



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



LAILA LORENA NOGUEIRA BATISTA DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO DE BAIXA AFETIVIDADE NAS
RELAÇÕES FAMILIARES DE IDOSOS**

Salvador
2019



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



LAILA LORENA NOGUEIRA BATISTA DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO DE BAIXA AFETIVIDADE NAS
RELAÇÕES FAMILIARES DE IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Transições Desenvolvimentais e Processos Educacionais

Orientadora: Prof. Dra. Dóris Firmino Rabelo

Salvador

2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Nogueira Batista da Silva, Laila Lorena
FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO DE BAIXA AFETIVIDADE
NAS RELAÇÕES FAMILIARES DE IDOSOS / Laila Lorena
Nogueira Batista da Silva. -- Salvador, 2019.
91 f.

Orientadora: Dóris Firmino Rabelo.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós graduação em
Psicologia) -- Universidade Federal da Bahia, São
Lázaro, 2019.

1. Relações familiares. 2. Saúde do idoso. 3.
Capacidade funcional. 4. Seletividade Socioemocional.
I. Firmino Rabelo, Dóris. II. Título.



TERMO DE APROVAÇÃO

“FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO DE BAIXA AFETIVIDADE NAS RELAÇÕES FAMILIARES DE IDOSOS”

Laila Lorena Nogueira Batista da Silva

BANCA EXAMINADORA:

Dóris Firmino Rabelo

Prof.^a Dr.^a Dóris Firmino Rabelo (Orientadora)

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

Ludgleydson Fernandes de Araújo

Prof. Dr. Ludgleydson Fernandes De Araújo

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Luciana Dutra-Thomé

Prof.^a Dr.^a Luciana Dutra-Thomé

Universidade Federal da Bahia – UFBA

Salvador, 26 de abril de 2019.

**FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO DE BAIXA AFETIVIDADE NAS
RELAÇÕES FAMILIARES DE IDOSOS**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Luciana Dutra Thomé
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof.^a Dra. Dóris Firmino Rabelo
Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB)

Prof.^a Dr. Ludgleydson Fernandes de Araújo
Depto de Psicologia Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr)

AGRADECIMENTOS

A produção de um trabalho como este nunca é fruto de uma só pessoa e nesse processo muitos estão comigo. O meu interesse pelo envelhecimento é algo antigo, talvez pelo apego que tenho a minha avó Cenilda, mas jamais havia pensando na possibilidade de também trabalhar com isso. Durante a formação em Psicologia, fui arrebatada pela temática e, aqui, entra a primeira pessoa a quem preciso agradecer, a minha orientadora Dóris Firmino. Tenho uma imensa gratidão por todas as oportunidades, projetos e trabalhos, principalmente por este, algo que estava além da minha imaginação. Obrigada por me incentivar e apoiar com a paciência e a objetividade necessária. É muito bom poder compartilhar conquistas, principalmente com quem nos ajudou nas dificuldades e a gratidão é um dos sentimentos mais bonitos para mim. O mestrado significou mudar de cidade mais uma vez e Salvador me apresentou presentes, pessoas que fizeram meu caminho mais leve, mais feliz. Preciso agradecer a Rafael Silva, o meu companheiro de todas as horas, e a sua família que me acolheu em dias bons e ruins. Posso dizer que encontrei uma nova família e um novo porto onde ancorar é seguro. Ainda nesse processo, agradeço aos meus pais, pelo incentivo e por acreditarem nos meus sonhos como se fossem seus, por todo amor e compreensão de sempre. À minha irmã Laura, pela paciência e incentivo, por ser tantas vezes o meu riso nesse processo estressante de escrita. Agradeço aos docentes do PosPsi/UFBA que tive a oportunidade de conhecer e trocar experiências fundamentais para meu crescimento pessoal e profissional, assim como os colegas com quem pude dividir angústias e bons momentos. Agradeço também a docente Luciana Dutra, que me recebeu como estagiária docente de uma forma aberta, me dando espaço e fala para a troca de conhecimento, sou muito grata por essa experiência. Agradeço ainda as minhas amigas, que foram suporte e apoio em muitos momentos, principalmente os mais difíceis, estando longe ou perto fisicamente. Essa, com certeza, não foi uma experiência fácil. Apesar do tema ser algo motivador para mim, o processo de escrita não foi sem sofrimento e eu precisei de todo o suporte possível e disponível. Gratidão a toda minha família que mesmo de longe me apoiava, aos amigos que em uma conversa me animavam, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para este trabalho. Obrigada!

