



MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Estudo da Perceção da Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida do Idoso Frágil
Atendido no Centro de Referência à Saúde do Idoso
de Campinas, São Paulo, Brasil

Paulo Donizetti Palma

Bragança, maio de 2025



Estudo da Perceção da Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida do Idoso Frágil
Atendido no Centro de Referência à Saúde do Idoso
de Campinas, São Paulo, Brasil

Perceção da Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida do Idoso Frágil
Atendido no Centro de Referência à Saúde do Idoso
de Campinas, São Paulo, Brasil

Paulo Donizetti Palma

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança como requisito necessário para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, em consórcio com a Escola Superior de Saúde IPB, Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás e Professora Doutora Fernanda Moura Lanza.

“O valor das coisas não está apenas no tempo que elas duram, mas principalmente na intensidade com que elas acontecem.”

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, a Deus e a Nossa Senhora, por toda a luz e bênçãos que me foram concedidas e por todos os Anjos que colocou no meu caminho. Aos meus familiares, à minha esposa, Márcia, e aos meus filhos, Victor, Ana Paula e João pelo apoio incondicional. Obrigado por me inspirarem a procurar sempre o melhor na vida. À minha querida gata, Blanca, que sempre esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis. Ao meu amigo Edilson Vicentin, pelo privilégio da sua amizade e pelo apoio prestado nas fases mais importantes da minha vida profissional. À Diretora da Escola Superior de Saúde, Professora Doutora Adília Fernandes, expresso a minha gratidão por ter acolhido as minhas necessidades e expectativas enquanto aluno estrangeiro. Agradeço pela confiança e pela aprendizagem que me proporcionou. Ao meu orientador, Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás (IPB), expresso o meu reconhecimento pelos conhecimentos transmitidos, fundamentais para o meu desenvolvimento académico e pessoal. À Professora Doutora Fernanda Moura Lanza (UFSJ), pela forma carinhosa com que me acolheu sob a sua tutela e por toda a ajuda prestada perante as dificuldades desta caminhada. A todos os professores do Programa de Mestrado do Consórcio entre o IPB, a UTAD e o Instituto Politécnico de Viana do Castelo, a minha sincera gratidão pelos valiosos ensinamentos que permitiram a concretização desta dissertação. À Dra. Maria José e ao Eng.º Gilberto, da Escola Superior de Saúde, pelo exemplo de profissionalismo e pela atenção dedicada às nossas necessidades. À Enfermeira Eliana, à Enfermeira Fátima e a todos os profissionais da UCSP do Centro de Saúde da Sé, em Bragança, pelo acolhimento e pela paciência demonstrados durante o meu estágio. Um agradecimento especial a todos os colegas de turma e de curso do Mestrado IPB-UTAD-IPVC, que, de diversas formas, através de ações, sorrisos ou pequenos gestos me acolheram e partilharam esta caminhada. À coordenadora Camila e aos funcionários do Centro de Referência do Idoso (CRI), de Campinas, São Paulo, Brasil, pelo acolhimento caloroso e pela oportunidade de realização desta investigação. Aos idosos, que, por alguns instantes, abriram as suas vidas e transformaram as suas experiências em valiosas lições de vida.

Resumo

O crescimento significativo do envelhecimento da população surge como tema de grande atualidade nas ciências sociais, relatando a literatura que o suporte familiar, a par do estado de saúde e do contexto situacional do idoso, constitui um pilar importante na promoção da Qualidade de Vida (QDV) dos idosos de um Centro de Referência do Idoso (CRI). Objetivo: Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção da funcionalidade familiar e da qualidade de vida dos idosos. Metodologia: quantitativa, estudo observacional, descritivo-correlacional e transversal, com uma amostra não probabilística por conveniência, realizado com 70 idosos, utentes inscritos no CRI de Campinas, região sudoeste de São Paulo, Brasil, no período de setembro a outubro de 2024. Os instrumentos de recolha de dados utilizados continham questões de avaliação sociodemográfica, as escalas QDV de qualidade de vida SF-36 versão adaptada brasileira e a escala de APGAR de Familiar. Resultados, relativamente às variáveis sociodemográficas dos entrevistados: 30% (21) eram do sexo masculino e 70% (49) do sexo feminino, com idade entre 60 a 92 e uma média de idade de 72 anos, com desvio padrão (dp: $\pm 7,55$ anos). A qualidade de vida é mais elevada nos idosos de menor idade ($p = -0,111$; $p = 0,040$), nível de escolaridade mais elevado ($p=0,013$) e a renda mais elevada ($p=0,048$) e a funcionalidade familiar apresenta maior relevância no domínio capacidade funcional ($p = 0,032$); Conclusão: Face às evidências apresentadas, inferimos que as variáveis estudadas, designadamente a idade, escolaridade, renda e a funcionalidade familiar se correlacionam com a QDV, impondo-se considerá-las quando se planeiam ações de promoção da Qualidade de Vida dos Idosos. Cabe salientar que o estudo seguiu as recomendações éticas do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, nomeadamente a Resolução 466/2012, e obteve parecer favorável do comitê de ética, conforme CAAE (82013624.4.0000.5545)

Descritores: Funcionalidade Familiar; Qualidade de Vida; Idosos Frágeis; Enfermagem Familiar.

Abstract

The significant growth in the aging population emerges as a topic of great relevance in social sciences, and the literature states that family support, together with the health status and situational context of the elderly, constitutes an important pillar in promoting Quality of Life (QoL).) of elderly people from an Elderly Reference Center (CRI). Objective: To evaluate the quality of life of the elderly and analyze the influence of sociodemographic variables and family functionality on the variability of the quality of life of the elderly. Methodology: descriptive and analytical cross-sectional study, with a non-probabilistic convenience sample, carried out on a sample of 70 elderly users registered at the CRI in Campinas, southwest region of São Paulo, Brazil, from September to October 2024. data collection instruments used with sociodemographic assessment questions, to which the adapted Brazilian version SF-36 QoL quality of life scales and the Family APGAR Test were added. Regarding the sociodemographic data of the interviewees: 30% (21) were male and 70% (49) female, aged between 60 and 92 years old where the average age was 72 years old, with standard deviation (sd: ± 7.55 years). To analyze the normality of the sample, we used the Shapiro-Wilk and Kolmogorov-Smirnov test. According to the data obtained, the independent samples T test was used, in the case of normality of the distribution, and the Mann Whitney U test, in the case of normality was rejected. The significance level was $p < 0.05$. In the statistical procedure of this study, IBM SPSS Statistics version 21 was used. Results: Quality of life is higher among elderly people of younger age ($p = -0.111$; $p = 0.040$), higher education level ($p=0.013$) and higher income ($p=0.048$) and family functionality is more relevant in the functional capacity domain ($p = 0.032$); Conclusion: Given the evidence demonstrated, we infer that scientific research, namely age, education, income and family functionality influence QoL, making it necessary to consider them when planning actions to promote the Quality of Life of the Elderly. It is worth noting that the study followed the ethical recommendations of the Brazilian National Health Council, namely Resolution 466/2012, and obtained a favorable opinion from the ethics committee, according to CAAE (82013624.4.0000.5545)

Descriptors: Family Functioning; Quality of Life; Frail Elderly; Nursing

Family

Abreviaturas e Siglas

PB – Instituto Politécnico de Bragança

UFSJ – Universidade de São João delRei

EEECESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

APGAR – Adaptação, Participação, Gradiente, Afeição, Resolução

CRI – Centro de Referência do Idoso

FF – Funcionalidade Familiar

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

QDV – Qualidade de Vida

PNS – Programa Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHOQOL – World Health Organization Instrument to assess Quality of Life

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SP – São Paulo

UBS – Unidade Básica de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I	16
1. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	16
1.1 Contextualização do Local da Pesquisa	17
1.2 Caracterização sociodemográfica da região de Campinas	19
1.3 Reflexão sobre o Desenvolvimento de Atividades e Competências	21
1.3.1. Domínios das Competências Comuns do EEECESF	22
1.3.2. Competências Específicas do EEECESF	23
CAPÍTULO II	24
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	24
2.1 O Envelhecimento Humano	24
2.2 Adulto Sênior	25
2.3 O Envelhecimento Populacional	26
2.4 Mudanças na Pirâmide Etária do Brasil	27
2.5 Mudanças na Pirâmide Etária de Portugal	30
2.6 Envelhecimento Saudável	31
2.7 Políticas de Saúde para o Envelhecimento Saudável	32
3. FUNCIONALIDADE FAMILIAR	34
3.1 Bases Conceptuais, APGAR Familiar	34
3.2 Envelhecimento e Funcionalidade Familiar	36
3.3 Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida	38
3.3.1 Contextualização do Tema em Estudos Brasileiros	38
3.3.1 Contextualização do Tema em Estudos Internacionais	39
4. QUALIDADE DE VIDA	40
5. CONTEXTO DA PESQUISA	40
5.1 Contextualização do Tema em Estudos Internacionais	43
CAPÍTULO III	43
6. METODOLOGIA	43
6.1 Métodos	43
6.2 Local da Pesquisa	44
6.3 População e Amostra	44
6.4 Questões de Investigação e Objetivos	45
6.5 Hipóteses e Variáveis	45

6.6 Tipo de Estudo	46
6.7 Instrumentos de medida e de recolha de dados	47
6.7.1 Questionário sociodemográfico	47
6.7.2 Escala do APGAR Familiar	47
6.7.3 Questionário SF-36	48
6.7.4 Operacionalização de Variáveis	49
6.7.5 Procedimento de recolha de dados	49
6.7.6 Tratamento e análise de dados	49
6.7.7 Considerações Éticas	50
CAPÍTULO IV	52
7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	52
7.1 Caracterização sociodemográfica dos idosos	53
7.2 Avaliação da Funcionalidade Familiar	54
7.3 Avaliação da Qualidade de Vida	43
7.4 Teste de Hipóteses	56
7.4.1 Relação entre Variáveis Sociodemográficas e QDV	56
7.4.2 Relação entre a Funcionalidade Familiar e os Domínios da QDV	57
8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
8.1 Dados Sociodemográficos	58
8.2 Avaliação da Funcionalidade Familiar	59
8.3 Avaliação dos domínios de QDV	60
8.4 Relação entre Variáveis Sociodemográfica e QDV	61
8.5 Relação entre a Funcionalidade Familiar e QDV	62
CONCLUSÃO	62
CONSIDERAÇÕES	63
CONTRIBUTO PARA ENFERMAGEM	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	81
Anexo I- Pedido de autorização do Secretário SMS	81
Anexo II- Parecer do Comitê de Ética	83
Anexo III- Formulário Sociodemográfico	86
Anexo IV- Escala APGAR- Familiar	87
Anexo V- Versão Brasileira do SF- 36	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1– Censo 2010 e PNAB 2016.....	18
Figura 2 – Mapa da Região de Campinas- SP.....	19
Figura 3 – Fluxo do CRI com Unidades da Atenção Primária.....	20
Figura 4 – Pirâmides etárias absolutas Brasil de 1980 e 2050.....	28
Figura 5 – Pirâmide Etária Brasil/IBGE 2022	29
Figura 6 – Pirâmide Etária Portugal/2022 l.....	30
Figura 7 – Fragilidade multidimensional.....	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1– Valores do Score Range do SF-36.....	50
Tabela 2 – Caracterização Sociodemográfica da amostra.....	53
Tabela 3 – Avaliação da FF da amostra.....	54
Tabela 4 – Resultados dos Domínios de QDV do SF 36 da amostra.....	55
Tabela 5 – Relação dos domínios de QDV e as variáveis sociodemográficas dos idosos...55	
Tabela 6 – Relação entre Domínios de QDV e FF dos idosos do CRI.....	56

APÊNDICES

Apêndice 1– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	50
---	----

INTRODUÇÃO

Este documento é a dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança como requisito necessário para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), em consórcio com a Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e com a Escola Superior de Enfermagem, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

O envelhecimento populacional, fenómeno global e irreversível, impõe desafios significativos aos sistemas de saúde, às estruturas sociais e às dinâmicas familiares. No Brasil, este processo ocorre de forma acelerada e desigual, refletindo-se de modo particular sobre a população idosa em situação de fragilidade (OPAS, 2018). Neste contexto, o idoso frágil emerge como sujeito central de políticas e práticas assistenciais que ultrapassam o enfoque biomédico, exigindo abordagens integradas, sensíveis às suas necessidades biopsicossociais. A funcionalidade familiar, compreendida como a capacidade do núcleo familiar de desempenhar papéis, comunicar-se eficazmente, lidar com conflitos e prover suporte emocional, revela-se um determinante crucial da qualidade de vida do idoso, especialmente quando este é acompanhado por serviços especializados, como os Centros de Referência à Saúde do Idoso (Ministério da Saúde, 2007; Vera, 2013). Esta investigação propõe-se, assim, a analisar de forma rigorosa e crítica a relação entre funcionalidade familiar e qualidade de vida de idosos frágeis atendidos no contexto do CRI de Campinas, contribuindo para a produção de conhecimento aplicável à prática clínica, à gestão do cuidado e ao fortalecimento de políticas públicas para o envelhecimento digno e sustentável.

O aumento da longevidade constitui um novo desafio para as sociedades, pesquisadores, gestores de saúde e para a própria população que envelhece em todo o mundo. Viver mais é um desejo de todos nós e torna-se importante que se consiga agregar qualidade e significado aos anos adicionais de vida (Lima-Costa & Veras, 2003). Esta preocupação é encarada pelos investigadores como uma questão pertinente para os estudos a realizar sobre este fenómeno do envelhecimento, uma vez que as tendências demográficas apontam para a manutenção e até crescimento desta realidade.

O envelhecimento populacional é um fenómeno global, estima-se que, entre 2015 e

2050, o número de idosos praticamente duplicará até 2050, o que corresponderá a aproximadamente 22% da população mundial (OPAS, 2018). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), no Brasil atualmente, cerca de 13% da população residente no país é idosa, ou seja, com 60 anos ou mais, acompanhando a tendência dos dados globais, inclusive na perspectiva de aumento, até 2047, a população deixará de crescer e o Brasil passará a ser um “país de idosos” (IBGE, 2019).

O processo de inversão da pirâmide etária, associado ao aumento da longevidade, resulta em maior relevância da família no âmbito da assistência ao idoso, visto que a família assume a função de cuidado, conduzindo a alterações do contexto familiar (Ferreira et al., 2019).

O idoso é caracterizado como um indivíduo complexo e multidimensional, devido a 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 e necessidade de cuidados (Nunes et al., 2018).

A família é constituída por um grupo de pessoas que se relacionam entre si e são unidas por laços de consanguinidade, interesse ou apenas afetivos e que convivem num contexto histórico, cultural, físico e político e enquanto sistema social, integra uma diversidade de valores, crenças, conhecimentos e práticas que a tornam singular e única, que se transforma a partir da sua rede de múltiplas relações, mediante processos de construção relativos à sua complexidade e multidimensionalidade (Figueiredo, 2012).

Ressalta-se que a maneira como a família se organiza e relaciona para determinação dos papéis, define a sua funcionalidade (Silva et al., 2013). É caracterizada como funcional a família que dispõem de relação harmónica, com funções definidas para cada integrante e que possui a capacidade de comunicação e resolução de conflitos de acordo com a sua estrutura interna, mantendo-se um sistema de apoio com vínculo afetivo. De modo contrário, numa família disfuncional não há sistema de apoio, ela é determinada pela ausência de articulação e respeito entre os integrantes, e está constantemente em crise pela não resolubilidade de problemas e pela falta de comunicação (Ministério da Saúde, 2007; Vera, 2013).

Apesar das alterações sofridas ao longo das gerações, a função afetiva ainda é uma dimensão que tem persistido ao longo dos tempos, sendo que a qualidade do ambiente

afetivo é um fator determinante na atitude da família e na percepção que os seus elementos têm sobre a sua funcionalidade (Santos et al., 2012).

Neste sentido, cabe à enfermagem um papel importante de intervir, com a finalidade de promover a autonomia de cuidados, considerando a individualidade, as crenças e valores, visando capacitá-los para a sua independência. A atuação do Enfermeiro de Família pode melhorar por meio da educação em saúde, da escuta, da aprendizagem sobre a doença e formas de enfrentamento que proporcionem uma melhor qualidade de vida ao grupo familiar e ao funcionamento da família (Figueiredo, 2009). Assim sendo, o envelhecimento deve ser compreendido nas suas múltiplas dimensões e transformações e nos fatores que interferem na manutenção da qualidade de vida e no bem-estar biopsicossocial que podem interferir no envelhecimento saudável (Santos et al., 2017).

As questões familiares interferem significativamente na qualidade de vida dos idosos, essencialmente quando se referem ao ninho vazio ou a questões relacionadas com o contexto profissional e outros aspetos sociais da vida dos filhos, destacando especificamente o desemprego e a falta de sucesso profissional. Neste conceito, a família que desempenha tarefas que mantêm a harmonia, a integridade e a responsabilização dos seus atores é considerada funcional, já a família que não consegue resolver e lidar com problemas e situações conflituosas é considerada disfuncional (Fonseca et al., 2022).

Face ao exposto e aliada à motivação pessoal, decidimos enveredar pelo estudo intitulado “**Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida do Idoso Frágil Atendido no Centro de Referência à Saúde do Idoso de Campinas, São Paulo - Brasil**”.

O tema escolhido surgiu pelo facto de termos conhecido o trabalho oferecido pelo Centro de Referência do Idoso (CRI) enquanto Enfermeiro de apoio técnico distrital, face à proposta estabelecida para atendimento dos idosos inscritos, bem como a importância que estes tiveram na construção do modelo assistencial e preventivo aos idosos frágeis, propondo-se avaliar a qualidade de vida percebida pelos idosos atendidos, com vista à ampliação do olhar profissional de forma a promover medidas e intervenções que possam proporcionar-lhes a melhor qualidade de vida possível.

Compreendendo-se o quão relevante é o estudo da funcionalidade familiar e da qualidade de vida dos idosos. Conhecer como os idosos se relacionam com as suas

famílias e que fatores podem interferir nas relações intrafamiliares, o que pode contribuir para o desenvolvimento de métodos de diagnóstico de enfermagem, planejamento de ações e apoio aos idosos e seus familiares. Questiona-se: **Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas, a percepção da funcionalidade familiar e da qualidade de vida dos idosos frágeis do Centro de Referência à Saúde do Idoso de Campinas, São Paulo?**

Para responder à questão de investigação, definiu-se como objetivo geral: **Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, a percepção da funcionalidade familiar e a qualidade de vida dos idosos frágeis do Centro de Referência à Saúde do Idoso de Campinas, São Paulo.**

Trata-se de uma metodologia quantitativa, estudo observacional, descritivo-correlacional e transversal, de amostragem não probabilística, com uma amostra por conveniência constituída por 70 idosos frágeis acompanhados pelo CRI do município de Campinas (SP). A colheita de dados ocorreu entre setembro e outubro de 2024 e utilizou-se um formulário sociodemográfico, as escalas de APGAR Familiar e da Qualidade de vida SF-36.

Acredita-se que os resultados deste estudo podem contribuir para a compreensão da importância da funcionalidade familiar e da qualidade de vida do idoso frágil atendido no (CRI), do processo de envelhecimento e para ampliação da assistência multidimensional e atuação do enfermeiro de família ao despertar o interesse para usarem a funcionalidade familiar e a qualidade de vida como instrumento para o planejamento de ações direcionadas à proteção e promoção do envelhecimento ativo e saudável.

O estudo é composto por duas partes distintas e 5 capítulos: No Capítulo I temos a **primeira parte** designada de Enquadramento Teórico, faz uma revisão da literatura que suporta este estudo, estando dividido em quatro seções. Alude aos principais pontos que permeiam o estudo do envelhecimento populacional e as consequências e abrangência deste fenómeno. São apresentados os conceitos de funcionalidade familiar e qualidade de vida, bem como as suas singularidades. Abordamos a relação entre a funcionalidade familiar e a qualidade de vida, procurando mostrar estudos recentes sobre o tema e como se comporta este constructo nos idosos.

