosos. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013;7(9):5550-6. DOI: 10.5205/1981-8963-v7i9a13673p5550-5556-2013.
7. Vera I. Avaliação da funcionalidade familiar por idosos [Tese] [Internet]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2013 [citado em 2024 out. 25]. 104 p. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tedeserver/api/core/bitstreams/74b55875-25ab-4697-92c5-f1567307bbd4/content>.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [citado em 2024 set. 22]. p. 40-1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf.
9. Santos AL, Cecílio HPM, Teston EF, Marcon SS. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(4):879-86. DOI: 10.1590/S0104-07072012000400019.
10. Jager J, Putnick DL, Bornstein MH. II. More Than Just Convenient: The Scientific Merits Of Homogeneous Convenience Samples. *Monogr Soc Res Child Dev* 2017, 82(2): 13-30. DOI: 10.1111/mono.12296.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2006 [citado em 2024 out. 2]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.
12. Santos MNJ, Rodrigues CB, Barbosa CA. Implantação de

- um serviço de atendimento interdisciplinar e integração da rede de atenção ao idoso do município de Campinas [Internet]. 2008 [citado em 2024 nov. 28]. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/biblioteca/XXIV_Congresso_de_Secretarios_Municipais_de_Saude_do_Estado_SP/todos.htm.
13. Varela FRA, Ciconelli RM, Campolina AG, Soarez PC. Quality of life evaluation of frail elderly in Campinas, São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2015;61(5):423–30. DOI: 10.1590/1806-9282.61.05.423.
14. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function [Internet]. *J Fam Pract*. 1982 [citado em 2023 set. 11];15(2):303–11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7097168/>.
15. Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Analysis of psychometric properties of family APGAR with elderly in northeast Brazil. *Esc Anna Nery* 2014;18(3):527–32. DOI: 10.5935/1414-8145.20140075.
16. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36”) [Tese] [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997 [citado em 2024 out. 25]. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/items/87e43d91-71e9-45d0-a33c-168ef257a32d>.
17. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. *JAMA*. 2025;333(1):71–74. DOI:10.1001/jama.2024.21972.
18. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2013 [citado em 2025 set. 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>.
19. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]; 2012 [citado em 2024 out. 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_idoso_aspectos_conceituais.pdf.
20. Simieli I, Padilha LAR, Tavares CFF. Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis. *REAS*. 2019;(37):e1511. DOI: 10.25248/reas.e1511.2019.
21. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):103–12. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100010.
22. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living [Internet]. *Gerontologist*. 1969 [citado em 2024 abr. 19];9(3):179–86. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5349366/>.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado em 2024 dez. 10]. 192 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf.
24. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cienc Saude Colet*. 2000;5(1):7–18. DOI: 10.1590/S1413-81232000000100002.
25. Sardinha AHL, Sousa LG, Sousa SMF, Almeida JS. Caracterização da funcionalidade familiar de idosos na Saúde da Família: um estudo transversal. *Rev. APS*. 2021; 24(3):477–92. DOI: 10.34019/1809-8363.2021.v24.34570.
26. Brito LR, Lopes AOS, Oliveira AS, Reis LA, Oinhos JPQ. Grau de dependência e funcionalidade familiar do idoso. *Kairós-Gerontologia* 2019; 22(1):447–461. DOI: 10.23925/2176-901X.2019v22i1p447-461.
27. Campos ACV, Rezende GP, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Family functioning of Brazilian elderly people living in community. *Acta paul enferm*. 2017;30(4):358–67. DOI: 10.1590/1982-0194201700053.
28. Scherrer G Jr, Okuno MFP, Brech GC, Alonso AC, Belasco AGS. Factors associated with the quality of life of the elderly in public long-stay institutions *Rev Enferm UFSM*. 2023;12:e50. DOI: 10.5902/2179769269062.
29. Freitas MAV, Scheicher ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev bras geriatr gerontol*. 2010;13(3):395–401. DOI: 10.1590/S1809-98232010000300006.
30. Souza Júnior EV, Viana ER, Cruz DP, Silva CS, Rosa RS, Siqueira LR, et al. Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(2):e20210106. DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0106.
31. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto contexto - enferm*. 2012;21(3):513–8. DOI: 10.1590/S0104-07072012000300004.