RESUMO

O objetivo foi investigar se há associação entre a percepção de baixa afetividade nos relacionamentos familiares de idosos com a faixa etária, o sexo e as condições de saúde física e psicológica. Participaram 134 idosos na cidade de Santo Antônio de Jesus, no interior do Estado da Bahia, e os dados foram coletados no domicílio, utilizando-se os instrumentos: Questionário de Informações sociodemográficas; Questionário de doenças e de sinais e sintomas autorrelatados; Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária; Desempenho de atividades instrumentais de vida diária; Escala de Depressão Geriátrica; Inventário de Ansiedade de Beck e Familiograma. A análise estatística foi feita com o IBM SPSS Statistics, utilizando os teste qui-quadrado ou o teste de Exato de Fisher para comparar as variáveis categóricas e a análise de regressão logística univariada e multivariada, com critério Stepwise de seleção de variáveis ($p < 0,05$). Os resultados mostraram maior frequência de idosos mais jovens, com idade entre 60 a 74 anos ($p = 0,003$) e de idosos com dependência nas atividades básicas com percepção de baixa afetividade ($p = 0,045$). Os idosos com maior risco de relatarem baixa afetividade foram: os mais jovens (risco 14.0 vezes maior nos idosos de 60 a 74 anos) e os com dependência em atividades instrumentais de vida diária (risco 4.3 vezes maior). Este estudo mostrou que a faixa etária e a capacidade funcional se apresentam como fatores de risco para a percepção de baixa afetividade, o que pode implicar na qualidade nas relações familiares.

Palavras-Chave: Relações familiares; Saúde do idoso; Capacidade funcional; Seletividade Socioemocional.

ABSTRACT

The objective was to investigate the association between the perception of low affectivity in the family relations of the elderly with the age group, gender and physical and psychological health conditions. 134 elderly people from the interior of Bahia participated and the data were collected at home, using the following instruments: Sociodemographic Information Questionnaire; Questionnaire on diseases and *self*-reported signs and symptoms; Index of Independence in Daily Life Activities; Performing instrumental activities of daily living; Geriatric Depression Scale; Beck's Anxiety Inventory and Familiogram. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics using the chi-square test or Fisher's exact test to compare categorical variables and univariate and multivariate logistic regression analysis using the Stepwise criterion of variable selection ($p < 0.05$). The results showed a higher frequency of younger individuals, aged between 60 and 74 years ($p = 0.003$) and elderly individuals with dependence on basic activities with low affectivity perception ($p = 0.045$). The elderly with the highest risk of low affective reporting were: younger (14.0 times higher risk in the elderly from 60 to 74 years) and those with instrumental activities of daily living (risk 4.3 times higher). This study showed that the age group and the dependence of activities of daily living may present as risk factors for the perception of low affectivity, which it can imply quality in family relationships.

Keywords: Family relationships; Elderly health; Functional capacity; Socioemotional Selectivity.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Descrição das variáveis sociodemográficas da amostra..... | 30 |
| Tabela 2: Distribuição das condições de saúde física e psicológica e percepção de baixa afetividade familiar da amostra..... | 33 |
| Tabela 3: Comparação frequências das variáveis sexo, condições saúde física e psicológica de idosos com alta e baixa afetividade..... | 34 |
| Tabela 4: Resultados da análise de regressão logística univariada para baixa afetividade (n=134)..... | 35 |
| Tabela 5: Resultados da análise de regressão logística multivariada para baixa afetividade (n=134)..... | 36 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1: Variáveis selecionadas para o estudo..... | 27 |
|--|----|

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Ficha de informações sócio-demográficas.

Anexo 2 - Questionário de doenças e de sinais e sintomas auto-relatados.

Anexo 3 - Escala de Katz.

Anexo 4 - Escala de Lawton.

Anexo 5 - Escala de depressão geriátrica – GDS.

Anexo 6 - Inventário de ansiedade de beck – BAI.

Anexo 7 - Familiaograma – R (FG).

LISTA DE SIGLAS

ABVI – Atividades Básicas de Vida Instrumental.