Na **segunda parte** temos o Capítulo II, onde se apresenta a investigação dividida em 6

secções. Na primeira secção temos uma breve introdução e contextualização desta pesquisa. Na segunda secção apresentam-se os objetivos gerais e específicos desta investigação. A **terceira** constitui o quadro teórico com estudos aprofundados, apontando os caminhos percorridos pela ciência, de forma atualizada e contextualizada, revelando pontos de convergência ou divergência em relação ao tema estudado. Na **quarta**, temos o Capítulo III, onde está apresentada a metodologia, a descrição da população e amostra, local e período do estudo, questões de investigação, objetivos, hipóteses e variáveis e tipo de estudo, os instrumentos e procedimentos de recolha de dados, métodos de análise e tratamento dos dados obtidos e considerações éticas. Posteriormente, na **quinta secção** temos o capítulo IV, que apresenta a análise e discussão dos resultados encontrados em idosos atendidos no Centro de Referência do CRI da Cidade de Campinas, São Paulo-Brasil. Na **sexta** e última secção apresenta-se o capítulo V, que diz respeito à conclusão, onde é apresentada uma súmula dos resultados mais evidentes, bem como as implicações para a prática clínica e são apresentadas as considerações finais do estudo. Por fim, são apresentados os apêndices e anexos que complementam este estudo.

CAPÍTULO I

1. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.

1.1 Contextualização do Local da Pesquisa

O contexto da presente investigação são os Cuidados de Saúde Primários (CSP) da cidade de Campinas, São Paulo, Brasil, onde os enfermeiros de família desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e na prestação de cuidados às famílias.

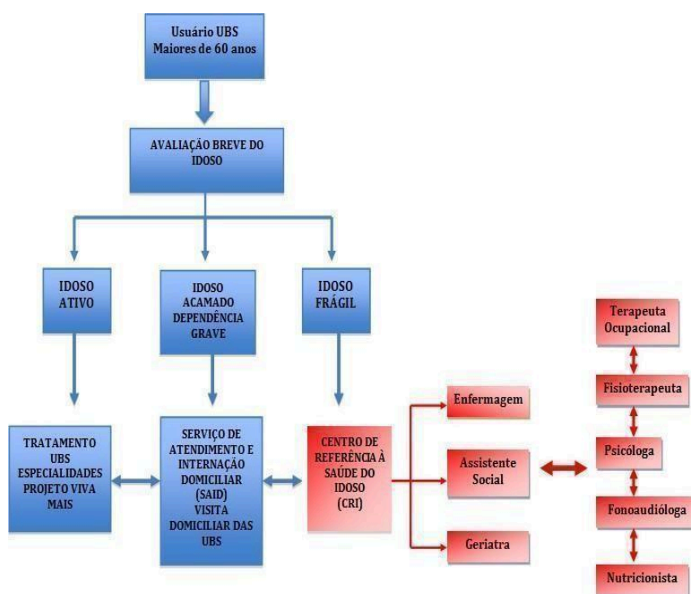
Entre 2001-2004, Campinas assumiu a implantação do Programa Saúde da Família – Paidéia para toda a rede municipal de saúde. Esse modelo introduziu dois novos profissionais na rede básica: o médico generalista e o agente comunitário de saúde. Os Centros de Saúde (CS) foram organizados em equipes locais de referência, responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias, com equipes compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um dentista, dois auxiliares de consultório dentário e

técnico de higiene dental, quando disponível, auxiliares de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com cobertura de 700 famílias ou 3.500 pessoas (Campinas, 2001).

Em 2008, Campinas iniciou uma reestruturação do sistema de saúde do idoso, visando a qualificação da assistência ao idoso e adequação às propostas da Política Nacional do Idoso, instituída pelo Ministério da Saúde (Santos et al., 2008). A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) criou um fluxograma (Figura 6) para atendimentos específicos do idoso fragilizado, implantando um CRI com atendimento multidisciplinar e especializado num único prédio. Inicialmente o fluxograma atenderia a demanda espontânea e, posteriormente, foi desenhado um modelo de formação para equipes de atenção primária (Santos et al., 2008).

Para estabelecer um fluxo definido entre os fenótipos de idosos e o serviço mais adequado de atendimento (Figura 1), foi realizada a capacitação das Unidades Básicas Saúde e demais serviços para atenção aos idosos.

Figura 1



Fonte: Santos et al., 2008

O idoso é avaliado na Unidade Básica de Saúde (UBS), uma vez preenchidos os critérios de inclusão, o idoso é encaminhado ao Centro de Referência à Saúde do Idoso (CRI). É uma entidade pública, cujo escopo do trabalho é fornecer atendimentos por

várias especialidades (médico geriatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e fonoaudióloga), de uma forma interdisciplinar, sendo elaborado um projeto terapêutico com duração média de 6 meses. Quando da alta, o idoso é encaminhado para continuar o tratamento na UBS e realizar outras atividades sociais, desportivas e de lazer para manter a boa saúde (Santos et al., 2008).

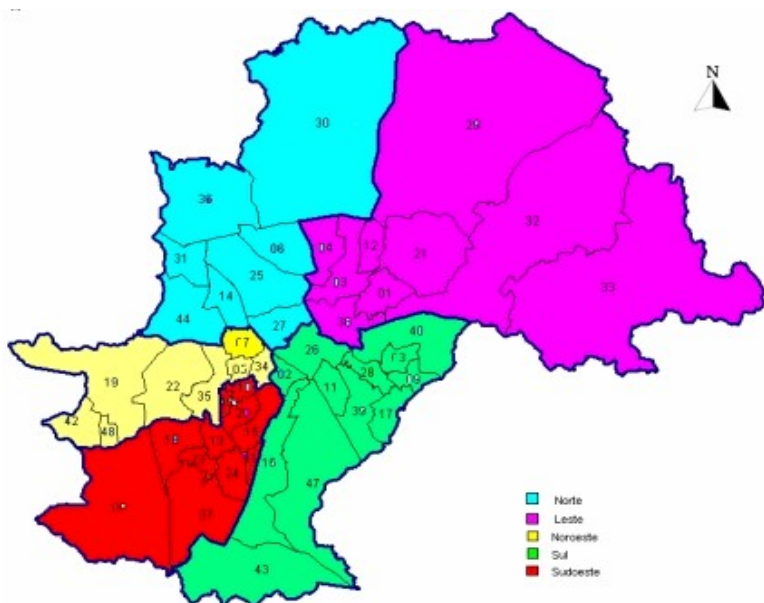
O Centro no Centro de Referência à Saúde do Idoso (CRI) do município de Campinas é uma unidade de média complexidade para atender de forma especializada a população idosa frágil, presta cuidados a pessoas com mais de 60 anos que enfrentam perda de controlo de doenças crónicas que afetam a sua capacidade funcional e a qualidade de vida (Santos et al., 2008). A discriminação social e familiar com as pessoas idosas, agrava esta situação, bem como falta de comunicação, carinho, tempo e apoio económico. Assim sendo, torna-se relevante entender se há relação entre a funcionalidade familiar e a qualidade de vida dos idosos que utilizam o (CRI) do município de Campinas em 2024, dando importância a este tema para o benefício desta população.

Esta investigação baseou-se em conhecimentos reais e precisos sobre a relação entre a funcionalidade familiar e a qualidade de vida dos idosos atendidos num Centro de Referência para Idosos, servindo no futuro de material para o desenvolvimento e implementação de estratégias que visem a melhoria da funcionalidade e qualidade de vida deste grupo populacional, oferecendo uma compreensão mais específica da relevância da funcionalidade familiar, propondo estratégias para melhorias na qualidade de vida, bem como nas relações familiares, nesta fase especial da vida. Além disso, auxilia o enfermeiro de família e a equipa multidisciplinar a propor ações de saúde para apoiar o idoso em contexto familiar, atuando e intermediando na promoção da saúde e na melhoria da funcionalidade familiar.

1.2 Caracterização sociodemográfica da região de Campinas

O Município de Campinas, localizado na região oeste do Estado de São Paulo, situa-se a 100 km da cidade de São Paulo e conta com 1.139.047 habitantes. É Pólo de uma região metropolitana formada por 22 cidades com cerca de 2,8 milhões de habitantes (IBGE, 2022). Campinas possui, além das subprefeituras dos seus quatro distritos, quatorze administrações regionais, cada uma delas, por sua vez, dividida em vários bairros. Também se divide em cinco regiões de saúde: Norte, Leste, Sul e Noroeste e Sudoeste.

Figura 2



Mapa do Município de Campinas, SP – Fonte SMS

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de idosos tem vindo a aumentar rapidamente e, atualmente, o país conta com mais de 30,2 milhões de idosos, o que representa 14,6% da população. Até o ano de 2070, estima-se que os idosos venham a representar 35% de todos os brasileiros (IBGE, 2016).

Publicada em novembro de 2017, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD Contínua) indicou que, entre 2010 e 2016 (Figura 3), o percentual de pessoas com 60 anos ou mais de idade na população do país passou de 12,8% para 14,4%. Neste período, esta faixa etária cresceu 16%, passando de 25,5 milhões para 29,6 milhões, sendo a população do país, em 2016, formada por 205,5 milhões de pessoas (Ministério da Saúde, 2018).

Figura 3

	Censo 2010	PNAD 2016
População Total	190,7 milhões	205,5 milhões
População Idosa	20,6 milhões	29,6 milhões
% de População Idosa	10,8%	14,4%

Quadro de crescimento populacional Fonte: Ministério da Saúde, (2018)

Relativamente à região de Campinas, os censos mostram que comparativamente com os Censos 2010 e 2022 apresentou um resultado de cidadãos com idade igual ou superior a 60 anos, superior aos anos anteriores, havendo uma média de idade de 37 anos. É notório também uma diminuição significativa de habitantes da faixa etária dos 0-14 anos, sendo possível concluir que esta região se destaca por uma população mais envelhecida e com um número reduzido de nascimentos. Em 2022 o Índice de envelhecimento de pessoas de 60 anos ou mais para cada pessoa de 14 anos ou menos foi de 109,63, sendo que a população de 0 a 14 anos foi de 190.882 e com 60 anos ou mais foi de 209.267 (IBGE, 2022).

1.3 Reflexão sobre o desenvolvimento de atividades e competências

Os profissionais que prestam Cuidados de Saúde Primários trabalham com os utentes e as suas famílias e atendem não apenas às suas necessidades de saúde imediatas ou em resposta a um conjunto de doenças específicas. Têm uma abordagem que envolve determinantes de saúde mais amplos e aspetos inter-relacionados que influenciam o bem-estar físico, mental e social. Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar (EEECESF), através da sua formação e atuação, presta cuidados seguros e eficazes na prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão e reabilitação de doenças ao longo do ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Durante o transcorrer do curso de mestrado tive orientações teóricas e práticas para

desenvolvimento das competências de enfermagem, tanto a nível das competências comuns do enfermeiro especialista como as específicas de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, as quais são regidas pelo regulamento nº 140/2019 (Diário da República, 2019)

1.3.2. Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

a) Desenvolver a prática clínica com responsabilidade profissional, ética e legal.

O Enfermeiro deve executar a sua prática com base no respeito ao utente e suas crenças, manter o sigilo sobre as questões individuais e familiares e a todos que passam pelos cuidados de enfermagem. Conhecer as necessidades e orientar para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Informar sempre sobre os cuidados de enfermagem a serem prestados ao indivíduo, à família e à comunidade onde estão inseridos e atuar em acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional

b) Desenvolver a prática clínica numa lógica de melhoria contínua da qualidade.

No decorrer do curso do mestrado foi possível, desenvolver e acompanhar algumas ações de cuidados domiciliários (cuidados ao pé diabético e úlceras por pressão), bem como ações ambulatoriais programadas, desenvolvidas e compartilhadas com a equipa de saúde de referência (médicos e enfermeiros de família), visando a melhoria das práticas. No decorrer do estágio, também foi possível realizar um estudo de caso e elaboração de diagnósticos de enfermagem, fundamentais para o planeamento de intervenções, que permitiram otimizar os ganhos em saúde ao utente e sua família.

c) Atuar na Gestão dos cuidados tendo por base o desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A gestão dos cuidados envolve a coordenação e organização dos serviços, visando garantir aos utentes e suas famílias, cuidados seguros e efetivos. O EEECESF como profissional de saúde, deve estar ciente dos princípios e práticas de gestão de cuidados e ser capaz de aplicá-los com eficiência. Saber que para atingir tais objetivos se faz necessário a colaboração da equipa multidisciplinar na ampliação e priorização das

ações e cuidados de enfermagem.

No período de estágio foram aproveitadas as oportunidades que surgiram para colocar em prática a maioria das competências adquiridas ao longo do mestrado, sempre buscando a articulação com a restante da equipa multidisciplinar, adquirindo assim novas aprendizagens. A atualização do conhecimento e o desenvolvimento das aprendizagens em enfermagem é fundamental, pois garantem mais eficiência e qualidade nas ações e cuidados de enfermagem e a melhoria nas práticas baseadas na evidência e na reflexão crítica.

1.3.2 No âmbito da Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e segundo o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, desenvolveram-se as seguintes competências específicas:

a) Cuida a família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus elementos ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

O ciclo vital da família é caracterizado por diferentes fases que ocorrem ao longo do tempo. Em cada fase se faz necessária uma adaptação às novas mudanças que alteram a dinâmica familiar.

O EEECESF atua como agente facilitador e intermediador entre os utentes, as suas famílias e a comunidade, desenvolvendo as competências individuais e coletivas para um agir consciente, quer em situações de crise, quer em questões de saúde e doença. Deve estar preparado para assumir a responsabilidade de prestar cuidados às famílias nas diferentes fases do ciclo vital, em particular nas que originam situações de maior vulnerabilidade.

b) Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito de enfermagem de saúde familiar

Para desenvolver estas competências na gestão e liderança dos processos de intervenções, no âmbito da enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar, foi necessário estabelecer um diálogo que facilitasse o acesso para recolha de dados e identificação das necessidades e potencialidades dos componentes da família, bem como os recursos necessários que pudessem permitir o apoio e empoderamento da família na superação de possíveis situações que causam desequilíbrio na funcionalidade familiar. Conseguir proceder ao planeamento de cuidados personalizados, individual e

familiar. Criar estratégias, bem como utilizar instrumentos para referência às equipas multidisciplinares presentes no centro de saúde e/ou articular com instituições na comunidade e com as redes de apoio social.

Atuar na educação em saúde através de capacitação para o autocuidado e na promoção da saúde e prevenção de doenças visando o indivíduo/família ou mesmo na gestão da doença pré-existente. Foi observado ao longo do meu período de estágio na UCSP do Centro de Saúde da Sé em Bragança, que a consulta de enfermagem não se limita apenas à avaliação de parâmetros físicos e fisiológicos, o EEECESF também deve servir como um ponto de apoio emocional ao indivíduo/família, sendo um mediador de conflitos ou um conselheiro para ajudar na travessia/transições de períodos difíceis e conturbados.

Devido ao curto espaço de tempo destinado para as visitas domiciliárias aos utentes a enfermeira orientadora de estágio não podia prolongar as consultas de enfermagem, sendo assim, um limitador tanto nos ensinamentos como na elaboração de possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem, sendo que as consultas de enfermagem eram baseadas, muito no indivíduo e na execução dos procedimentos e não na dinâmica da família, não sendo possível então, perceber ou aplicar na totalidade os conteúdos ministrados ao longo do mestrado, especificamente as competências de estabelecer as relações ampliadas com a família. Contudo foi possível adquirir novos conhecimentos e ter a percepção da realidade e da importância do EEECESF na atuação em Cuidados de Saúde Primários.

CAPÍTULO II

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Esta secção apresenta a teoria que sustenta a pesquisa. Assim, foi dividida em quatro subtópicos. Na primeira, procuramos discutir os principais pontos que permeiam o estudo do envelhecimento populacional e as consequências e abrangência deste fenómeno. Na segunda foi apresentado o conceito de qualidade de vida, bem como as particularidades deste constructo na velhice. Na terceira, foram discutidos o conceito e as avaliações da funcionalidade familiar, bem como as singularidades deste constructo na velhice. Por fim, foi abordada a relação entre a funcionalidade familiar e a qualidade

de vida, procurando mostrar estudos recentes sobre o tema e como se comporta este constructo nos idosos.

2.1 O Envelhecimento Humano

O envelhecimento humano é classificado por Araújo et al., (2018), como um processo natural que inclui diversas dimensões e fatores, envolvendo questões culturais, biológicas, sociais e psicológicas. Entre estes destaca-se o envelhecimento biológico, que se caracteriza como um processo de diminuição das funções físicas e fisiológicas. Além disso, as experiências vividas pelos idosos estão também intimamente ligadas às suas relações psicoafectivas e aos aspetos psicossociais.

No processo de envelhecimento e longevidade, ocorre uma inversão da pirâmide etária que resulta numa maior relevância da família no âmbito dos cuidados ao idoso, pois a família assume a função de cuidar, provocando profundas e importantes alterações no contexto familiar. A Longevidade é considerada uma das principais conquistas sociais da segunda metade do século XX, no entanto, essa conquista traz grandes desafios (Ferreira et al., 2019).

O envelhecimento é um desafio, mas melhorias nas condições físicas e sociais podem ser benéficas para lidar com este processo. Contudo, o crescimento do número de idosos com limitações funcionais deve-se à presença de cronicidade e longevidade crescentes. Por isso, os cuidados familiares e os serviços de saúde devem ser constantes e contínuos ao longo da vida. É de salientar que as relações intergeracionais são benéficas para o idoso e para todo o núcleo familiar (Campos, et al., 2017).

Com o processo de envelhecimento, a família passa a ser a principal fonte de apoio e cuidados (Marzola et al., 2020). Para Ferreira et al., (2018), a família é entendida como a unidade central nos cuidados de saúde, que tem uma responsabilidade essencial no cuidado dos seus membros. Para além do seu papel no cuidado, a família desempenha um papel social, emocional e financeiro, constituindo o sistema de apoio fundamental ao idoso. Quando as suas capacidades operacionais para as atividades de vida diária começam a diminuir, a família assume o seu papel no fornecimento de apoio emocional, social, material e afetivo, que é oferecido sob a forma de cuidados contínuos e prolongados.

2.2. Adulto Sênior

A população idosa é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a faixa etária dos 65 anos ou mais nos países desenvolvidos e dos 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento. No caso do Brasil, o Estatuto do Idoso (Ministério da Saúde, 2003).- legislação criada com o objetivo de regular os direitos garantidos a este grupo populacional - define população idosa como as pessoas com 60 anos ou mais, definidas em consequência e fatores biológicos na última fase da vida, incluindo os últimos anos. Durante este período, os idosos experienciam alterações físicas, cognitivas, emocionais e sociais, muitas vezes com perda de capacidades e funções. Estas mudanças estão em grande parte relacionadas com as decisões e ações que tomaram ao longo da vida.

De acordo com o Estatuto do Idoso (Ministério da Saúde, 2013), destinado a regular os direitos garantidos às pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais, estas gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, garantindo-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades para preservar a sua saúde física e mental e o seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público garantir aos idosos, com absoluta prioridade, a concretização do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao desporto, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

2.3. O Envelhecimento Populacional

A Organização Mundial de Saúde publicou projeções que mostram um aumento de 400% na procura de cuidados resultante do crescimento da população idosa e das suas condições de vida nos países em desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2023). Segundo a OPAS/OMS (2019), o número de pessoas com 60 ou mais anos que necessitam de cuidados de longa duração mais do que triplicará nos países das Américas nas próximas três décadas, passando de 8 milhões em 2019 para 27 a 30 milhões até 2050. A OPAS, (2019) afirma ainda que, embora o aumento da esperança de vida seja uma das grandes conquistas das últimas décadas, muitas pessoas têm doenças crónicas e

deficiências que podem afetar a sua capacidade de serem autossuficientes, aumentando assim a necessidade de atenção especial e cuidado.

Dardengo e Mafra, (2018), realçam que o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma acelerada em todo o mundo e que a forma como encaramos o envelhecimento mudou, indo ao encontro da expectativa de maior longevidade, não se limitando à simples observação da passagem do tempo. O envelhecimento não é apenas um fenómeno demográfico, é todo um conjunto de alterações significativas de comportamento, como a diminuição do número de filhos, alterações na saúde, nos hábitos alimentares e na prestação de cuidados de saúde, pelo que envelhecer com qualidade de vida é cada vez mais uma perspectiva ao alcance de todos (Faria et al., 2020).

As pessoas agem diferentes umas das outras e vivem a velhice de formas diferentes, nem o processo de envelhecimento nem a velhice são sinónimos de doença. Contudo, é necessário considerar os declínios naturais do processo de envelhecimento e as condições ambientais, psicológicas, sociais, culturais e económicas e das relações familiares dos idosos. Em relação à saúde, três quartos da população idosa recorrem aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas piores condições de saúde, a limitação funcional e a baixa escolaridade têm sido consideradas fatores associados à fragilidade nos idosos (Andrade et al., 2018).

2.4 Mudanças na pirâmide etária do Brasil

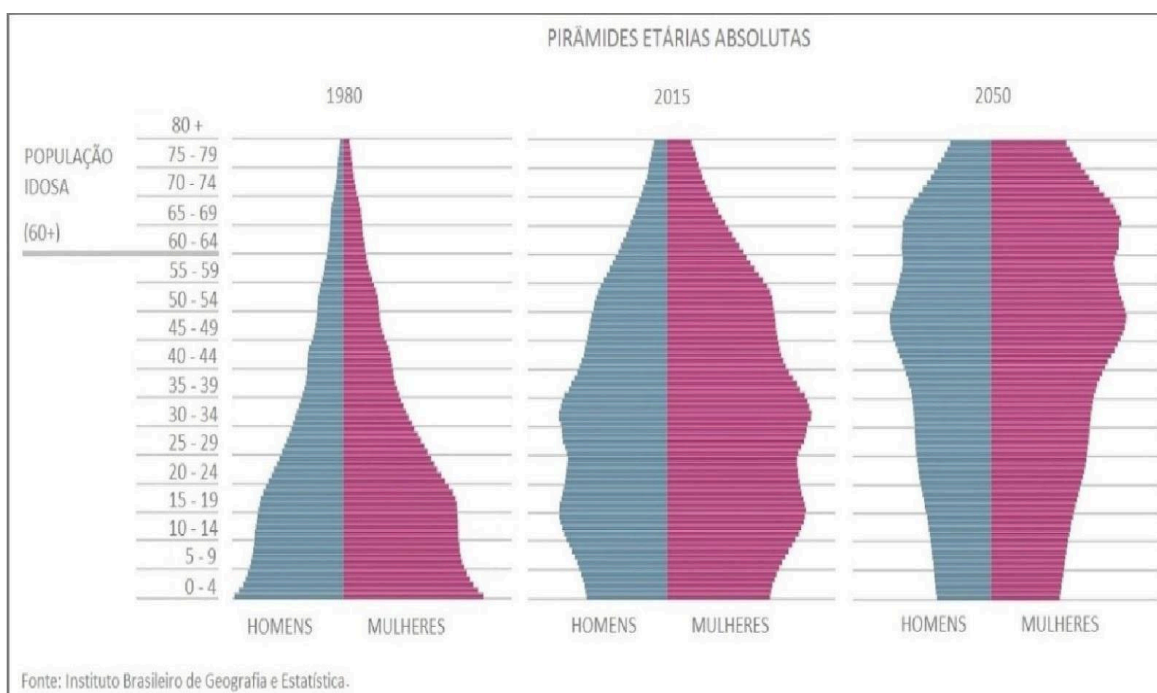
A distribuição do número de pessoas em gráficos de pirâmide de diferentes faixas etárias ilustra bem o aumento da população idosa brasileira ao longo de 70 anos, como se constata na figura 2, numa progressão até chegar a uma “pirâmide invertida”, em 2050.

Em 1980, as faixas etárias de 0 a 24 anos formavam uma larga base da pirâmide que se tornava bem menor a partir das faixas acima dos 60 anos. Em 2015, houve redução das faixas etárias de 0 a 19 anos, criando uma distorção na figura que já não se parece mais a uma pirâmide, o alto da figura que correspondente às faixas acima de 60 anos fica mais larga, indicando o aumento da população idosa naquele ano (Ministério da Saúde, 2018).

Conforme apresentado na **Figura 4**, (Pirâmides etárias absolutas de 1980 e 2050 – Brasil) há uma estimativa de que em 2050, (IBGE, 2018), as faixas etárias de 0 a 24 anos mostram grande redução, as faixas acima dos 50 anos indicam aumento desse grupo etário e o topo do que pode ser considerado uma pirâmide invertida está bem mais largo, pelo, ainda maior, aumento do número de pessoas acima dos 60 anos.

Figura 4

Pirâmides etárias absolutas de 1980 e 2050 – Brasil,



É importante destacar que, atualmente, entre os idosos, a população que mais cresce são as de pessoas com 80 ou mais anos (IBGE, 2019) e que existem diferenças entre homens e mulheres. Dados do IBGE, os homens têm uma esperança de vida de 73 anos e mulheres, 80 anos. Também existem diferenças entre regiões. Os idosos vivem mais tempo e encontram-se em maior número nas regiões Sul e Sudeste. Segundo o Censo Demográfico IBGE, (2022), o número de idosos cresceu 57,4% em 12 anos. Esta pesquisa confirma a tendência de envelhecimento da população brasileira em 2022, o total de pessoas com 65 ou mais anos no país atingiu os 10,9%, um aumento de 57,4% face ao censo de 2010.

Atualmente, o número de idosos inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (2017), é de cerca de 2,6 milhões de pessoas com 60 ou mais anos,

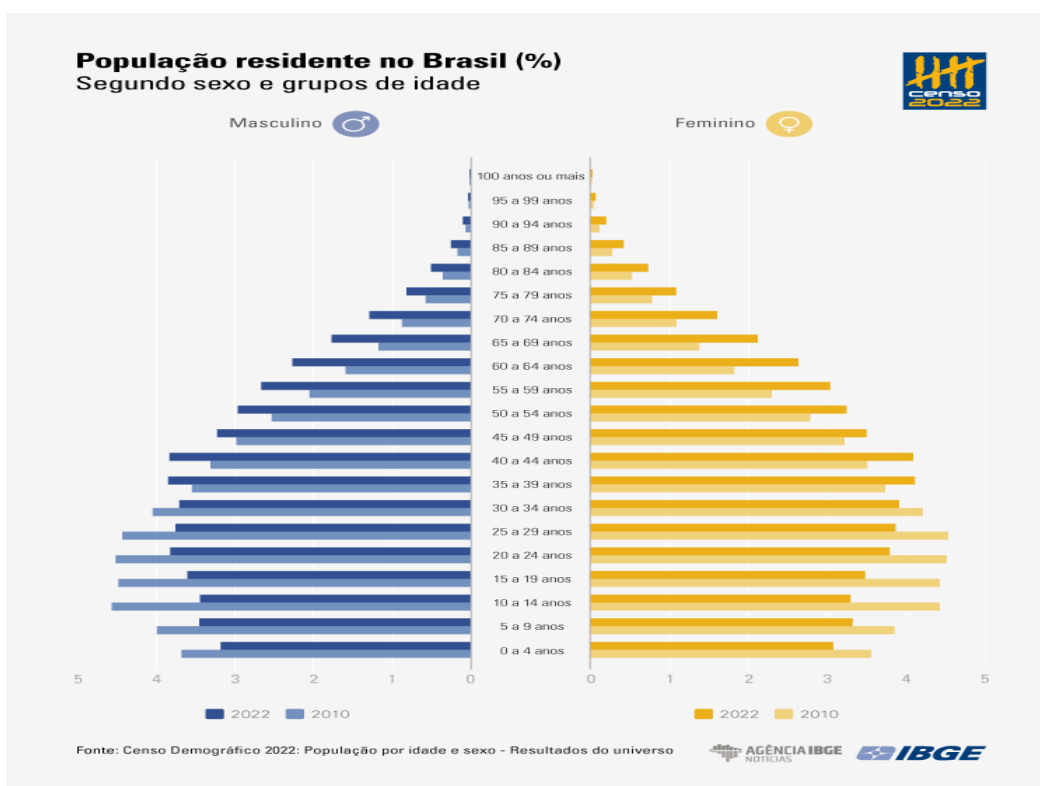
sendo que o Programa Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada têm, respectivamente, 612.306 e 2.006.156 idosos beneficiados. O panorama demográfico começou a ser tido em conta pela sociedade brasileira num momento que se caracteriza também pela maior participação das mulheres no mercado de trabalho, por novos arranjos familiares, predominantemente definidos por famílias nucleares e unipessoais nomeadamente “avós a viver sozinhos”; pela redução da dimensão das habitações urbanas e a crescente dependência de idosos em processo de declínio e adoecimento, com exigência de cuidado (Ministério da Saúde, 2018).

No Brasil, são muitos os desafios para que as pessoas envelheçam com qualidade e plena capacidade funcional, autonomia e independência. É importante destacar que a superação destes desafios é ainda mais complexa para um idoso com baixos rendimentos ou com rendimentos insuficientes, uma vez que as limitações financeiras podem intensificar a diminuição da capacidade funcional, da autonomia e da independência à medida que a pessoa envelhece (Ministério da Saúde, 2018). Para grande parte da população idosa, a capacidade funcional pode diminuir significativamente com o passar do tempo, influenciada ao longo da vida. O poder público e a sociedade devem oferecer condições mais amigáveis que permitam aos idosos realizar as suas atividades diárias, mesmo à medida que envelhecem.

Conforme os resultados na figura 5, no Censo Demográfico 2022, o número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% na população do país em 12 anos. O total de pessoas dessa faixa etária chegou a cerca de 22,2 milhões de pessoas (10,9%) em 2022 contra 14 milhões (7,4%) em 2010.

Figura 5:

Pirâmide Etária Brasil/ IBGE (2022)



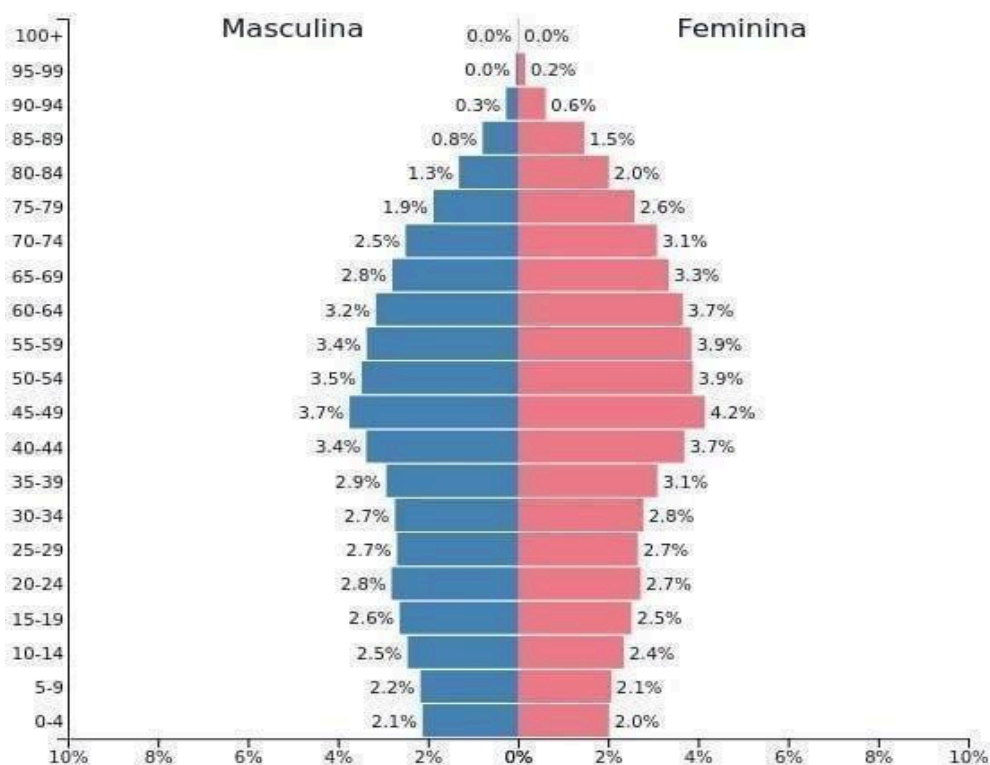
2.5. Mudanças na pirâmide etária de Portugal

Em Portugal, os dados obtidos nos Censos 2021, publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, revelam um aumento significativo da população idosa e uma diminuição da população jovem. Por cada 100 jovens portugueses, existem hoje 182 idosos. Portugal é, por isso, um dos países com maior Índice de Envelhecimento do mundo, colocando Portugal como o 4º país a envelhecer mais rapidamente. A atual situação demográfica é também produto de desenvolvimentos positivos, nomeadamente a redução da mortalidade e o aumento da esperança média de vida (Diário da República, 2024).

O envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se. Em 2022, o índice de envelhecimento, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor de 185,6 idosos por cada 100 jovens. Figura 6. Em 2022, a estrutura etária da população residente evidencia um aumento do envelhecimento demográfico em Portugal.

Figura 6

Pirâmide etária Portugal/2022 - População- 10.270.265 milhões



Fonte: <https://www.populationpyramid.net/pt/portugal/2022/>

Esta situação exige a definição de uma política de longevidade, que passe pela melhoria das respostas sociais de apoio ao envelhecimento, mas também de novas respostas e estratégias que reforcem a participação cívica e social. No âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência, existem vários apoios ao envelhecimento e à qualidade de vida que assumem a forma de intervenções a diferentes níveis e alinhadas com o quadro estratégico nacional para a inclusão social, a redução da pobreza, o envelhecimento ativo e saudável e para a inclusão de pessoas com deficiência ou incapacidade (Diário da República, 2024).

2.6. Envelhecimento Saudável

A Organização Pan-Americana (OPAS) e a Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) declararam (2021-2030) como a Década do Envelhecimento Saudável, sendo a principal estratégia para construir uma sociedade que acolha e valorize todas as faixas etárias. O perfil de saúde da população idosa é caracterizado por três tipos principais de

problemas de saúde: doenças crônicas, problemas de saúde agudos decorrentes de causas externas e agravamento de condições crônicas. Embora muitos idosos apresentem doenças crônicas ou disfunções orgânicas, é de salientar que estas condições nem sempre limitam as suas atividades diárias, a participação social ou a capacidade de desempenhar o seu papel na sociedade (OPAS/OMS, 2020).

Relativamente ao envelhecimento saudável, a OPAS/OMS, (2020) define que este é muito mais do que a ausência de doença, passa essencialmente pela manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa, necessitando de cuidados aos idosos em modelos de cuidados integrados e centrados nas suas necessidades, muito mais do que em modelos curativos e tratamentos de doenças. É o processo de promoção e desenvolvimento da capacidade funcional e da sua manutenção, de forma a promover plenamente o bem-estar geral na velhice.

Os idosos saudáveis e independentes contribuem para o bem-estar da sua família e comunidade e descrevê-los como meros destinatários passivos de serviços sociais ou de saúde é perpetuar um mito. Hoje, porém, o número de idosos aumenta exponencialmente e muitos encontram-se em situações socioeconômicas complexas e incertas. Somente intervenções oportunas permitirão aumentar as contribuições desta faixa etária para o desenvolvimento social e evitar que o envelhecimento populacional se torne uma crise para a estrutura de saúde e assistência social das Américas (OPAS/OMS, 2020).

2.7. Políticas de Saúde para o Envelhecimento Saudável

Segundo a OPAS/OMS (2020), envelhecimento saudável é um processo contínuo de otimização da habilidade funcional e de oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da vida. Atualmente, o programa está estruturado em torno das seguintes linhas de ação:

- 1- Promover políticas públicas e alianças para o envelhecimento saudável na Região das Américas.
- 2- Apoiar o desenvolvimento de ambientes amigáveis, adaptados a todas as pessoas idosas.
- 3- Alinhar os sistemas de saúde para que atendam às necessidades específicas das pessoas idosas.
- 4- Desenvolver sistemas sustentáveis e equitativos de prestação de cuidados de longo

prazo.

5- Melhorar a mensuração, o monitoramento e a pesquisa sobre envelhecimento.

O governo brasileiro lançou em 2018 a “Estratégia Brasil Amigo do Idoso”. O desenvolvimento da iniciativa, que procura alcançar um envelhecimento ativo, saudável, cidadão e sustentável para todos os brasileiros, contou com a colaboração da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). A Estratégia visa dar resposta às recomendações da OMS para a avaliação e desenvolvimento de “Planos de Ação” que visam adaptar as cidades às necessidades dos idosos na vida urbana, o que pode influenciar a saúde e a qualidade de vida desta população. Uma iniciativa interministerial e interinstitucional que desenvolve esforços setoriais e especializados para proporcionar às comunidades e às cidades a realização de ações que promovam o envelhecimento ativo, saudável, cidadão e sustentável da população idosa (Ministério da Saúde, 2018).

O Brasil está a passar por um rápido e intenso processo de envelhecimento da sua população. Contudo, a transição demográfica brasileira apresenta características peculiares e demonstra grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento. Este processo teve um impacto significativo e trouxe alterações no perfil demográfico e epidemiológico de todo o país, gerando exigências que exigem respostas das políticas sociais. Isto inclui pensar em novas formas de cuidados, especialmente os cuidados de longa duração e os cuidados domiciliários (Ministério da Saúde, 2020).

A Comissão Europeia, no ano de 2021, aprovou o “Livro Verde sobre o Envelhecimento” que traz uma proposta para promover a responsabilidade e a solidariedade entre gerações. O presente livro verde tem por objetivo lançar amplo debate de orientação sobre o envelhecimento, a fim de discutir as opções a considerar visando, antecipar e responder aos desafios e oportunidades que este fenómeno implica, especialmente tendo em conta a Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável e a Década do Envelhecimento Saudável lançada pelas Nações Unidas.

O Livro Verde adota uma abordagem baseada no ciclo de vida que reflete o impacto universal do envelhecimento e que se centra nas suas implicações pessoais e sociais mais vastas, o que inclui desde a aprendizagem ao longo da vida e estilos de vida saudáveis ao financiamento de pensões adequadas ou à necessidade de aumentar a

produtividade e dispor de uma mão de obra suficientemente numerosa para sustentar a prestação de cuidados de saúde e cuidados de longa duração às pessoas idosas (Comissão Europeia, 2021).

A Comissão Europeia considera essencial: Promover estilos de vida saudáveis ao longo da vida; proporcionar oportunidades de aprendizagem ao longo da vida; aumentar a participação no mercado de trabalho; melhorar a qualidade de vida e o bem-estar através da solidariedade intergeracional. Aumentar a produtividade, a inovação médica e científica na área do envelhecimento. Dar resposta às necessidades crescentes de uma população envelhecida (Diário da República, 2024).

Existem dimensões significativas do envelhecimento em que as políticas públicas operam de forma preventiva, como, por exemplo, no que diz respeito à aprendizagem ao longo da vida ou no domínio da saúde. Da mesma forma, é necessário prevenir práticas discriminatórias com base na idade e prevenir casos de violência contra idosos, inclusive no seio familiar (Diário da República, 2024).