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

SOC – Seleção, Otimização e Compensação.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TSS – Teoria da Seletividade Socioemocional.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| O ENVELHECIMENTO NA PERSPECTIVA LIFE SPAN DE DESENVOLVIMENTO HUMANO | 3 |
| O ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO BAIANO..... | 19 |
| O SISTEMA FAMILIAR NA VELHICE..... | 10 |
| FAMÍLIA E AFETIVIDADE | 17 |
| FAMÍLIA E CONDIÇÕES DE SAÚDE FÍSICA E PSICOLÓGICA DO IDOSO..... | 22 |
| MÉTODO | 26 |
| O CONTEXTO DA PESQUISA | 28 |
| PROCEDIMENTOS DE RECRUTAMENTO..... | 28 |
| PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS..... | 30 |
| INSTRUMENTOS | 31 |
| ANÁLISE DE DADOS | 32 |
| RESULTADOS | 32 |
| DISCUSSÃO | 36 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 56 |
| ANEXOS | 70 |

INTRODUÇÃO

O primeiro texto conhecido sobre a temática do envelhecimento é de um filósofo egípcio, datado de 2.500 a.C., no qual constam lamentações com o avanço da idade, sendo este conteúdo recorrente até a atualidade (Beauvoir, 1976). O interesse pelo desenvolvimento humano relativo à fase da velhice começou a se fortalecer a partir dos anos de 1950 e, inicialmente, o foco estava nas áreas biológicas, estudando os declínios cognitivos e físicos do envelhecimento. Até então, o que se entendia por envelhecer estava associado a perdas constantes (Neri, 2006).

Uma revisão bibliográfica feita por Bezerra, Almeida e Nóbrega-Therrien (2012), sobre estudos com a temática do envelhecimento e da velhice na América Latina e no Brasil, entre os anos de 1982 a 2010, apresentou um aumento expressivo do número de publicações a partir de 2006. As categorias mais estudadas foram: estado de saúde (n=318), avaliação cognitiva (n=66), estudos sociodemográficos (n=32), medicamentos (n=17) e avaliação funcional (n=16). Na categoria estado de saúde, houve maior número de publicações relativas à atividade física (n=57), a doenças cardiovasculares (n=38), à dieta (n=24), à saúde bucal (n=21), à menopausa/andropausa (n=20), a quedas (n=19), à atividade sexual (n=16) e à depressão (n=13). Observa-se que ainda predomina uma perspectiva biológica do envelhecimento humano.

Os estudos com a temática do envelhecimento também privilegiam o olhar do outro sobre o velho, resquício de um estigma da incapacidade do idoso. O velho continua em uma posição de subalternidade e o seu bem-estar definido por outras pessoas, sejam profissionais ou familiares. Ainda é preciso considerar que o Brasil é um território vasto e heterogêneo, com especificidades culturais, histórias e socioeconômicas dos diversos contextos regionais.

Repensar o envelhecimento no curso de vida inclui entender o contexto, assim como as relações que o circundam. A prática institucional do cuidado ao idoso com problemas de saúde física e mental não é comum e a preferência que prevalece é pelo cuidado doméstico, tarefa que recai quase que exclusivamente aos familiares. Com o aumento da vulnerabilidade biológica na velhice, o ambiente familiar pode se caracterizar como um lugar estável e seguro (Pinto Júnior, 2016). Nesse contexto, no qual o meio social pode influenciar a autopercepção de qualidade de vida, a família e os vínculos familiares se fazem relevantes. Por ser fonte primária de suporte e o principal recurso fomentador da saúde física e mental, a rede familiar possui uma posição importante da função social (Rabelo, 2016).

Para Oliveira, Neri e D'elboux (2013), a família pode ser a principal fonte de suporte do idoso diante das tensões geradas pelos eventos estressores de vida, que frequentemente fazem exigências de ajustes e demandam maior conhecimento das fragilidades e potencialidades dos relacionamentos. Idealmente, os membros se organizam, buscam o bem-estar coletivo, e o funcionamento familiar atende a dois objetivos: o interno, de proteção dos seus membros, e o externo, de acomodação e transmissão da cultura (Minuchin, 1982).

No entanto, a família nem sempre é fonte de segurança e suporte social. No caso brasileiro, maus-tratos e abusos são cometidos em grande maioria por familiares. Gil et al. (2015), fez uma pesquisa com 510 idosos vítimas de violência em contexto familiar. A maioria dos agressores pertencia à família nuclear, nomeadamente, cônjuges ou companheiros, filhos/enteados e filhas/enteadas. A violência física e a psicológica foram os tipos mais reportados, afetando 87,8% e 69,6% das pessoas estudadas, seguindo-se a violência financeira (47,5%), sexual (7,5%) e a negligência (6,5%). A maioria (74,1%) dos respondentes indicou mais de um tipo de violência. As vítimas, na maioria mulheres, tinham uma média de idade de 70,7 anos. A família pode ser um fator protetivo para pessoas de diferentes gerações, mas também pode ser um lugar de infração de direitos humanos.