3. FUNCIONALIDADE FAMILIAR

A funcionalidade familiar visa verificar a presença ou ausência da harmonia nas interações familiares em que os idosos estão inseridos, pois estas são responsabilizadas em prestar cuidados, promovendo o envelhecimento saudável, sendo assim, importante a avaliação da “funcionalidade familiar” nas famílias com idosos, pois permite o desenvolvimento de estratégias de cuidados à família e seus entes. Ressalta-se que os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar são profissionais capacitados para assistir às necessidades crescentes dos idosos e suas famílias (Sardinha, 2021).

3.1. Bases conceptuais: APGAR Familiar

O APGAR Familiar foi introduzido em 1978 com a proposta de investigar a função familiar, avaliando a percepção de um membro familiar sobre o grau de satisfação da sua família, tendo como parâmetro componentes basilares por meio do acrónimo APGAR, do inglês: Adaptation (adaptação), Partneship (parceria), Growth (desenvolvimento), Affection (afetividade) e Resolve (resolução) (Smilkstein,

Ashworth, & Montano, 1982).

Estes componentes do sistema familiar, definidos por (Smilkstein, 1978), de maneira detalhada como:

Funcionalidade familiar: Conglomerado de ações, factos, experiências que formam um laço familiar e relacionam cada membro dessa família.

Adaptação: Apoio que a família presta a um membro, para conseguir ultrapassar os obstáculos que vão surgindo ao longo da vida, recorrendo a recursos intra e extrafamiliares compartilhados para resolução.

Participação: Parceria na tomada de decisões e responsabilidades compartilhada pelos membros, capacidade das pessoas se envolverem na tomada de decisões e responsabilidades da família, expressando opiniões de forma confortável, livre e sentindo-se ouvida quando partilha uma experiência agradável ou desagradável.

Grau de Crescimento: Capacidade que um familiar alcança ao sentir união, apoio e aconselhamento para cada um deles, perante um desejo ou objetivo que deseja alcançar como: desenvolvimento, favorecimento de maturação física e emocional, e autorrealização dos membros por meio de apoio e orientação mútuos.

Afetividade: Sentimentos positivos e negativos expressos pela família, tais como: alegria, tristeza, medo, raiva, etc., e que são aceites como identidade de cada pessoa e que geram afetividade, intimidade e interações socioemocionais.

Resolução: Conjunto de ações que a família acorda para se manter unida, que envolve tempo e espaços para a realização de atividades em conjunto, bem como aspetos económicos para poder cobrir as despesas que surjam, com o compromisso, dedicação e tempo dos membros da família para solução de problemas.

Estes cinco elementos são de grande importância, pois aplicam-se a uma vasta gama de tipologias familiares, que podem variar de acordo com a sua estrutura, desenvolvimento, integração ou características demográficas (Cardona et al., 2019).

Para Couto; Caldas; Castro, (2019); Brito et al., (2018); Campos et al., (2017), a família tem uma grande importância no processo de envelhecimento ativo e na promoção da qualidade de vida e do desenvolvimento social dos idosos. As alterações na organização familiar e a necessidade de adaptações podem ser conflituosas pela falta de

conhecimento sobre o processo de envelhecimento e impactar todos os membros, tanto na estrutura como na funcionalidade da família. O processo de inversão da pirâmide etária, associado ao aumento da longevidade, resulta em maior relevância da família no âmbito da assistência ao idoso, visto que a família assume a função de cuidado, “levando” com as alterações do contexto familiar.

A funcionalidade familiar também é entendida como a forma de organização e relacionamento entre os membros baseada numa relação harmoniosa, na capacidade de comunicação e resolução de conflitos, na definição de papéis entre os seus membros, no vínculo afetivo e num sistema de apoio mútuo e recíproco entre indivíduos. É caracterizada como funcional, a família que dispõem de relação harmónica, com funções definidas para cada integrante e que possui a capacidade de comunicação e resolução de conflitos de acordo com a sua estrutura interna, mantendo-se um sistema de apoio com vínculo afetivo. De modo contrário, numa família disfuncional não há sistema de apoio, ela é determinada pela ausência de articulação e respeito entre os integrantes, e está constantemente em crise pela não resolubilidade de problemas e pela falta de comunicação (Vera, 2013; Ministério da Saúde, 2007).

3.2. Envelhecimento e o Funcionamento Familiar

Salazar-Barajas, (2020), mostra que o funcionamento familiar é percebido como positivo e afeta a qualidade de vida, indicando que a família desempenha um papel fundamental na fase de vida idosa, onde a qualidade de vida assume grande importância quando perdem a capacidade física e capacidades psicológicas. Manter a autoestima, uma visão positiva de si próprio, aceitar as mudanças no decorrer de uma vida normal e adotar estilos de vida saudáveis podem permitir mais esperança e uma melhor qualidade de vida. Lorenzo-Díaz, (2020), realça que o funcionamento familiar inadequado pode ter um impacto negativo na qualidade de vida dos idosos que, por exemplo, sofrem de uma doença crónica como a hipertensão, uma vez que a sua saúde física e emocional fica prejudicada.

Campos et al., (2017), definem como funcional, uma família que possui um relacionamento harmonioso, com papéis definidos para cada membro e que tem capacidade de comunicar e resolver conflitos de acordo com a sua estrutura interna,

mantendo um sistema de apoio com vínculo afetivo. Por outro lado, os conflitos e a falta de apoio prevalecem nas famílias disfuncionais, o que pode ter consequências distintas nas condições de saúde dos familiares. Para Stamm et al., (2017), o apoio familiar tem impactos diretos na saúde do idoso, pois constitui uma relação sistêmica, sendo que a disfunção familiar produz diversas consequências psicológicas, emocionais, sociais e fisiológicas negativas, contribuindo para complicações de problemas de saúde pré-existentes ou mesmo causadores de outros problemas, afetando diretamente as condições e a percepção de saúde do idoso.

Para Sardinha, et al., (2021), a avaliação da funcionalidade familiar é de extrema importância para atuação dos enfermeiros de família, pois podem obter apoio para conhecer e compreender as relações familiares e como estas influenciam o processo saúde-doença, favorecendo e direcionando a sua assistência no sentido de melhorar as condições de saúde e qualidade de vida dos idosos atendidos.

Avaliar a funcionalidade familiar visa verificar a existência ou ausência de harmonia nas interações familiares em que os idosos estão envolvidos, pois cabe às famílias prestar cuidados, promovendo um envelhecimento saudável (Sardinha et al., 2021). O envelhecimento é um desafio, mas melhorias nas condições físicas e sociais podem ser benéficas para lidar com este processo.

No seu estudo, Mota et al., (2024), demonstra que a maioria dos idosos considera a sua família altamente funcional e salienta que os idosos da amostra têm uma percepção de elevada funcionalidade familiar, valorizando, sobretudo, a ajuda que recebem dos seus familiares, ser o interlocutor para o envolvimento da família na prestação de cuidados, visando a melhoria da sua qualidade de vida.

Outro estudo, Duarte & Domingues, (2020), realça a existência de consenso entre vários autores de que a função e o funcionamento familiar estão de alguma forma relacionados com a saúde familiar e qualidade de vida. Quando falamos de famílias idosas, temos de nos lembrar que as funções familiares tendem a mudar em resposta às necessidades especiais dos seus entes queridos, que estão agora mais frágeis. Estas modificações garantirão a satisfação das necessidades físicas e de conforto para além de proporcionarem suporte emocional, manutenção do vínculo entre a família e a comunidade, a relevância do sentido da vida e principalmente a gestão de crises intrafamiliares.

Os mesmos autores afirmam ainda que as relações entre os idosos e as suas famílias são influenciadas pelas relações construídas ao longo da vida e que terão um impacto significativo na construção de uma rede de apoio e na manutenção de uma relação familiar. Para tal, é necessário identificar e valorizar a aplicação de instrumentos capazes de o avaliar, dar-lhe visibilidade e identificar o seu potencial assistencial (Duarte & Domingues, 2020).

Sabendo que o apoio familiar tem impactos diretos na saúde do idoso, é de extrema importância a avaliação das famílias, concentrando-se na relação de reciprocidade entre família e profissionais (Figueiredo, & Martins, 2010). Assume-se a necessidade da reflexão processual face à complexidade dos contextos da ação onde se desenvolvem as interações com as famílias, justificando uma prática cada vez mais proficiente, que responda aos desafios atuais decorrentes das novas necessidades de saúde, respeitando a evolução da família e a sua dimensão que tem sido fortemente influenciada e condicionada pelas mutações do contexto sociodemográfico (Figueiredo, 2009).

Nessa função, o enfermeiro de família destaca-se como membro de uma equipe multidisciplinar de saúde, capaz de orientar cuidados promotores e protetores com os idosos e seus familiares. As possíveis ações de enfermagem no cuidado ao idoso são amplas, envolvendo conhecimentos e habilidades específicas para as práticas de cuidado. Ao compreender as mudanças inerentes ao envelhecimento, poderá contribuir em maior medida para a manutenção da autonomia, independência e saúde dos idosos (Azevedo, 2019). Além disso, cabe ao enfermeiro de família reconhecer e valorizar a importância da família no processo de envelhecimento, sendo um elo entre a equipe multiprofissional e os equipamentos oferecidos na comunidade visando a qualidade de vida do idoso e dos seus familiares (Figueiredo & Martins, 2010).

3.3. Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida

Esta investigação baseou-se em percepções de conhecimentos reais e precisos sobre a relação entre a funcionalidade familiar e a qualidade de vida dos idosos, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento e implementação de estratégias, visando melhorar a qualidade de vida, oferecendo uma compreensão específica sobre a relevância da funcionalidade familiar, na construção do planeamento de cuidados, bem como prevenir disfunções familiares nesta fase da vida.

3.3.1. Contextualização do tema em estudos brasileiros

A nível nacional, vários estudos têm investigado a relação entre a qualidade de vida dos idosos e a funcionalidade familiar. Para este estudo consideramos o seguinte: Souza Júnior e colaboradores (2020), que desenvolveram um estudo com idosos na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. Os principais resultados da pesquisa apontam que a funcionalidade familiar está positivamente correlacionada com a qualidade de vida dos idosos e a importância da inclusão da família nos planeamento dos cuidados de saúde, como forma de planear intervenções em problemas, identificando precocemente potenciais stressores familiares (Souza Junior et al., 2020).

Para a Sardinha, et al., (2021), a funcionalidade familiar mostrou-se eficaz no apoio a novas intervenções familiares, o qual possibilitou aos profissionais de saúde intervir de forma mais eficaz neste contexto, identificando famílias disfuncionais que necessitam de ser priorizadas pelas equipas de saúde. Os autores realçam que a funcionalidade familiar é um fenómeno complexo, apesar disso foi possível verificar uma boa funcionalidade, tendo como ponto forte o incentivo das famílias na autonomia dos idosos.

Brito et al., (2019) realizaram um estudo em Vitória da Conquista-BA, para avaliar o grau de dependência dos idosos e a sua relação com a funcionalidade familiar. Embora a maioria dos idosos fosse dependente, mostrou que não tinha sido identificada uma relação direta entre o grau de dependência e a funcionalidade familiar deste grupo de idosos. Todos os estudos acima, apontam para a importância de tentar compreender a funcionalidade familiar, com o intuito de realizar intervenções adaptadas a cada realidade. Isto é feito com o objetivo de restabelecer o equilíbrio nas relações familiares, ajudando assim a melhorar a qualidade de vida dos envolvidos.

3.3.2. Contextualização do tema em estudos internacionais

De entre os estudos internacionais, foram analisados os estudos de Tarrillo (2023), estabelecendo a relação entre a funcionalidade familiar e a qualidade de vida dos idosos num Centro Médico de Piura de Lambayeque (Peru), apontou que existe uma relação entre a funcionalidade familiar e a qualidade de vida, o que significa que um maior funcionamento familiar está associado a uma melhor qualidade de vida nos idosos, mostrando que acolher os idosos numa família funcional é decisivo para um envelhecimento ativo e saudável.

No estudo de Salazar-Barajasa et al., (2019), no México, observou-se que a sobrecarga e a funcionalidade familiar estão relacionadas com a qualidade de vida do idoso cuidador, onde as estratégias de intervenção, focadas na sobrecarga e no funcionamento familiar, visam melhorar a qualidade de vida do idoso e do seu cuidador.

Sulastri (2021), num estudo realizado na Indonésia, recomenda que as famílias prestem um apoio ideal, prestando atenção à adaptabilidade, proximidade, desenvolvimento dos idosos, proporcionando oportunidades para que os idosos expressem sentimentos e resolvam problemas para uma melhor qualidade de vida.

Motta et al., (2024), reportou num estudo realizado no norte de Portugal, em que os idosos têm uma elevada perceção da funcionalidade familiar, valorizando, sobretudo, a ajuda que recebem dos seus familiares. Realça que os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar são profissionais capazes de atender às necessidades crescentes dos idosos e das suas famílias e devem envolvê-los mais na prestação de cuidados para melhorar a sua qualidade aos idosos.

Tarrillo (2023), Salazar-Barajasa et al., (2019), Sulastri (2021) e Motta et al., (2024), todos concluem que existe uma relação significativa entre a funcionalidade familiar e a qualidade de vida dos idosos, bem como a importância da atuação de forma especializada dos profissionais de saúde, voltadas para o envolvimento da família e da funcionalidade nas estratégias de cuidado ao idoso.

Apontam também que estudar a qualidade de vida dos idosos promove o desenvolvimento de políticas e programas que promovam o envelhecimento ativo e saudável, tendo em conta as transformações que ocorrem, associadas ao estado fisiológico e processo patológico do envelhecimento, que por si só contribuem para a diminuição da qualidade de vida do Idoso (Tarrillo, 2023; Salazar-Barajasa et al., 2019; Sulastri, 2021 & Motta et al., 2024).

4. QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida é um conceito amplamente utilizado em atividades relacionadas com a saúde; mas, apesar disso, não possui uma definição única consensualmente aceita. Para facilitar a sua compreensão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que “A qualidade de vida é definida como a percepção de um indivíduo sobre a sua posição na vida, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esta condição é influenciada por aspetos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, que podem afetar o bem-estar e a satisfação com a vida”, ou seja, a qualidade de vida está relacionada com a capacidade do indivíduo para realizar as suas atividades diárias, manter relações interpessoais satisfatórios, ter acesso a recursos e oportunidades, bem como poder viver num ambiente saudável e seguro (WHOQOL GROUP, 1995).

Face ao exposto, este estudo teve como objetivo geral: Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção da funcionalidade familiar e da qualidade de vida dos idosos frágeis atendidos no Centro de Referência à Saúde do Idoso de Campinas, São Paulo no Brasil.

5. CONTEXTO DA PESQUISA

O envelhecimento da população traz impactos importantes na saúde, apontando para a importância da organização de uma rede de cuidados de saúde para oferecer cuidados longitudinais. As doenças crônicas não transmissíveis afetam atualmente grande parte da população idosa. Considerando que o número de pessoas com 60 ou mais anos duplicará no mundo até 2050, a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde OPAS/OMS, (2019) acredita que é importante que os idosos de hoje e os do futuro possam tomar medidas sobre a sua saúde de forma saudável e ativa. Por outras palavras, a velhice não impede as pessoas de serem e fazerem o que querem ou valorizam. O fenómeno de transição demográfica que ocorre em todo o mundo diz respeito a todos os países.

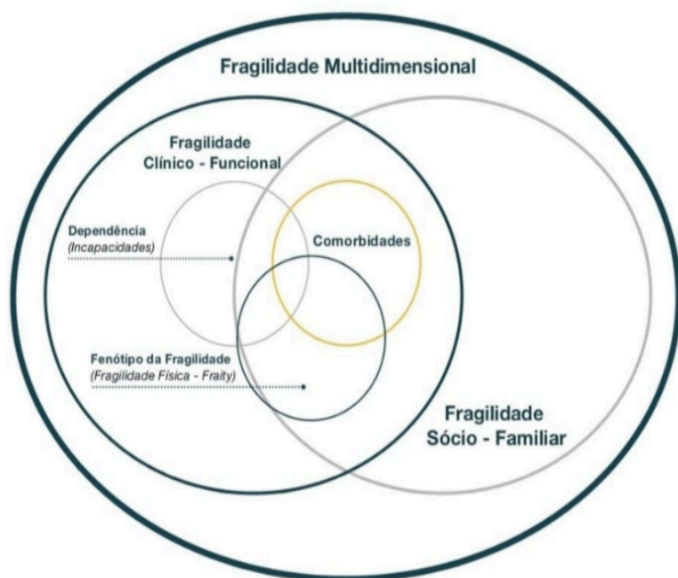
O envelhecimento pode ser considerado como um processo multifatorial que envolve neuro-estruturas, funções e bioquímicas, mudanças biológicas, bem como fatores ambientais e sociais/culturais que incluem qualidade de vida (QDV), isso pode acontecer de maneira saudável, ou envolvem processos de senilidade, caracterizando

envelhecimento frágil. A “fragilidade”, não possui uma definição consensual. Constitui-se como uma síndrome multidimensional envolvendo vários fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina num estado de maior vulnerabilidade (Ministério da Saúde, 2006).

Em termos de Saúde Pública, propõe-se o conceito de Fragilidade Multidimensional, definida como a redução da reserva homeostática e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade ao declínio funcional (Figura 7).

Figura 7

Fragilidade Multidimensional



Fonte: Moraes, 2012

Para Moraes (2012), este modelo multidimensional, as condições de saúde relacionadas com os desfechos adversos podem ser agrupadas em duas componentes: clínico-funcional e sociofamiliar. O conceito de saúde do idoso deve, assim, utilizar informação sobre os aspetos clínico-funcionais e sociofamiliares, resgatando o conceito de saúde, definido como o máximo bem-estar biopsicossocial, e não simplesmente a ausência de doenças.

O avanço da fragilidade no idoso implica a necessidade de apoio por parte dos cuidadores, de arranjos na estrutura física do ambiente e de disponibilização de tempo e conhecimento para o cuidado. Considerando que o cuidado ao idoso é muitas vezes

realizado por familiares, esta situação pode ter algum impacto na organização da família, sendo importante saber como funciona a dinâmica familiar, ou seja, o nível de funcionalidade familiar do idoso (Fernandes et al., 2019). Para o autor, a funcionalidade familiar é a forma como a família consegue cumprir e harmonizar as suas funções essenciais, de forma adequada à identidade e às relações da família e dos seus membros face aos desafios que a afetam.

O rápido e intenso envelhecimento da população e a prevalência de doenças crônicas que causam limitações funcionais e incapacidades entre os idosos (Ministério da Saúde, 2006), apontam para a necessidade e a importância da avaliação da qualidade de vida de idosos frágeis, na perspectiva de ajudar a esclarecer o impacto das limitações funcionais e da dependência na QDV percebida nesse grupo, associada a funcionalidade familiar, procura destacar a importância da presença das famílias e dos serviços de saúde direcionados a eles, bem como orientar a criação de políticas de saúde.

Segundo Figueiredo (2023), no processo do envelhecimento humano a família passa por um processo de aceitação da mudança de papéis intergeracional, onde a geração de meia-idade muitas vezes tem de assumir o papel de apoio e de cuidador face ao declínio fisiológico do casal ou de um dos membros. Esta geração assume o papel de apoio, que muitas vezes interfere na sua própria relação, com o plano para investimento nos filhos e na continuação do investimento na sua vida profissional uma vez que a idade da reforma tende a acontecer cada vez mais tarde.