A compreensão da funcionalidade familiar do idoso, no sentido de relacionamentos saudáveis, e da qualidade afetiva das trocas de suporte envolve aspectos amplos que se interligam em uma rede de cuidados, sendo esta, muitas vezes, determinante de um envelhecimento bem-sucedido (Pinto Júnior, 2016). Os laços afetivos proporcionam apoio psicológico e social na família, auxiliando no enfrentamento das dificuldades do cotidiano. A definição de afetividade (Teodoro, 2006) se refere ao conjunto de emoções positivas que existem no relacionamento interpessoal. Ela implica relação de carinho e cuidado que se tem com alguém (Rohenkohl & Castro, 2012) e mostra-se social e culturalmente impressa entre as pessoas (Amorin, 2012).

Estudos indicam que a afetividade é uma preditora da saúde mental e da funcionalidade do sistema familiar (Souza et al., 2014; Oliveira, Santos & Pavarini, 2014; Gazalle, Lima, Tavares & Hallal, 2004). Pensar na qualidade afetiva das relações familiares é importante, pois é um dos contextos sob o qual se envelhece. A família descrita como funcional não é aquela que não possui conflitos, mas sim a que abre oportunidade para o desenvolvimento adequado, saudável ou adaptado de todos os seus membros. Sendo assim, as famílias com maior risco de disfuncionalidade são aquelas cujos membros percebem baixa afetividade. Um sistema familiar busca acordos entre os componentes, formam uma rede de apoio e a

afetividade atua como facilitador da comunicação e da resolução de solicitações individuais, conflitos, críticas e do cumprimento das funções essenciais (Rabelo, 2016).

Na velhice, as condições de saúde física e psicológica dos idosos afetam a dinâmica familiar e a percepção de afetividade em função das demandas que elas apresentam. Idosos com dependência física ou com piores condições psicológicas, como depressão e ansiedade, exigem reorganização e ajuste do sistema familiar. Nem sempre as necessidades são reconhecidas ou atendidas e as relações são estruturadas ao longo do curso familiar de acordo com o gênero e a geração (Gonçalves et al., 2013).

A questão central deste estudo foi avaliar os fatores (sexo, faixa etária, saúde física e mental) associados à percepção de baixa afetividade nos relacionamentos familiares de idosos. Delinearam-se as seguintes perguntas de pesquisa: a percepção dos idosos de baixa afetividade nos relacionamentos familiares tem relação com a faixa etária, com o sexo e com as condições de saúde física e psicológica? O presente estudo buscou ouvir os idosos e considerar a sua percepção das próprias relações familiares. Grande parte das pesquisas brasileiras sobre famílias com idosos são feitas com os familiares (Araújo & Santos, 2012; Mafra, 2011), com os principais cuidadores (Moreira & Caldas, 2007; Sampaio, Rodrigues, Pereira, Rodrigues & Dias, 2011), com os profissionais de saúde responsáveis (Tavares, 2014; Piexak et al., 2012), e esse trabalho enfatiza a percepção dos idosos e sua condição de sujeito falante.

Como marco teórico para direcionamento deste estudo, será utilizado a perspectiva *Life Span* de desenvolvimento, a qual considera o processo de envelhecimento como multidirecional e com mudanças desenvolvimentais ao longo de todo curso de vida, bem como a perspectiva sistêmica de família para discutir os diversos aspectos das relações familiares do idoso e da afetividade.

O envelhecimento na perspectiva *Life Span* de desenvolvimento humano

O Paradigma *Life Span*, proposto por Baltes e Baltes (1990), foi importante para uma mudança de pensamento sobre o envelhecimento humano. A partir dele foi possível pensar o desenvolvimento humano como um processo de co-construção biocultural, multidimensional e multidirecional, influenciado por mudanças normativas e não normativas durante o curso de vida. Na velhice, assim como em qualquer outra fase da vida, ocorrem ganhos e perdas que são influenciados pelo modo como cada um construiu sua história ao longo do tempo, pelos

fatores socioculturais, pela ocorrência de patologias, entre outros fatores. Essas são características que corroboram com a heterogeneidade de todo o processo de desenvolvimento humano (Neri, 2007).