Apesar do sentimento de afeto e reciprocidade da família, morar e ou cuidar de uma pessoa idosa pode gerar uma sobrecarga física e psicológica, manifestando-se em forma de stresse, ansiedade e depressão. Para muitos familiares assumir cuidados ao familiar idoso representa exaustão, não apenas pelo envolvimento afetivo, mas principalmente pelas rotinas do “cuidar”, que implicam várias restrições na vida de quem cuida (Figueiredo, 2023). A existência de doenças crônicas e degenerativas ou incapacitantes podem colocar em perigo o equilíbrio familiar. Quando os recursos se esgotam, ou a família não os consegue utilizar, há necessidade de recorrer à ajuda externa (Azeredo, 2008).

5.1 O Centro de Referência do Idoso (CRI)

O Centro no Centro de Referência à Saúde do Idoso (CRI) do município de Campinas é uma unidade de média complexidade para atender de forma especializada a população

idosa frágil, presta cuidados a pessoas com 60 anos ou mais, que enfrentam perda de controlo de doenças crónicas que afetam a sua capacidade funcional. A discriminação social e familiar, agrava esta situação, bem como falta de comunicação, carinho e apoio económico. Assim sendo, entender se há relação entre a funcionalidade familiar e a qualidade de vida dos idosos que utilizam o (CRI) do município de Campinas em 2024, torna-se relevante, dando a devida importância a este tema para o benefício desta população.

Esta investigação baseou-se na perceção que os utentes têm da funcionalidade familiar e a qualidade de vida, servindo no futuro de material para o desenvolvimento e implementação de estratégias que visem a melhoria da qualidade de vida grupo populacional, oferecendo uma compreensão mais específica da funcionalidade familiar, propondo estratégias para melhorar a qualidade de vida, bem como as relações familiares, numa fase especial.

Além disso, auxiliar o enfermeiro de família e a equipa multidisciplinar de saúde a propor possíveis ações de saúde para apoiar o idoso no âmbito familiar, atuando e intermediando na promoção da saúde e na melhoria da funcionalidade familiar.

CAPÍTULO III

6. METODOLOGIA

Pretende-se, neste capítulo, descrever a metodologia utilizada na investigação, dando relevo à conceitualização do estudo empírico, questões de investigação, objetivos e tipo de estudo; seguida pela caracterização da amostra e descrição dos instrumentos de recolha de dados, bem como os procedimentos inerentes à recolha e tratamento e análise dos dados, além das questões éticas.

6.1 Métodos

O enquadramento metodológico aglomera procedimentos que permitem identificar o método de investigação científica necessário para dar resposta à questão de investigação e aos objetivos, no sentido de analisarem de forma coerente os resultados obtidos da aplicação dos instrumentos de recolha de dados. Nesta etapa, especifica-se a metodologia e o tipo de estudo realizado, a amostra, o instrumento de recolha de dados

e os procedimentos de recolha e análise de dados (Fortin, 2009), além das questões éticas de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 466/12, 2012).

A presente investigação é de metodologia quantitativa, estudo observacional, descritivo-correlacional e transversal, conduzido com uma amostra não probabilística por conveniência (Jagger et al., 2017). A metodologia quantitativa caracteriza-se pela objetividade na mensuração de fenómenos e pela utilização de instrumentos padronizados e estatísticos para análise de dados. Busca testar hipóteses, estabelecer relações causais ou correlações e generalizar os resultados para populações mais amplas (Polit & Beck, 2021; Creswell & Creswell, 2018). Um estudo observacional é aquele em que o investigador observa os fenómenos tal como ocorrem naturalmente, sem intervenção ou manipulação das variáveis. É amplamente utilizado em contextos clínicos e epidemiológicos para descrever associações entre fatores (Porta, 2014). Estudo Descritivo-Correlacional, este tipo de estudo visa descrever características de uma população ou fenómeno e examinar a existência de relações entre variáveis, sem que haja intervenção do investigador. A correlação indica associação, não causalidade (Grove & Gray, 2019). O estudo transversal (ou de corte) é aquele em que os dados são coletados num único ponto no tempo. Permite observar simultaneamente a exposição e o desfecho, sendo útil para estimar prevalências e associações (Vilelas, 2020).

6.2. Local e período de estudo

O estudo foi realizado no Centro de Referência à Saúde do Idoso (CRI) do município de Campinas, estado de São Paulo. Trata-se de uma unidade de média complexidade para atender de forma especializada a população idosa frágil, implementado em cumprimento da portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006 (Diário Oficial da União, 2006). O acesso ao serviço ocorre por meio de encaminhamento das unidades de atenção primária à saúde, e, no CRI, o idoso é atendido por uma equipe interdisciplinar 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 a atividades de promoção da saúde, esporte, lazer e integração social (Santos et al., 2008).

Justifica-se a escolha deste cenário uma vez que o Art. 9º do Estatuto do Idoso define que compete às Secretarias Municipais de Saúde garantir ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços

preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde, e estruturar Centros de Referência do Idoso (CRI) com características de assistência à saúde, de pesquisa, de avaliação e de treinamento. A pesquisa foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2024. (Santos et al., 2008; Ministério da Saúde, 2006)

6.3 População e Amostra

Foram convidados a participar no estudo todos os idosos que estiveram em acompanhamento multiprofissional no Centro de Referência do Idoso (CRI) do município de Campinas (SP) no período de colheita de dados, independente do tempo de acompanhamento no serviço. Foram excluídas as pessoas com idade menor do que 60 anos, com dificuldade de verbalização e aquelas que recusaram a participar do estudo. Trata-se de uma amostra por conveniência, Para o cálculo amostral foi considerada população de 115 possíveis, com nível de significância de 5%, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, resultando em uma amostra estimada de 70 participantes, selecionados por amostragem aleatória simples” para tornar mais clara a explicação do cálculo amostral”

A lógica define que, quanto mais homogênea for uma população, mais fácil (ou provável) será obter uma amostra representativa, mesmo ao se recorrer à amostragem de conveniência. Assim, ao limitar deliberadamente a base de amostragem para diminuir a heterogeneidade, a probabilidade de viés na amostragem em relação às características da população-alvo é reduzida (mesmo que não seja completamente eliminada). (Jagger et al., 2017)

6.4 Questão de Investigação e Objetivos

O processo de investigação tem sempre no seu início a identificação do problema, que se transforma numa questão de investigação.

A questão de partida para este estudo de investigação foi: **Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção da funcionalidade familiar e da qualidade de vida dos idosos frágeis do Centro de Referência à Saúde do Idoso de Campinas, São Paulo?**

No âmbito deste estudo, e considerando a problemática apresentada, a definição de objetivos permite-nos uma clarificação do que efetivamente se pretende estudar. De

modo geral, é fundamental que os objetivos de investigação sejam precisos e estejam redigidos de modo claro, com a finalidade que o investigador deseja atingir, devendo fazer alusão às variáveis e à população alvo do estudo (Fortin, 2009).

Tendo em consideração esta questão de investigação foi definido o seguinte objetivo geral: **Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção da funcionalidade familiar e da qualidade de vida dos idosos frágeis do Centro de Referência à Saúde do Idoso de Campinas, São Paulo.**

Objetivos específicos:

- i. Caracterizar a amostra relativamente às variáveis sociodemográficas;
- ii. Avaliar a funcionalidade familiar dos idosos pelo APGAR Familiar;
- iii. Avaliar a percepção dos idosos quanto aos domínios da QDV do SF-36;
- iv. Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e os domínios da QDV do SF-36;
- v. Analisar a relação entre a Funcionalidade Familiar (FF) e os domínios de qualidade de vida QDV.

As variáveis de investigação são propriedades, qualidades ou características que são suscetíveis de assumir diferentes valores (Vilelas, 2020).

6.5 Hipóteses e variáveis

A hipótese é a formulação de uma suposição sobre a relação entre duas ou mais variáveis, que sugere uma resposta para a questão de investigação (Nené et al., 2022).

Por sua vez, segundo Fortin et al., (2009) variáveis atributo são características preexistentes dos indivíduos em estudo, que no presente trabalho são: sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil e coabitação.

Os mesmos autores referem-se também às variáveis de investigação, que neste estudo são as variáveis: Funcionalidade Familiar e a Qualidade de vida.

Para a avaliação destas variáveis, houve a necessidade de recorrer a instrumentos de

medida que permitiram obter uma caracterização mais objetiva e ampla.

Segundo Fortin et al., (2009) uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis.

Procurando guiar o estudo e relacionar variáveis do mesmo definiram-se as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1: Existe relação estatisticamente significativa entre a percepção do idoso sobre a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade e coabitação).

Hipótese 2: Existe relação estatisticamente significativa entre a percepção do idoso sobre a Funcionalidade familiar e a qualidade de vida.

Uma variável é uma característica observável e à qual pode ser atribuída mais do que um valor. As variáveis são classificadas de acordo com o papel que desempenham no estudo, classificadas em investigação e caracterização (Néné et al., 2022).

São variáveis de investigação no presente estudo: percepção do idoso frágil sobre a funcionalidade familiar e a qualidade de vida.

6.6. Instrumentos de recolha de dados

A seguir serão detalhados os instrumentos utilizados para a recolha de dados.

6.6.1. Caracterização sociodemográfica

Foi elaborado um questionário com questões socioeconómicas, demográficas e de condições de saúde baseado no questionário individual do e-SUS AB (Ministério da Saúde, 2018). Instrumento usado na estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da Atenção Básica (AB) em nível nacional (ANEXO 1)

6.6.2. Escala de índices do APGAR Familiar

Smilkstein (1978) desenvolveu a escala APGAR de família, que foi validada no Brasil por Duarte (2001) (ANEXO 3). Esta escala possibilita avaliar a dinâmica e a funcionalidade familiar com base nas interações entre os integrantes da família e nas

percepções individuais do idoso, através de uma análise de cinco dimensões: Adaptation (adaptação), Partnership (companheirismo), Growth (crescimento), Affection (afectividade) e Resolve (habilidade de resolução). Na versão simplificada, os itens são classificados de 0 a 2, sendo 0 nunca, 1 ocasionalmente e 2 sempre. Sendo: 0 a 4 = elevada disfunção familiar, de 5 e 6 = moderada disfunção familiar e de 7 a 10 = boa funcionalidade familiar (Brasil, 2007).

Silva et al., (2014), em sua pesquisa de análise psicossométrica do APGAR familiar em idosos do Nordeste do Brasil, enfatizam que entender a funcionalidade das famílias com idosos é crucial para o êxito do planejamento de intervenções de saúde, particularmente no contexto dos cuidados primários. Eles também destacam a importância do uso do instrumento APGAR de Família na prática clínica gerontológica como um instrumento facilitador do cuidado. Em relação à sua utilização com idosos, num município do Nordeste brasileiro, os resultados de fiabilidade, medidos pela consistência interna, por meio do alfa de Cronbach, indicaram que a escala total (0,80) apresentou valores próximos a um (1), demonstrando ser uma medida fiável.

Embora a fiabilidade e a validade deste método já tenham sido estudadas e asseguradas, importa referir que este instrumento avalia o grau de funcionalidade familiar que o indivíduo percebe e verbaliza.

6.6.3. Questionário de QDV SF-36

O Medical Outcomes Short-Form Health Survey - SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992), foi empregue para avaliar a qualidade de vida (ANEXO 4). A versão inicial do SF-36 consiste em 11 questões e 36 itens, divididos em oito áreas: capacidade funcional (dez itens); aspetos físicos (quatro itens); dor (dois itens); estado geral de saúde (cinco itens); vitalidade (cinco itens); aspetos sociais (dois itens); aspetos emocionais (três itens); saúde mental (cinco itens) e uma pergunta comparativa sobre a percepção de saúde atualmente e há um ano. Em cada setor, adicionam-se itens que representam uma escala que varia de 0 (pior saúde) a 100 (melhor saúde). O SF-36 é um dos indicadores genéricos mais utilizados de qualidade de vida. O autor desenvolveu uma versão para a língua portuguesa após um processo de tradução e adaptação às condições socioeconómicas e culturais e às suas propriedades de medida, avaliada em doentes brasileiros com artrite reumatoide. O SF-36 é um parâmetro reprodutível e válido para ser utilizado na avaliação da qualidade de vida (Ciconelli, 1997).

As pontuações foram normalizadas para facilitar a análise e a interpretação dos resultados. A normalização foi feita por meio da transformação linear dos escores de 0 a 100, obtidos para os domínios do SF-36 (média de 50 e desvio padrão de 10). Com a normalização da pontuação, cada escala passou a ser representada por uma média de 50 pontos e um desvio padrão de 10. Portanto, sempre que a escala de pontuação for inferior a 50, a qualidade de vida está abaixo da média esperada para a Qualidade de Vida (QDV) (Ware; Kosinski; Kelle, 1994).

6.6.4. Operacionalização das variáveis

Segundo Reis (2010), as variáveis descrevem as características do atributo a medir, estas são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações, que são estudadas numa investigação, podendo assumir diferentes valores. As variáveis são classificadas de acordo com o papel que desempenham no estudo, classificadas em investigação e caracterização (Néné et al., 2022).

São variáveis de investigação no presente estudo: percepção da funcionalidade familiar e percepção sobre qualidade de vida. Variáveis de caracterização: características sociodemográficas, características profissionais.

6.6.5. Procedimento de Recolha de Dados

O recrutamento da população elegível para o estudo foi realizado pelo pesquisador principal de forma individual, numa sala reservada, momento no qual utilizou uma linguagem clara e acessível para apresentar a pesquisa, os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do presente estudo e sanar as dúvidas que ocorreram nesse momento de recrutamento. Foi concedido tempo adequado para o convidado refletir sobre o seu consentimento.

Mediante a concordância em participar da pesquisa, o pesquisador principal procedeu a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) e as duas vias foram assinadas pelo participante e pelo pesquisador.

A colheita de dados ocorreu mediante entrevista individual que foi conduzida pelo pesquisador principal, entre as consultas agendadas previamente com os profissionais do CRI, numa sala reservada para preservar a identidade do participante. Os instrumentos de recolha de dados foram identificados por código numérico como medida de proteção à confidencialidade das informações.

6.6.6 Tratamento e Análise dos dados

Os dados colhidos foram tratados no software Excel for Windows 2019. Para a análise dos dados utilizou-se o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 21) para aplicação de técnicas da estatística descritiva conforme a natureza das variáveis e da estatística inferencial. A estatística descritiva é utilizada para descrever os dados de uma amostra, ao passo que a estatística inferencial é utilizada para fazer inferências/generalizações sobre a população e utiliza técnicas estatísticas para verificar hipóteses e determinar parâmetros, fundamentada na teoria da probabilidade, procura estabelecer o grau de confiança a partir do qual os resultados obtidos podem ser estendidos à população em geral (Néné et al., 2022).

Recodificou-se a variável estado civil em quatro categorias: (casados, solteiros, viúvos e divorciados). O nível de escolaridade foi recodificado em anos (0-4) Primário, (5-9) Fundamental, (10-12) Médio e (13+) Superior. A variável coabitação/moram juntos foi recodificada em três categorias: sozinho (0), cônjuge (2) e outros (3-6) (filhos, netos, irmãos ou cunhadas e amigos). Na variável emprego usou-se, não trabalha, aposentado e pensionista /e na variável renda, recodificou em < 1 sal. mín., 2 a 3 sal mín. e + de 3 sal. mín.

A variável nível do APGAR Familiar está codificada em três categorias: disfunção severa, disfunção moderada e boa funcionalidade.

Considerou-se para as variáveis do SF-36 as referências de 0 a 50 = Baixa qualidade de vida e acima de 50 = Boa qualidade de vida.

Para avaliar a percepção dos idosos quanto aos domínios da Qualidade de Vida do SF-36 foi necessário realizar a ponderação dos dados para cada domínio, o cálculo do Raw Scale e a transformação do valor das questões em valores nos 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio.

Domínios:

- Capacidade funcional;
- Limitação por aspetos físicos;
- Dor;

Estado geral de saúde;
 Vitalidade;
 Aspetos sociais;
 Aspetos emocionais;
 Saúde Mental.

A *Raw Scale* é formada pelo valor final e não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio = Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100
 Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo: (Tabela 1)

Tabela 1

Valores de limite inferior e variação (Score Range) do SF 36

Domínio	Pontuação das questões Correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	Pontuação das questões Correspondidas	10	20
Limitação por aspetos Físicos	03	4	4
Dor	04	2	10
Estado geral de saúde	07 + 08	5	20
Vitalidade	01 + 11	4	20
Aspetos sociais	09 (somente os itens a + e + g + i)	2	8
Limitação por aspetos Emocionais	06 + 10	3	3
Saúde mental	05	5	25
Capacidade funcional	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	10	20
Limitação por aspetos Físicos	Pontuação das questões Correspondidas	4	4
Dor	03	2	10

Estado geral de saúde	04	5	20
Vitalidade	07 + 08	4	20

Fonte: Qualidade de vida medida pelo Short-Form Health Survey” (SF-36)

Na estatística inferencial, foi adotado o nível de significância de $p < 0.05$, com intervalo de Confiança de 95% (IC95%) para todas as análises.

Para testar a hipótese 1: Existe relação estatisticamente significativa entre a percepção do idoso sobre a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade e coabitação). Entre a pontuação dos domínios da SF-36 dos utentes com as suas características sociodemográficas foi utilizado o teste Kruskal-Wallis para variáveis (sexo, grupos etários, estado civil) e o teste – Mann-Witney para variáveis (escolaridade e casa própria). Na comparação das categorias dos domínios da SF-36 (QDV) com as categorias das variáveis sociodemográficas recodificadas utilizou-se o teste Qui-Quadrado de Pearson.

Para testar a hipótese 2: Existe relação estatisticamente significativa entre a percepção do idoso sobre a Funcionalidade familiar e a qualidade de vida. Entre a pontuação do índice de APGAR dos utentes com nível de Qualidade de Vida (SF-36) foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. No cruzamento entre as categorias da Funcionalidade Familiar com categorias da QDV recorreu-se ao teste de Qui-Quadrado de Pearson.

6.6.7. Considerações Éticas

Os procedimentos éticos que orientaram esta pesquisa fundamentam-se na declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 1964) e Convenção de Oviedo relativamente à investigação com seres humanos. Seguiram-se todos os preceitos éticos vigentes na Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Cabe destacar que esta pesquisa teve o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal De São João Del Rei – Campus Centro Oeste Dona Lindu - UFSJ/CCO - MG, número 7.042.012 /2024 (CAAE 82013624.4.0000.5545).

CAPÍTULO IV

7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procedemos à apresentação dos resultados obtidos a partir da aplicação do formulário aos idosos acompanhados pelas equipas multiprofissionais do Centro de Referência do Idoso (CRI) em Campinas, São Paulo, Brasil. Este capítulo está organizado em cinco subsecções: na primeira, procede-se à caracterização sociodemográfica dos idosos; na segunda, apresenta-se a percepção dos idosos relativamente à Funcionalidade Familiar (FF); na terceira, apresentam-se os resultados referentes à percepção da Qualidade de Vida (QDV); na quarta, analisam-se os resultados da relação entre as variáveis sociodemográficas e a QDV; e, por fim, na quinta, expõe-se a relação entre a FF e a QDV.

Foram realizadas entrevistas com 101 utentes acompanhados no CRI. Destes, 12 recusaram-se a participar, sendo que 3 justificaram a recusa com cansaço; 11 tiveram a sua participação inviabilizada devido a constrangimentos relacionados com os cuidadores ou com o transporte (não podendo aguardar pela entrevista); e 8 interrupções ocorreram durante o preenchimento dos questionários para realização de consultas médicas, sem que a entrevista fosse retomada posteriormente.

Assim, um total de 70 idosos frágeis completaram os formulários. Para a recolha de dados, utilizaram-se o questionário sociodemográfico, o teste Apgar Familiar de Smilkstein e o instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey” (SF-36), na versão brasileira validada por Ciconelli et al., (1997).

Neste capítulo, descrevemos as características dos participantes no que respeita às variáveis em estudo, e analisamos a forma como estas variáveis se relacionam entre si.

A organização e a sequência da apresentação dos resultados respeitam a estrutura do instrumento de recolha de dados. Os resultados são apresentados sob a forma de tabelas, precedidas pelas análises descritivas correspondentes. As fontes das tabelas não serão referidas, uma vez que todos os dados foram obtidos exclusivamente através do instrumento de recolha de dados utilizado nesta investigação.

7.1 Caracterização Sociodemográfica

Como anteriormente referido, a amostra é composta por 70 idosos utilizadores inscritos no Centro de Referência do Idoso (CRI). A descrição da amostra relativamente aos dados demográficos e socioeconómicos dos entrevistados é a seguinte: 30% (21) eram do sexo masculino e 70% (49) do sexo feminino. A média de idades foi de 72 anos, com um desvio padrão de $\pm 7,55$ anos. Entre os inquiridos, 61,4% (43) encontravam-se casados. A maioria, 81,4%, relatou ter filhos e 77,1% (54) indicaram residir em casa própria. No que respeita ao nível de escolaridade, 95,7% (67) referiram ter mais de cinco anos de escolaridade formal. Em relação ao rendimento, 68,6% (48) relataram auferir entre duas a três remunerações mínimas, e 77,1% (54) partilhavam o rendimento com mais do que uma pessoa. A maioria dos participantes, 74% (52), encontrava-se reformada. Quanto à situação de coabitação, 72,9% (51) dos idosos indicaram viver com outras pessoas. Os dados acima referidos encontram-se apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Caraterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas dos idosos do CRI,
Campinas – SP, 2024

	n	(%)
Sexo		
Masculino	21	30
Feminino	49	70
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
Nº de Filhos		
0	13	18,6
1	11	15,7

2	20	28,6
3 a 10	26	37,1
Número de pessoa que moram na mesma casa		
0	19	27,1
1	20	28,6
2	14	20,0
3 a 6	17	24,3
Tipo de Emprego		
Reformado	52	74,0
Não Trabalha	4	5,7
Pensionista	3	4,7
BPC*	4	5,7
Trabalho Formal	7	10,0
Anos de Estudos		
0 a 4	3	4,3
5 a 9	43	61,4
10 a 12	17	24,3
Acima de 13	7	10,0
Renda **		
0 a 1 salário mínimo	12	17,1
2 a 3 salários mínimos	48	68,6
> 3 salários mínimos	10	14,3
Nota: *BPC = ** Salário mínimo no Brasil em setembro de 2024 = R\$ 1412,00 (hum mil, quatrocentos e doze reais) n = Frequência Absoluta % = Frequência relativa		

7.2 Avaliação da Funcionalidade Familiar – Escala de Apgar Familiar

A funcionalidade familiar pode ser avaliada através de um instrumento designado por Apgar Familiar, o qual permite medir o grau de satisfação de um membro da família relativamente ao apoio recebido dos restantes membros. A forma como os membros da família interagem entre si e com terceiros determina se as famílias são consideradas funcionais ou disfuncionais.

Na análise da variável funcionalidade familiar dos idosos da amostra, verifica-se que a maioria apresenta uma elevada funcionalidade familiar, correspondendo a 81,4% (57) dos participantes. Por outro lado, 7,2% (5) evidenciaram disfunção familiar moderada e 11,4% (8) apresentaram disfunção severa.

Ao caracterizar a funcionalidade familiar com base nos grupos de coorte estabelecidos, constatou-se que, na sua maioria, os idosos possuem famílias funcionais (81,4%; 57 participantes), enquanto apenas 18,6% (13 participantes) foram classificados como pertencentes a famílias disfuncionais. Os dados correspondentes encontram-se

apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Avaliação da Funcionalidade Familiar dos Idosos do
CRI, Campinas – SP, 2024

n	%	Funcionalidade Familiar
58	82,8%	Alta Funcionalidade
5	7,2%	Moderada Disfunção
7	10%	Elevada Disfunção
70	100%	

n = Frequência Absoluta % = Frequência relativa

7.3 Avaliação da Qualidade de Vida – SF- 36

Na avaliação dos domínios da Qualidade de Vida (QDV) dos idosos, realizada através do instrumento SF-36, as pontuações totais variaram entre 41,8 e 59,6. A pontuação mais elevada foi registada no domínio do funcionamento social ($59,6 \pm 18,1$), seguido pelo estado de saúde ($59,0 \pm 19,3$) e pela saúde mental ($54,0 \pm 3,9$). A vitalidade apresentou uma pontuação de $50,9 \pm 12,6$, indicando um menor grau de comprometimento nestes domínios. Por outro lado, os domínios que evidenciaram maior comprometimento da qualidade de vida foram os aspetos emocionais ($49,0 \pm 45,3$), a dor ($45,8 \pm 28,4$), a capacidade funcional ($43,3 \pm 36,2$) e, por fim, os aspetos físicos ($41,8 \pm 33,9$). Os dados detalhados encontram-se apresentados na Tabela 4.

Tabela 4

Resultados dos domínios do questionário SF-36 dos idosos
Campinas – SP - 2024.

Domínios	n	Padrão Médio	Desvio Padrão	Mín/Máx
Capacidade funcional	70	43,3	36,2	0 – 100
Aspetos Físicos	70	41,8	33,9	0 – 100
Dor	70	45,8	28,4	10 – 100

Estado de Saúde	70	59,0	19,3	10 – 100
Vitalidade	70	50,9	12,6	30 – 80
Aspetos sociais	70	59,6	18,1	13 – 80
Aspetos Emocionais	70	49,0	45,3	0 – 100
Saúde Mental	70	54,0	13,9	30 – 80

7.4 Teste de Hipóteses

Nesta etapa, procedeu-se à realização da inferência estatística necessária para a concretização dos objetivos e a verificação das hipóteses em análise, tendo sido efetuada uma reestruturação das variáveis, dado que algumas apresentavam um número reduzido de observações. Assim, a variável referente ao nível do APGAR Familiar foi recategorizada em três grupos: consideraram-se como famílias disfuncionais aquelas classificadas com disfunção severa e moderada, em contraste com as famílias avaliadas como altamente funcionais. No que respeita às variáveis do SF-36, adotaram-se as seguintes referências: pontuações de 0 a 50 indicaram baixa qualidade de vida, enquanto valores superiores a 50 foram considerados indicativos de boa qualidade de vida. Para a avaliação da perceção dos idosos relativamente aos domínios da Qualidade de Vida do SF-36, foi necessário proceder à ponderação dos dados de cada domínio, convertendo os valores das respostas num intervalo de 0 (zero) a 100 (cem) para cada domínio específico. Os resultados da análise cruzada entre a funcionalidade familiar, as variáveis sociodemográficas e os domínios da qualidade de vida encontram-se apresentados nas Tabelas 5 e 6.

7.4.1 Análise entre as variáveis sociodemográficas e a QDV

Na análise da associação entre as variáveis demográficas e os domínios da Qualidade de Vida (QDV) do SF-36 nos idosos assistidos pelo CRI (Tabela 5), verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas. Em particular, observou-se uma associação significativa entre a variável idade ($p=0,040$) e a variável rendimento ($p=0,048$) relativamente ao domínio “Aspetos Físicos”; entre a variável posse de casa própria ($p=0,001$) e o domínio “Aspetos Emocionais”; e entre a variável nível de escolaridade ($p=0,013$) e o domínio “Funcionamento Social”.

Tabela 5

Relação entre variáveis sociodemográficas e domínios do SF-36

Variáveis	Domínios do SF 36		
	Aspectos Emocionais	Aspectos Sociais	Aspectos Físicos
Sociodemográficas			
Idade / Anos	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
De 60 a 70	4,23 ± 1,35	6,22±1,33	5,30±1,11
De 71 a 80	4,62±1,38	7,21±1,45	6,12±1,43
Maior que 80	4,75±1,28	7,00±1,30	5,25±1,48
<i>p-valor *</i>	0,435	0,115	0,040
Casa Própria			
Sim	4,75±1,39	6,70±1,40	5,62±1,39
Não	3,50±1,09	7,00±1,59	5,84±1,27
<i>p-valor **</i>	0,001	0,523	0,522
Estudo/anos			
0 a 4	4,33±1,15	6,00±1,73	6,00±1,00
5 a 9	4,55±1,35	7,16±1,36	5,61±1,33
10 a 12	4,05±1,39	6,30±1,49	5,52±1,47
Acima de 13	5,00±1,41	5,85±1,66	6,14±1,46
<i>p-valor *</i>	0,420	0,013	0,619
Renda			
0 a 1 salário mín.	4,58±1,38	6,83±1,19	6,08±1,50
2 a 3 salário min.	4,41±1,36	6,60±1,49	5,39±1,25

> 3 salários mín.	4,60±1,43	7,50±1,35	6,50±1,35
<i>p</i> -valor *	0,867	0,248	0,048

*Kruskal-Wallis ** Mann-Whitney - O nível de significância considerado foi 5% (valor de $p < 0,05$).

7.4.2 Avaliação entre os Domínios do SF- 36 (QDV) e Funcionalidade Familiar

Ao analisar a relação entre os domínios da qualidade de vida, avaliados pelo questionário SF-36, e a funcionalidade familiar, medida através do Apgar Familiar, constatou-se que a funcionalidade familiar exerce um efeito estatisticamente significativo sobre o domínio “Capacidade Funcional” ($p=0,032$). Por outro lado, não se verificou um efeito estatisticamente significativo da funcionalidade familiar nos restantes domínios, nomeadamente: “Dor” ($p=0,074$), “Funcionamento Social” ($p=0,175$), “Estado Geral de Saúde” ($p=0,192$), “Saúde Mental” ($p=0,436$), “Vitalidade” ($p= 0,632$), “Aspetos Físicos” ($p=0,775$) e “Aspetos Emocionais” ($p=0,930$), conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6

Relação entre índices de FF e Domínios QDV

Domínios Qualidade de Vida (QDV)	Funcionalidade Familiar		<i>p</i> -valor*
	Boa Funcionalidade Familiar n=57	Moderada/Elevada Disfunção Familiar n=13	
Capacidade Funcional	30 (42,9%)	40 (57,1%)	0,032
Aspetos sociais	46 (65,7%)	24 (34,3%)	0,175
Aspetos Emocionais	36 (51,4%)	34 (48,6%)	0,920

Aspetos Físicos	22 (31,4)	48 (68,6)	<i>0,775</i>
Dor	21 (30%)	49 (70%)	<i>0,074</i>
Vitalidade	27 (38,6%)	43 (61,4%)	<i>0,632</i>
Saúde Mental	48 (68,6%)	22 (31,4%)	<i>0,436</i>
Estado Geral de Saúde	48 (68,6%)	22 (31,4%)	<i>0,192</i>
* qui-quadrado			

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo, procedeu-se à avaliação da qualidade de vida (QDV) percebida pelos idosos em situação de fragilidade, utentes do Centro de Referência do Idoso (CRI) da cidade de Campinas, no estado de São Paulo, Brasil. A investigação centrou-se na análise dos fatores que influenciam a perceção da qualidade de vida nesta população, considerando as suas condições sociodemográficas, de saúde e de funcionalidade familiar.

O envelhecimento da população, fenómeno crescente a nível global, impõe novos desafios no âmbito da promoção da saúde e do bem-estar dos idosos. A compreensão da perceção da qualidade de vida neste grupo é, por isso, fundamental para o desenvolvimento de estratégias de intervenção eficazes, que atendam às suas necessidades específicas.

Ao focar-se em idosos frágeis, indivíduos que apresentam maior vulnerabilidade física, emocional e social, este estudo pretende contribuir para a identificação de fatores determinantes na manutenção da qualidade de vida, favorecendo, assim, políticas públicas e práticas de cuidado mais sensíveis e adequadas às particularidades desta faixa etária.

8.1 Relativamente às variáveis sociodemográficas

Na avaliação das variáveis sociodemográficas, este grupo é composto por indivíduos com idades compreendidas entre os 60 e os 82 anos, apresentando uma média de idades de 72 anos e um desvio padrão de $\pm 7,55$ anos. A maioria dos participantes é do sexo feminino (70,5%). Entre os entrevistados, 61,4% declararam ser casados, sendo que 81,4% (57) referiram ter filhos e 77,1% (54) afirmaram residir em habitação própria.

Relativamente ao nível de escolaridade, 95,7% dos inquiridos indicaram possuir mais de cinco anos de estudos formais. Em termos de rendimentos, 68,6% relataram auferir entre dois a três salários mínimos, sendo que a maioria (74%) se encontra reformada. Quanto à situação de coabitação, 72,9% dos idosos vivem acompanhados.

Estudos indicam que as reformas e pensões constituem a principal fonte de rendimento para a maioria da população idosa. Contudo, dado que estes benefícios tendem a situar-se em valores mínimos, cerca de um terço dos brasileiros com 60 ou mais anos necessita de manter outras atividades produtivas para assegurar a sua subsistência (Dedecca et al., 2007; Delgado et al., 2010). Estes estudos referem ainda que os idosos de baixo rendimento revelam níveis de insatisfação mais elevados, sendo que tais condições têm impacto negativo na qualidade de vida (Jóia et al., 2007; Pereira et al., 2011).

8.2 Dados descritivos da funcionalidade familiar

A análise da funcionalidade familiar, através do instrumento Apgar Familiar, permite mensurar o grau de satisfação de um membro da família relativamente ao apoio recebido dos restantes membros, bem como observar a forma como os membros interagem entre si e com terceiros, possibilitando a classificação das famílias em funcionais ou disfuncionais.

Ao analisar a variável funcionalidade familiar entre os idosos utentes do Centro de Referência do Idoso (CRI), verificou-se que a maioria dos participantes pertencia a famílias funcionais (n=57; 81,4%), seguidos de casos de disfunção moderada (n=5; 7,2%) e de disfunção severa (n=8; 11,4%). Com base nos grupos de coorte estabelecidos, observa-se que 81,4% dos idosos apresentam uma funcionalidade familiar adequada, enquanto 18,6% foram classificados como pertencendo a famílias disfuncionais.

Estes resultados corroboram os achados de outros estudos na área. Sardinha et al., (2021) identificaram que, entre os idosos entrevistados, 91,2% consideravam as suas famílias funcionais, sendo que a disfunção familiar foi referida por apenas 8,8%, dos quais 5,4% relataram disfunção moderada e 3,4% disfunção severa. De forma semelhante, Brito et al., (2019) observaram que 51,4% dos idosos pertenciam a famílias altamente funcionais, enquanto 43,2% apresentavam disfunção moderada.

O estudo de Souza Júnior et al., (2022) revelou ainda que idosos que têm filhos, mas não coabitam com eles, apresentaram pontuações estatisticamente superiores na funcionalidade familiar em comparação com aqueles que não têm filhos. Este achado é consistente com os resultados de Campos et al., (2017), que indicam a ausência de filhos como um fator de risco significativo para a disfunção familiar.

8.3 Dados descritos qualidade de vida

Ao avaliar os domínios da Qualidade de Vida (QDV) dos idosos utentes do CRI, através do instrumento SF-36, observou-se que as pontuações totais variaram entre 41,8 e 59,6. A pontuação mais elevada foi registada no domínio “Aspetos Sociais” ($M=59,6\pm 18,1$), seguido do domínio “Saúde Geral” ($M=59,0\pm 19,3$) e “Saúde Mental” ($M=54,0\pm 3,9$). A “Vitalidade” ($M=50,9\pm 12,6$) apresentou também um menor comprometimento relativamente aos demais domínios.

Por outro lado, os domínios “Aspetos Emocionais” ($M=49,0\pm 45,3$), “Dor” ($M=45,8\pm 28,4$), “Capacidade Funcional” ($M=43,3\pm 36,2$) e, por fim, “Aspetos Físicos” ($M=41,8\pm 33,9$) evidenciaram maior comprometimento na qualidade de vida dos idosos avaliados.

Estes resultados encontram respaldo em estudos prévios que identificaram padrões semelhantes nos índices de QDV em idosos. Queirós et al., (2020) observaram resultados próximos relativamente aos domínios do SF-36, registando médias e desvios padrão em “Aspetos Sociais” ($M=73,85\pm 29,83$), “Saúde Mental” ($M=73,00\pm 20,82$) e “Aspetos Emocionais” ($M=67,49\pm 42,88$) como os domínios menos comprometidos, enquanto “Estado Geral de Saúde” ($M=50,33\pm 20,78$), “Capacidade Funcional” ($M=53,87\pm 28,59$) e “Dor” ($M=53,77\pm 29,69$) revelaram maiores níveis de comprometimento.

Um estudo realizado no Brasil, entre 2017 e 2019, em 10 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) 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 (Júnior et al., 2022).

Adicionalmente, um estudo realizado numa Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) em Portugal revelou que os idosos mais velhos apresentavam índices de QDV inferiores, especialmente no domínio físico (Campos et al., 2017).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa orienta que o cuidado a essa população seja pautado em uma abordagem integral, interdisciplinar e multidimensional (SBGG, 2021).

Importa referir que a Política Nacional de Saúde do Idoso orienta que as práticas de cuidados destinadas à população idosa sejam baseadas numa abordagem global, interdisciplinar e multidimensional. Assim, a atenção prestada aos idosos que frequentam o CRI deve considerar a interação entre fatores físicos, emocionais, sociais dentre outros, tendo em vista que o principal objetivo desta política é a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos idosos (Osório et al., 2019; Campos et al., 2017).

8.4 Associação entre as variáveis sociodemográficas e QDV

Ao avaliar a relação entre o índice de Qualidade de Vida (QDV) e as variáveis sociodemográficas dos idosos assistidos pelo CRI, verificou-se a existência de variações estatisticamente significativas. Foram identificadas associações relevantes entre as variáveis idade e rendimento relativamente ao domínio “Aspetos Físicos”, entre a variável posse de casa própria e o domínio “Aspetos Emocionais”, e entre o nível de escolaridade e o domínio “Funcionamento Social”.

Constatou-se também que uma grande parte dos idosos não possuía companheiro, corroborando estudos anteriores que apontam para uma elevada prevalência de viúvos entre a população idosa (Bolina et al., 2021).

A educação emerge como um elemento crucial na promoção da inclusão dos idosos na sociedade. A expectativa é que níveis mais baixos de escolaridade estejam associados a maiores dificuldades no acesso aos direitos fundamentais, o que pode impactar

negativamente a qualidade de vida, conforme evidenciado no estudo de (Marzola et al., 2020).

No âmbito social, investigações conduzidas por Campos et al., (2017) e Santos et al., (2019) reforçam estas conclusões, destacando que a interação familiar desempenha um papel central na manutenção e melhoria da vida social dos idosos.

8.5 Associação domínios QDV e Funcionalidade Familiar

Na análise da relação entre a Funcionalidade Familiar, avaliada pelo Apgar Familiar, e a Qualidade de Vida (QDV), medida pelo questionário SF-36, constatou-se que, no grupo avaliado, 57 idosos apresentaram boa funcionalidade familiar, enquanto 13 evidenciaram disfunção familiar moderada ou severa.

Verificou-se que a funcionalidade familiar exerce um efeito estatisticamente significativo sobre o domínio “Capacidade Funcional” ($p=0,032$). No entanto, não foi observado efeito estatisticamente significativo da funcionalidade familiar nos restantes domínios, nomeadamente: “Dor” ($p=0,074$), “Funcionamento Social” ($p=0,175$), “Estado Geral de Saúde” ($p=0,192$), “Saúde Mental” ($p=0,436$), “Vitalidade” ($p=0,632$), “Aspetos Físicos” ($p=0,775$) e “Aspetos Emocionais” ($p=0,930$).

Estes resultados encontram suporte em diversos estudos internacionais. Tarrillo (2023), ao analisar a relação entre funcionalidade familiar e qualidade de vida de adultos mais velhos num Centro Médico em Piura, Lambayeque (Peru), constatou que, entre os idosos com funcionamento familiar normal (35,5%), a maioria apresentava uma qualidade de vida elevada (21,5%), seguida de uma qualidade de vida moderada (13,0%). Estes dados reforçam a ideia de que a pertença a uma família funcional é determinante para um envelhecimento ativo e saudável.

De forma semelhante, o estudo de Salazar-Barajasa et al., (2019), realizado no México, demonstrou a existência de uma relação significativa entre funcionalidade familiar e qualidade de vida. Neste estudo, 50,0% dos idosos apresentavam disfunção familiar leve, 9,5% moderada, 5,0% severa e 35,5% normal. Relativamente à qualidade de vida, 53,5% evidenciaram um nível moderado, 7,0% um nível baixo e 39,5% um nível elevado. Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre funcionalidade familiar e qualidade de vida ($p=0,000$).

Adicionalmente, Sulastrí (2021), num estudo realizado na Indonésia, recomenda que as famílias ofereçam apoio ideal aos idosos, prestando atenção à adaptabilidade, à promoção de laços afetivos, ao estímulo ao desenvolvimento pessoal e proporcionando oportunidades para que os idosos expressem sentimentos e resolvam problemas, favorecendo assim uma melhor qualidade de vida.

9. CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que, no âmbito do Centro de Referência do Idoso (CRI), a Qualidade de Vida (QDV) dos participantes foi considerada moderada. As melhores pontuações foram observadas nos domínios “Funcionamento Social”, seguidas do “Estado Geral de Saúde”, “Saúde Mental” e “Vitalidade”, demonstrando menor comprometimento na qualidade de vida. Em contrapartida, os domínios “Dor”, “Capacidade Funcional” e “Aspetos Físicos” apresentaram níveis mais elevados de comprometimento.

Relativamente à funcionalidade familiar, verificou-se que a maioria dos idosos apresenta uma elevada funcionalidade, conforme evidenciado pelos resultados do Apgar Familiar.

Na análise da qualidade de vida, realizada através do instrumento Medical Outcomes Short-Form Health Survey – SF-36, e na relação entre a QDV e as variáveis sociodemográficas dos idosos assistidos pelo CRI, observou-se uma diferença estatisticamente significativa na variável posse de casa própria relativamente ao domínio “Aspetos Emocionais” e na variável nível de escolaridade relativamente ao domínio “Funcionamento Social”. Este dado sugere que possuir casa própria constitui um fator positivo para o envelhecimento, uma vez que elimina preocupações financeiras relacionadas com a habitação, promovendo, assim, maior estabilidade e qualidade de vida.

Por outro lado, observou-se que a participação social dos idosos está correlacionada com a idade e o nível de escolaridade: à medida que a idade aumenta, tende a diminuir a participação social, enquanto níveis mais elevados de escolaridade favorecem uma maior integração social e manutenção da autonomia na velhice.

Compreende-se que a qualidade de vida é um conceito subjetivo e pessoal, mas que pode

ser amplamente facilitado através do conhecimento, da consciencialização para a adoção de hábitos de vida saudáveis e de condições socioambientais favoráveis. Quando as necessidades emocionais, sociais, económicas e de saúde da população idosa são adequadamente atendidas, o bem-estar e a satisfação com a vida tornam-se mais evidentes.

Ao analisar a relação entre os domínios de qualidade de vida do SF-36 e a Funcionalidade Familiar avaliada pelo Apgar Familiar, observou-se que a funcionalidade familiar tem um efeito significativo sobre o domínio “Capacidade Funcional”, evidenciando a importância do apoio familiar funcional na velhice.

Conclui-se, portanto, que o acesso dos idosos a serviços especializados, como os proporcionados pelo CRI, é fundamental para a garantia e manutenção da sua saúde e qualidade de vida. Tais serviços promovem a autonomia, o conforto e a segurança dos idosos no contexto social e familiar.

Espera-se que os resultados deste estudo sirvam de base para futuras investigações na área da saúde, contribuindo para a melhoria das condições de vida da população idosa. Acresce referir que estes dados poderão ser úteis para os profissionais dos cuidados de saúde primários, nomeadamente para os enfermeiros de família, na prestação de cuidados mais adequados aos idosos e no apoio às suas famílias, promovendo uma melhor saúde e qualidade de vida.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Embora os resultados obtidos sejam relevantes, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos achados.

Em primeiro lugar, a amostra, composta exclusivamente por idosos utentes de um único Centro de Referência do Idoso (CRI) da cidade de Campinas, pode não ser representativa da população idosa em geral, e dado o tipo de amostragem, não probabilística, inviabiliza a possibilidade de generalização dos resultados para outras realidades socioculturais e geográficas.

Adicionalmente, a abordagem metodológica, essencialmente quantitativa, poderá ter condicionado a recolha e interpretação dos dados, uma vez que métodos quantitativos,

embora úteis para mensurar variáveis objetivas, podem não captar nuances emocionais, subjetivas e contextuais que influenciam a qualidade de vida dos idosos. A possibilidade de viés de resposta também deve ser considerada, visto que os participantes podem ter tendido a fornecer respostas socialmente desejáveis ou pouco precisas relativamente às suas condições de vida e relações familiares.

A limitação temporal do estudo constituiu outro obstáculo relevante, restringindo a realização de uma análise longitudinal que permitisse observar a evolução das variáveis em estudo ao longo do tempo. Tal limitação pode ter impedido a identificação de tendências ou mudanças significativas na qualidade de vida e na funcionalidade familiar.

Outras limitações a considerar incluem a ausência de instrumentos de avaliação psicológica mais aprofundados, que poderiam ter enriquecido a compreensão do impacto emocional e mental na qualidade de vida dos idosos, bem como a ausência de comparação com um grupo controle de idosos não frequentadores de centros de referência, o que teria permitido uma análise mais robusta do impacto das intervenções do CRI.

Assim, recomenda-se que estudos futuros incluam amostras mais amplas e diversificadas, adotem metodologias mistas (quantitativas e qualitativas) e incorporem avaliações longitudinais para assegurar maior profundidade, robustez e aplicabilidade dos resultados obtidos.

CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM

Este estudo contribui significativamente para o aumento do conhecimento em enfermagem, particularmente no domínio da prática dos cuidados prestados pelo enfermeiro de família, ao evidenciar que diversos fatores sociodemográficos, e funcionalidade familiar, influenciam diretamente a qualidade de vida dos idosos.

Os resultados reforçam a importância de uma abordagem holística e centrada na família no planeamento dos cuidados. Neste sentido, os enfermeiros de família devem considerar a família como um elemento fundamental do processo de cuidado, integrando-a de forma ativa na avaliação e intervenção. A identificação precoce de potenciais fatores stressores familiares permitirá a definição de estratégias de intervenção mais eficazes, promovendo a resolução de problemas e o fortalecimento dos

laços familiares.

Compreender a dinâmica familiar e a funcionalidade das relações interpessoais dos idosos possibilita a implementação de ações direcionadas não apenas ao utente, mas também aos seus familiares, promovendo uma rede de apoio sólida que favoreça a manutenção da autonomia, a saúde emocional e o bem-estar geral dos idosos.

Assim, este estudo oferece subsídios relevantes para a prática profissional do enfermeiro de família, incentivando a adoção de práticas baseadas na evidência que valorizem a dimensão familiar como determinante da saúde, e contribuindo, em última instância, para a melhoria da qualidade de vida da população idosa.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, J. M., Duarte, Y. A. de O., Alves, L. C., Andrade, F. C. D., Souza Junior, P. R. de, Lima-Costa, M. F., & Andrade, F. B. de. (2019). Perfil da fragilidade em adultos mais velhos brasileiros: ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 52(Suppl 2), 17s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000616>

Araújo, L. F., Castro, J. L. C., & Santos, J. V. O. (2018). A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 12(2).

Araújo, S. N. M., Santiago, R. F., Barbosa, C. N. S., Figueiredo, M. L. F., Andrade, E. M. L. R., & Nery, I. S. (2017). Tecnologias voltadas para o cuidado ao idoso em serviços de saúde: Uma revisão integrativa. *Enfermaria Global*.

Associação Médica Mundial. (2024). Declaração de Helsínquia: Princípios éticos para as pesquisas médicas em seres humanos. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972>

Azevedo, A. P. B. (2019). *O papel da enfermagem na assistência à saúde da população idosa na atenção básica: Uma revisão de literatura* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Católica do Salvador].

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (Edições 70). São Paulo.

Bolina, A. F., Araújo, M. C., Haas, V. J., & Tavares, D. M. S. (2021). Associação entre arranjo domiciliar e qualidade de vida de idosos da comunidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3401. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4051.3401>

Brito, L. R., Lopes, A. O. S., Oliveira, A. S. de, Reis, L. A. dos, & Oinhos, J. P. Q. (2019). Grau de dependência e funcionalidade familiar do idoso. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(1), 447–461. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i1p447-461>

Camargo, B. V., Aguiar, A., & Bousfield, A. B. S. (2018). Representações sociais do envelhecimento e rejuvenescimento. *Ciência e Profissão*, 38(3), 494–506. <https://doi.org/10.1590/1982-37030004492017>

Campos, A. C. V., Rezende, G. P., Ferreira, E. F., Vargas, A. M. D., & Gonçalves, L. H. T. (2017). Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(4), 358–367. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700053>

Câmara, R. H. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 179–191.

Cardona, A. D., Segura, C. Á., & Muñoz, R. D. I. (2019). La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(1), 97–111. <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/3593>

Ciconelli, R. M. (1997). *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 de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo]. <https://repositorio.unifesp.br/items/87e43d91-71e9-45d0-a33c-168ef257a32d>

Couto, A. M., Caldas, C. P., & Castro, E. A. B. (2019). Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional. *Revista Fun Care Online*, 11(4), 944–950. <https://pesquisa.bvsalud.org/riipsa/resource/pt/biblio-1005772>

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.

Dardengo, C. F. R., & Mafra, S. C. T. (2018). Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: Contradição ou adaptação? *Revista de Ciências Humanas*, 8(2).

Dedecca, C. S., Ballini, R., & Maia, A. G. (2007). Rendimentos previdenciários e distribuição de renda. In E. Fagnani & M. Pochmann (Orgs.), *Debates contemporâneos: Economia social e trabalho* (pp. 172–179). São Paulo: LTr.

Delgado, E. I., & Lima, A. P. (2010). A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. *Ulbra e Movimento (REFUM)*, 1, 76–91.

De Queiroz, A. L. C., et al. (2020). Análise da qualidade de vida de idosos portadores de diabetes mellitus atendidos na atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(5), 12719–12735. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/16832>

Diário Oficial da União (2006). *Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006: Política Nacional de Saúde do Idoso*. Brasil.

Diário da República. (2024). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024: Aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00900/0003100078.pdf>

Duarte, Y. A. O. (2001). *Família: rede de suporte ou fator estressor: A ótica de idosos e cuidadores familiares* [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].

Duarte, Y. A. O., & Domingues, M. A. R. C. (2020). *Rede de suporte social e envelhecimento: Instrumento de avaliação*. São Paulo: Blucher. <https://openaccess.blucher.com.br/article-list/9788580394344-452/list#undefined>

Esteves, M., Vendramini, S. H. F., Santos, M. L. S. G., Brandão, V. Z., Soler, Z. A. S. G., & Lourenção, L. G. (2017). Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. *Medicina*, 50(1), 18–28.

Faria, M. C., Ramalho, J. P., Nunes, A. C., & Fernandes, A. I. (2020). *Visões sobre o envelhecimento*. Editorial IP Beja. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5193>

Fárias-Antúnez, S., Lima, N. P., Bierhals, I. O., Gomes, A. P., Vieira, L. S., & Tomasi, E. (2018). Disability related to basic and instrumental activities of daily living: A population-based study with elderly in Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(2), e2017290. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200005>

Feldner, C. B., Cussolim, F. D., Martins, L. C. N. M., Felicidade, P. J., & Camargo, F. C. (2018). A prática da abordagem familiar em contexto de cuidados primários: Estudo de caso comparado. *Cultura de los Cuidados*, 52, 142–152. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/85354/1/CultCuid_52-142152.pdf

Fernandes, C. S., Magalhães, B., Silva, S., & Edra, B. (2020). Perception of family functionality during social confinement by Coronavirus Disease 2019. *Journal of Nursing and Health*, 10(4), 20104034.

Ferreira, C. R., Isaac, L., & Ximenes, V. S. (2018). Cuidar de idosos: um assunto de mulher? *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(1), 108–125.

Ferreira, Y. C. F., Santos, L. F., de Brito, T. R. P., Rezende, F. A. C., Silva Neto, L. S., Osório, N. B., & Nunes, D. P. (2019). Funcionalidade familiar e sua relação com fatores biopsicossociais. *Revista Humanidades e Inovação*, 6(11). <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1582>

Figueiredo, M. H. J. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.

Figueiredo Neto, E. M. de, & Corrente, J. E. (2018). Qualidade de vida dos idosos de Manaus segundo a escala de Flanagan. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(4), 495–502.

Figueiredo, M. H. J. (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.

Fonseca, A. G., de Lima Godas, A. G., de Almeida Carvalho, G. B., Caldeira, J. V. C., Cândido, M. T., & Moreira, A. S. (2022). Perspectivas psicossociais da “Síndrome do Ninho Vazio”: Uma revisão integrativa. *Archives of Health Investigation*, 11(1), 29–37.

Formicoli Filho, I., Batalini, M. G., Luz, K. C. S. I., Freiberger, M. F., Nogueira, I. S., & Labegalini, C. M. G. (2020). O processo de envelhecer na perspectiva de idosos usuários de um centro-dia. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(3), 53–69.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.

Giacomin, K. C., Duarte, Y. A. O., Camarano, A. A., Nunes, D. P., & Fernandes, D. (2018). Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 52(Supl. 2), 1s–6s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000612>

ILO. (2014). *Social protection for older persons: Key policy trends and statistics* (Social

Protection Policy Paper No. 11). International Labour Office. <https://brasil.un.org/pt-br/67772>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2016). *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira* (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 36). Rio de Janeiro: IBGE.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2019a). *Censo 2020. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade*. <https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicamcaminhos-para-uma-melhor-idade.html>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2019b). *Longevidade, viver bem e cada vez mais. Retratos: A revista do IBGE*, 16.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2022). *Censo Demográfico: População por idade e sexo, resultados do universo*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>

Jager, J., Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2017). II. More Than Just Convenient: The Scientific Merits Of Homogeneous Convenience Samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 82(2), 13–30. <https://doi.org/10.1111/mono.12296>

Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Life satisfaction among elderly population in the city of Botucatu, Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 41, 131–138.

Júnior, G. S., Okuno, M. F. P., Brech, G. C., Alonso, A. C., & Belasco, A. G. S. (2023). Fatores associados à qualidade de vida da pessoa idosa em instituições de longa permanência públicas. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 12, e 50. <https://doi.org/10.5902/2179769269062> (Original work published 17 de novembro de 2022)

Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. (Estatuto do Idoso). Brasil. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm

Lima-Costa, M. F., Peixoto, S. V., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., & Mambrin, J. V. M. C. (2017). Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). *Revista de Saúde Pública*, 51(Supl.), 1s–6s.

Lorenzo-Díaz, J. C., & Vitón-Castillo, A. A. (2020). Calidad de vida asociada a la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 42(3), 1960–1963. <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3415>

Marzola, T. S., et al. (2020). A importância do funcionamento das famílias no cuidado ao idoso: Fatores associados. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 8(1), 78–86. <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i1.4440>

Minayo, M. C. S., & Firmo, J. O. A. (2019). Longevidade: Bônus ou ônus? *Ciência &*

Saúde Coletiva, 24(1), 4–4. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.31212018>

Ministério da Saúde (2006). *Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Departamento de Atenção Básica. Brasil.

Ministério da Saúde (2007). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasil

Ministério da Saúde (2013). *Estatuto do Idoso*. 3. ed., 2. reimpr. Brasília: Brasil. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf

Ministério da Saúde. (2018a). *Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*. Ministério da Saúde .Brasil.

Ministério da Saúde (2018b). *Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa: Caminho para o envelhecimento ativo, saudável, cidadão e sustentável*. Brasil. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pessoa_Idosa/Documento_Tecnico_Brasil_Amigo_Pessoa_Idosa.pdf

Ministério da Saúde (2018c). *e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) – Versão 3.0*. Brasil.

Ministério da Saúde (2020). *Saúde da Pessoa Idosa*. Brasil. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-idosa>

Ministério da Saúde (2023). *Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa*. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasil. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf

Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Mota, M., Caramelo, A., & Carvalho, A. (2024). Percepção do idoso sobre a funcionalidade familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 7(1), 1–11. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i1.305>

Néné, M., & Sequeira, C. A. C. (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e prática*. Lisboa: Lidel Edições.

Nunes, D. P., Brito, T. R. P., Corona, L. P., Alexandre, T. S., & Duarte, Y. A. O. (2018). Elderly and caregiver demand: Proposal for a care need classification. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl. 2), 844–850. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0123>

Oliveira, L. M., Silva, S. M., Lima, E. F. A., Gomes, M. G. C., & Olympio, P. C. A. P. (2018). The life hope of elderly: Profile assessment and Herth Scale. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(1), 167–172. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.167-172>

Organização das Nações Unidas [ONU]. (2019a). *Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Organização das Nações Unidas [ONU]. (2019b). *Perspectivas da população mundial 2019*:

Destaques. <https://www.un.org/development/desa/publications/worldpopulationprospects-2019-highlights.html>

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-Envelhecimento-2015-port.pdf>

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2021). *Década de envelhecimento saudável: Relatório de base (Resumo)*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338677>

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2018). *Folha informativa – Envelhecimento e saúde*. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2019). *Número de pessoas idosas com necessidade de cuidados prolongados triplicará até 2050, alerta OPAS*. <https://www.paho.org/pt/noticias/1-10-2019-numero-pessoas-idosas-com-necessidade-cuidados-prolongados-triplicara-ate-2050>

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2020). *Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030)*. <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2021). *Atenção integrada para as pessoas idosas (ICOPE): Diretrizes de intervenções comunitárias para o manejo dos declínios na capacidade intrínseca*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53357>

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Pereira, K. C. R., Alvarez, A. M., & Traebert, J. L. (2011). Contribution of socio-demographic conditions for the perception of quality of life in the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14, 85–95.

Pimenta, F. B., Pinho, L., Silveira, M. F., & Botelho, A. C. de C. (2015). Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2489–2498. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11742014>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Porta, M. (Ed.). (2014). *A dictionary of epidemiology* (6th ed.). Oxford University Press.

Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das competências comuns de*

enfermeiros especialistas. Diário da República, 2.^a série, 6 de fevereiro de 2019.

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Salazar-Barajas, M. E., Garza-Sarmiento, E. G., García Rodríguez, S. N., Juárez-Vázquez, P. Y., Herrera-Herrera, J. L., & Durán-Badillo, T. (2019). Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermagem Universitária*, 16(4), 362–373. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615>

Sant’Helena, D. P., Silva, P. C., & Gonçalves, A. K. (2020). Capacidade funcional e atividades da vida diária no envelhecimento. In E. C. Sampaio (Org.), *Envelhecimento humano: Desafios contemporâneos* (Vol. 1). Editora Científica Digital.

Santos, A. L., Cecílio, H. P. M., Teston, E. F., & Marcon, S. S. (2012). Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(4), 879–886. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400019>

Santos, F. D. R. P., Feitosa, E. M., Brito, L. B., Sousa, P. S., & Sabino, T. S. (2019). Análise do tempo de prática de exercício físico na qualidade de vida da pessoa idosa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 88(26). <https://doi.org/10.31011/raid-2019-v.88-n.26-art.37>

Santos, M. N. J., Rodrigues, C. B., & Barbosa, C. A. (2008). Implantação de um serviço de atendimento interdisciplinar e integração da rede de atenção ao idoso do município de Campinas. <https://saude.campinas.sp.gov.br/biblioteca>

Santos, A. S., Santos, V. A., Albino, A., Silveira, R. E., & Nardelli, G. G. (2019). Sobre a psicanálise e o envelhecimento: Focalizando a produção científica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35423. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e35423>

Sardinha, A. H. L., Sousa, L. G., Sousa, S. M. F., & Almeida, J. S. (2021). Caracterização da funcionalidade familiar de idosos na Saúde da Família: Um estudo transversal. *Revista APS*, 24(3), 477–492.

Silva, D. M., Vilela, A. B. A., Souza, A. S., Alves, M. R., Silva, D. M., & Souza, T. O. (2013). Avaliação da funcionalidade familiar de idosos. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 7(9), 5550–5556. <https://doi.org/10.5205/reuol.3529-29105-1-SM.0709201324>

Silva, M. J., Victor, J. F., Mota, F. R. N., Soares, E. S., Leite, B. M. B., & Oliveira, E. T. (2014). Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. *Escola Anna Nery*, 18(3), 527–532.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Atenção integral à saúde da pessoa idosa: o papel da equipe multidisciplinar. RSPRESS; maio 28, 2021. Visited 16/09/25. Disponível em: <https://sbgg.org.br/atencao-integral-a-saude-da-pessoa-idosa-o-papel-da-equipe-multidisciplinar/>

Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239.

Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *The Journal of Family Practice*, 15(2), 303–311. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7097168/>

Sousa, F. J. D., Oliveira, C. R., Pinto, A. M., Rodrigues, V., Gonçalves, L. H. T., & Gamba, M. A. (2021). Qualidade de vida de idosos brasileiros e portugueses: Uma análise comparativa. *Revista Cuidarte*, 12(1), e1230. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1230>

Sousa, S. (2021). A importância do cuidador familiar na prestação de cuidados à pessoa idosa: Função do enfermeiro. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23664/ago-2021.pdf>

Stamm, B., et al. (2017). Cognição e capacidade funcional de idosos que residem sós e com familiares. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(2), e17407. <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17407>

Sulastri, D. S. K. (2021). The relationship between family function and quality of life in the elderly in Bagelen Village. *Journal of Vocational Nursing*, 2, 39–43.

Tarrillo, M. M. (2024). *Relación entre Funcionalidad Familiar y Calidad de Vida del Adulto Mayor del Centro Médico Castilla – Essalud – Piura de Lambayeque* [Tese de Especialização, Peru].

Teston, E. F., Silva, A. C. P., & Marcon, S. S. (2017). Percepção de pacientes oncogeriátricos sobre a funcionalidade familiar. *Revista Mineira de Enfermagem*, 21, e-103. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-908000>

Varela, F. R. A., Ciconelli, R. M., Gonçalves, A., & Soarez, P. C. (2015). Quality of life evaluation of frail elderly in Campinas, São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 61(5), 423–430.

Vera, I. (2013). *Avaliação da funcionalidade familiar por idosos* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de Goiás].

Vilelas, J. (2020). *O processo de construção do conhecimento* (3.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>

Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1994). *SF-36 Physical and Mental Component Summary Measures: A user's manual*. Boston: The Health Institute.

WHO. (2012). *World Health Day*. World Health Organization. <http://www.who.int/world-health-day/2012/en/>

WHO. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338677>

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409.

World Medical Association. (2008). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

APÊNDICES

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: “Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida do Idoso Frágil atendidos no Centro de Referência à Saúde do Idoso de Campinas, SP”

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida do Idoso Frágil atendidos no Centro de Referência à Saúde do Idoso de Campinas, SP” que está sendo desenvolvida pelo pesquisador Paulo Donizetti Palma, sob orientação do Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás (professor no Instituto Politécnico de Bragança - Portugal) e da Professora Doutora Fernanda Moura Lanza (professora na Universidade Federal de São João del-Rei). Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade de vida do idoso frágil segundo variáveis sociodemográficas e de funcionalidade familiar.

Participação no estudo: a sua participação na pesquisa é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e não há compensação financeira relacionada à sua participação. Você responderá a três questionários que contêm perguntas sobre a sua caracterização social e demográfica, a funcionalidade familiar e a qualidade de vida. O tempo aproximado para responder os três questionários é de 15 a 20 minutos. Você possui plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir com sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução desta pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas por você. Qualquer dado que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro em posse do pesquisador responsável durante o período de cinco anos. Você tem a garantia de que todos os dados obtidos a seu respeito só serão utilizados para fins de pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito pelos contatos explicitados neste Termo.

Riscos: os pesquisadores, cientes do comprometimento com o respeito devido à dignidade humana que as pesquisas exigem, assumem a possibilidade de ocorrência de possíveis riscos aos participantes. A pesquisa implica em riscos mínimos, havendo a possibilidade de cansaço durante a entrevista para coleta de dados e quebra de sigilo. Para diminuir tais riscos, os

pesquisadores adotarão as seguintes condutas: criação de um código numérico para sua identificação, armazenamento sigiloso das informações coletadas, possibilidade de recusa em responder a qualquer pergunta do questionário caso você queira ou não se sinta à vontade, além da suspensão da entrevista de coleta de dados caso for percebida ansiedade excessiva ou outra intercorrência. Apesar dos riscos serem mínimos, caso ocorra qualquer dano ou efeito moral, comprovadamente relacionado à pesquisa, os pesquisadores assumem a responsabilidade pelo ressarcimento justo firmado em juízo. Além disso, o consentimento poderá ser retirado em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo na sua relação com a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores.

Benefícios: os benefícios da pesquisa consistem em analisar a influência das variáveis sociodemográficas e de contexto familiar com a variabilidade na qualidade de vida dos idosos, visando um melhor acompanhamento e planejamento das ações de promoção da saúde e da qualidade de vida dos or favor, sinta-se à vontade para fazer qualquer pergunta sobre este estudo ou sobre seus direitos como participante do estudo. Se outras perguntas surgirem mais tarde, você poderá entrar em contato diretamente com o pesquisador Paulo Donizetti Palma, no endereço residencial na rua Ferreira Penteado, nº 58, bairro Centro, Campinas- SP, CEP 55608-220, Telefone (19) 999458533 email papalma60@gmail.com. Os contatos dos professores orientadores são: Manuel Alberto Morais Brás, Telefone: (+351) 913504398, e-mail: mambras@gmail.com e Fernanda Moura Lanza Telefone: (31) 987952588, e-mail: fernandalanza@ufsj.edu.br. Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo, você deve entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João del-Rei da UFSJ/CCO, órgão responsável por defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, o que contribui para o desenvolvimento de pesquisas dentro de padrões éticos, pelo telefone (37) 3690-4491 ou por e-mail cepco@ufsj.edu.br

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. As duas vias do TCLE deverão ser assinadas e rubricadas em todas as páginas conforme a resolução que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Você receberá uma cópia do TCLE por e-mail, assinada pelo pesquisador responsável, onde constará o telefone e endereço da responsável pela pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João del-Rei da UFSJ/CCO. Você terá acesso ao seu registro de consentimento sempre que for solicitado.

Tendo sido orientado quanto ao teor de tudo aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo da pesquisa, manifesto meu livre consentimento em participar, estando ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Declarando estar

ciente dos objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, concordando em participar.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Paulo Donizetti Palma

Rua Ferreira Penteado, 58, bairro Centro, Campinas, SP. CEP 55608-220. Telefone (19) 99945-8533. *e-mail*: papalma60@gmail.com.

Dra. Fernanda Moura Lanza

Av. Sebastião Gonçalves Coelho, 400, sala 302.1, bloco D. Bairro Chamador, Divinópolis, MG. CEP 35501-296. Telefone: (31) 98795-2588. *e-mail*: fernandalanza@ufs.br

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro-Oeste Dona Lindu da UFSJ (CEPES/CCO): Av. Sebastião Gonçalves Coelho, 400 Sala 101, Bloco B, Prédio da Biblioteca. Bairro Chamador, Divinópolis, MG. CEP 35501-296. Telefone: (37)3690-4491. *e-mail*: cepco@ufs.br.

Anexos

Anexo 1

Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Avenida Milton Christine, 1848 - Bairro Parque Alto Taquaral - CEP 13087-090 - Campinas - SP - www.campinas.sp.gov.br

PMC/PMC-SMS-GAB/PMC-SMS-DEPS/PMC-SMS-DEPS-CDA

AUTORIZAÇÃO

Campinas, 01 de julho de 2024.

Autorizo o desenvolvimento da pesquisa de Mestrado intitulada “**Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida do Idoso Frágil atendido no Centro de Referência à Saúde do Idoso de Campinas, SP**”, apresentada pelo pós-graduando PAULO DONIZETTI PALMA, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), sob orientação Prof. Dr. Manuel Alberto Morais Brás (IPB) e coorientação da Profa, Dra. Fernanda Moura Lanza da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).

A pesquisa tem por objetivo avaliar a qualidade de vida do idoso frágil segundo variáveis sociodemográficas e de funcionalidade familiar. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico a ser realizado no Centro de Referência à Saúde do Idoso (CRI) do município de Campinas, São Paulo. Serão convidados a participarem do estudo todos os idosos que estiverem em acompanhamento multiprofissional no CRI, no período de coleta de dados (previsto para o período de 01 a 30 de agosto de 2024), independente do tempo de acompanhamento no serviço.

Do ponto de vista ético, o projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei. Assim, o pesquisador se compromete a desenvolver a pesquisa segundo as diretrizes e normas regulamentadoras propostas na Resolução do CNS/CONEP N° 466/2012. A coleta de dados deverá se iniciar após a aprovação no protocolo de pesquisa no Comitê de Ética. Declaro estar ciente que o projeto de pesquisa e a proposta de TCLE foi adequadamente apresentado pelo pesquisador acima referido ao Departamento de Ensino, Pesquisa e Saúde Digital (DEPS) desta Secretaria.

Documento assinado eletronicamente por **MARIANA SIMÕES FERREIRA, Coordenador(a) Departamental**, em 01/07/2024, às 12:38, conforme art. 10 do Decreto 18.702 de 13 de abril de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **MARCELLE REGINA SILVA BENETTI, Diretor(a) Departamental**, em 02/07/2024, às 15:21, conforme art. 10 do Decreto 18.702 de 13 de abril de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **LAIR ZAMBON, Secretario(a) Municipal**, em 02/07/2024, às 17:49, conforme art. 10 do Decreto 18.702 de 13 de abril de 2015.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.campinas.sp.gov.br/verifica> informando o código



verificador **11534319** e o código CRC **ACB53C81**.

PMC.2024.00076763-80

Anexo 2 Autorização pela comissão de ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO Comitê de Ética

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida do Idoso Frágil atendidos no Centro de Referência à Saúde do Idoso de Campinas, SP

Pesquisador: Fernanda Moura Lanza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82013624.4.0000.5545

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.042.012

Apresentação do Projeto:

Tipo de estudo

Trata-se de uma Metodologia Quantitativa, estudo observacional, descritivo-correlacional e transversal.

Cenário de estudo:

O estudo será realizado no Centro de Referência à Saúde do Idoso (CRI) do município de Campinas, estado de São Paulo.

Recrutamento:

O recrutamento da população elegível para o estudo será realizado pelo pesquisador principal de forma individual, em uma sala reservada, momento no qual utilizar-se-á de uma linguagem clara e acessível para apresentar a pesquisa, os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do presente estudo e sanar as dúvidas que poderão ocorrer nesse momento de recrutamento. Será concedido tempo adequado para o convidado refletir sobre o seu consentimento. Mediante a concordância em participar da pesquisa, o pesquisador principal procederá a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as duas vias serão assinadas pelo participante e pelo pesquisador. O participante não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação no estudo.

Critérios de inclusão e exclusão: Serão convidados a participarem do estudo todos os idosos que estiverem em acompanhamento multiprofissional no Centro de Referência do Idoso (CRI) do município de Campinas (SP) no período de coleta de dados, independente do tempo de acompanhamento no serviço.

Serão excluídas as pessoas com idade menor do que 60 anos, com dificuldade de verbalização e aquelas que recusarem participar do estudo.

Será amostragem de conveniência.

Estratégias de coleta de dados:

A coleta de dados ocorrerá mediante entrevista individual que será conduzida pelo pesquisador principal em uma sala reservada para preservar a identidade do participante. Durante a entrevista serão preenchidos os seguintes instrumentos: caracterização sociodemográfica, escala Apgar e o questionário SF-36. Os instrumentos serão identificados por código numérico como medida de proteção à confidencialidade das informações.

Análise dos dados:

Os dados coletados serão tratados e posteriormente analisados no software Statistical Package for the Social Sciences v.21 for Windows. Para a análise dos dados quantitativos será utilizada a estatística descritiva: Frequências absolutas (n) e relativas (%); Medidas de tendência central: média aritmética (\bar{x}), mediana e moda (M_o); Medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão. Para a estatística analítica, primeiramente será avaliado o teste da normalidade de distribuição da amostra (Teste de Shapiro-Wilk) e a seguir serão aplicados testes de acordo com a natureza das variáveis. Será adotado um nível de significância de 5%.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida do idoso frágil segundo variáveis sociodemográficas e funcionalidade familiar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS E MEDIDAS DE MINIMIZAÇÃO

A pesquisa implica em riscos mínimos, havendo a possibilidade de cansaço durante a entrevista para coleta de dados e quebra de sigilo. Para minimizar tais riscos, serão adotadas as seguintes condutas: criação de um código numérico para sua identificação, armazenamento sigiloso das informações coletadas, possibilidade de recusa em responder a qualquer pergunta do questionário caso não o participante queira ou não se sinta à vontade, além da suspensão da entrevista de coleta de dados caso for percebida ansiedade excessiva ou outra intercorrência. Apesar dos riscos serem mínimos, caso ocorra qualquer dano ou efeito moral, comprovadamente relacionado à pesquisa, os pesquisadores assumem a responsabilidade pela indenização justa

firmada em juízo. Além disso, os pesquisadores garantem ressarcimento da eventual despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes. Além disso, o consentimento poderá ser retirado em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo na sua relação com a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores. Os instrumentos coletados serão manipulados apenas pela equipe de pesquisadores para a elaboração do banco de dados no software SPSS® e, após a digitação dos dados, permanecerão em posse do pesquisador responsável durante o período de cinco anos.

Os benefícios da pesquisa consistem em analisar a influência das variáveis sociodemográficas e de contexto familiar com a variabilidade na qualidade de vida dos idosos. Visando um melhor acompanhamento e planejamento das ações de promoção da saúde e da qualidade de vida dos idosos e seus familiares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional, unicêntrico, transversal, descritivo e analítico, caráter acadêmico realizado para obtenção de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar do Instituto Politécnico de Bragança sob a orientação do Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás (IPB) e coorientação da Professora Doutora Fernanda Moura Lanza (UFSJ). País de coleta de dados: Brasil. Países participantes: Brasil e Portugal. Números de participantes incluídos no Brasil: 400. Previsão de início e encerramento do estudo: 01/10/2024 a 29/11/2024.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Check list - adequado
- Folha de rosto devidamente carimbada e assinada
- Carta de autorização do Centro de Referência em Saúde do Idoso de Campinas, emitida em 28 de junho de 2024, devidamente assinada e carimbada pelo responsável pelo setor Declaração de infraestrutura do Centro de Referência em Saúde do Idoso de Campinas, emitida em 17 de julho de 2024, devidamente assinada e carimbada pelo responsável pelo setor
- Carta de autorização da Prefeitura Municipal de Campinas, emitida em 02 de julho de 2024, devidamente assinada e carimbada pelo Secretário Municipal
- Termo do consentimento livre e esclarecido - adequado
- Projeto básico - adequado
- Projeto Brochura - adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê compreende a relevância do trabalho bem como seu impacto científico e social e aprova este projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo - relatório para que sejam devidamente apreciadas no Cep, conforme norma operacional CNS n001/2013, item XI.2.d

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoBrochura.pdf	22/07/2024 11:07:49	Fernanda Moura Lanza	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	22/07/2024	Fernanda Moura	Aceito
Outros	Checklist_assinado.pdf	22/07/2024	Fernanda Moura	Aceito
Declaração de Instituição e	Declaracao_Infraestrutura.pdf	22/07/2024 11:06:10	Fernanda Moura Lanza	Aceito
Declaração de Instituição e	Anuencia_PMCampinas.pdf	22/07/2024 11:05:46	Fernanda Moura Lanza	Aceito
Declaração de Instituição e	Anuencia_CRICampinas.pdf	22/07/2024 11:05:34	Fernanda Moura Lanza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	22/07/2024 11:04:17	Fernanda Moura Lanza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIVINOPOLIS, 29 de Agosto de 2024

Assinado por:
Elaine Cristina Dias Franco
(Coordenador(a))

Anexo 3 Questionário de Coleta de Dados Sociodemográficos

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

INSTRUÇÕES: Leia cada uma das perguntas ao (à) entrevistado (a) e faça um círculo ou coloque um x no número de identificação do (a) respondente, assim como preencha as questões abertas.

Data de realização da entrevista

/ / 2024 Local da entrevista:

Campinas- São Paulo

I – INFORMAÇÕES GERAIS

1. Sexo – Masculino () Feminino ()

2. Quantos anos o Sr(a). tem? 1. __Anos

3. Qual é a sua escolaridade?

1. Sem escolaridade ()

2. Ensino fundamental completo ()

3. Ensino fundamental incompleto ()

4. Ensino médio completo (científico, técnico ou equivalente) ()

5. Ensino médio incompleto (científico, técnico ou equivalente) ()

6. Curso superior completo ()

7. Curso superior incompleto ()

4. Atualmente qual é o seu estado civil?

1. Solteiro () Casado ()

2. Morando junto ()

3. Viúvo () Divorciado/separado ()

4. O Sr. tem filhos? 1. Sim () Quantos? Não ()

5. Mora em residência: própria () Alugada ()

6. Qual é a sua situação atual de trabalho?

Empregado () Trabalha por conta própria () Desempregado () Aposentado, mas continua trabalhando () Aposentado e deixou de trabalhar () Aposentado (licença ou auxílio-doença) () Atividade não remunerada () outra: (especifique)

7. Quantas pessoas, incluindo o Sr., vivem com esse rendimento familiar? Número de pessoas ()

8. Qual é a renda bruta familiar? Valor: R\$ _____

Anexo 4

Versão Brasileira da Escala de Coleta de Dados do APGAR Familiar

APGAR DA FAMÍLIA

Itens	Sempre	Algumas vezes	Nunca
1) Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	2	1	0
2) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	2	1	0
3) Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	2	1	0
4) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	2	1	0
5) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	2	1	0
Subtotal:			
Total			

INTERPRETAÇÃO DO ESCORE TOTAL	
07 a 10	Boa funcionalidade familiar
5 a 6	Moderada disfunção familiar
0 a 4	Elevada disfunção familiar

Anexo 5

Versão Brasileira do Short-Form Health Survey - SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

1. Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

1. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	sim, difícil a muito	m, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

1. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

1. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

1. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

1. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

1. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

1. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?						

	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

1. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

1. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamos-nos uns aos outros quando temos dificuldade					
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião					
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família					
4. Cada um, de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares					
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala					
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina					
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto					
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas					
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho					
10. As responsabilidades da nossa casa são repartidas pelos vários elementos da família.					
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família					
12. É difícil saber quais as normas que regulam a nossa família.					

	Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas Vezes	Quase sempre
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros					
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece					
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta					
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros					
18. Na nossa família somos justos quanto á disciplina					
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoa que não da família do que a elementos da família.					
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22. Na nossa família todos partilham responsabilidades.					
23. Gostamos de passar tempos livres uns com os outros.					
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.					
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências					
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30. Temos interesse e passamos tempos em comuns com os outros					