Baltes, Staudinger e Lindenberger (1999) afirmam que, pela cultura, nós significamos todos os aspectos psicológicos, sociais, materiais e simbólicos (baseados no conhecimento) por meio dos recursos que os humanos produziram ao longo do tempo. Entre esses recursos culturais estão as habilidades cognitivas, motivacionais, estratégias de socialização, alfabetização, entre muitos outros. Para a ontogênese humana ter atingido níveis mais altos e superiores de funcionamento, em domínios físicos ou psicológicos, teve que haver um aumento evolutivo conjunto da riqueza e disseminação dos recursos e oportunidades da cultura. Quanto mais longe a ontogênese humana se estenda à vida adulta e à velhice, mais necessários serão os recursos culturais específicos para tornar isso possível; embora sua eficácia decline na velhice avançada.

Outro pressuposto fundamental diz respeito às mudanças que podem assumir diferentes direções num mesmo período do desenvolvimento, incluindo crescimento em determinados domínios e declínio em outros. Os ganhos e perdas co-existem nas diversas etapas da vida e seguem uma proporção diferente, sendo que, na velhice, este equilíbrio se torna menos positivo (Scoralick-Lempke, 2012). No que diz respeito ao processo de envelhecimento de um modo geral, Baltes (1987) afirma que há perdas nas capacidades decorrentes do baixo funcionamento neurológico, sensorial e psicomotor, o que reflete na capacidade de adaptação do indivíduo. Mas ressalta, no entanto, que pode haver mudanças na velhice que irão depender muito mais das oportunidades oferecidas pela cultura do que dos mecanismos biológicos.

Baltes, Lindenberger e Staudinger (2006) descreveram a história da Perspectiva *Life Span* de Desenvolvimento em cinco fases. A primeira foi a perspectiva evolutiva biológica e cultural, baseada na arquitetura incompleta da ontogênese humana e a dinâmica de desenvolvimento do período de vida entre a biologia e cultura. A segunda foi a dinâmica de ganhos e perdas, descrevendo mudanças no período de vida na alocação relativa de recursos em desenvolvimento para funções do crescimento *versus* manutenção / resiliência *versus* regulamento de perda. A terceira foi uma junção de proposições metateóricas sobre a natureza do desenvolvimento do período de vida. A quarta fase foi uma teoria sistêmica e geral do desenvolvimento de vida útil bem-sucedida, que descrevia uma seletiva otimização com compensação, e será detalhada mais a frente. E a quinta fase, com teorias de *Life Span* em funções específicas e domínios, como a inteligência, cognição, personalidade, *self*.

Um conceito central da perspectiva *Life Span* é o de plasticidade, que se refere ao potencial de mudança de um indivíduo e à sua flexibilidade para lidar com novas situações (Baltes, 1987). Segundo Neri e Fontes (2006), dentre as mudanças reconhecidas como normativas, estão os declínios de algumas funções cognitivas e comportamentais, como a plasticidade biológica e a fidelidade genética (a natureza acaba por privilegiar as fases pré-reprodutivas e reprodutivas, em termos estritamente biológicos), e a plasticidade comportamental (que limita a eficácia da cultura como promotora de desenvolvimento e reabilitação das perdas). Segundo Baltes, Staudinger e Lindenberger (1999), o grau de plasticidade é proporcional à capacidade de reserva de cada pessoa, constituída por recursos internos e externos que mudam de acordo com o tempo e com cada situação. Assim, as limitações decorrentes do envelhecimento podem ser minimizadas pela ativação dessas capacidades, dependendo do grau de plasticidade individual.

O modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido, dentro do paradigma *Life Span*, propõe a utilização de estratégias de seleção, otimização e compensação (SOC) ao longo da vida. A teoria SOC apresenta meios para equilibrar limites e potencialidades, decorrentes do envelhecimento, em relação aos diversos domínios do funcionamento humano, que por consequência, contribui para aumentar a resiliência (Fontes, 2010). A seleção envolve a direcionalidade das metas ou resultados; a otimização indica meios relacionados a metas para alcançar sucesso (resultados desejados); e a compensação se remete a uma resposta à perda, com meios relevantes para alcançar os resultados desejados. Cada um dos processos pode ser ativo ou passivo, consciente ou não, interno ou externo (Baltes et al., 1999).

Essa proposição metateórica de desenvolvimento como seleção (especialização) e otimização seletiva na capacidade adaptativa diz respeito à dinâmica de perdas e ganhos e de alocação de recursos bioculturais do desenvolvimento. Na velhice, os recursos são investidos predominantemente na manutenção (recuperação ou resiliência) e na regulação de perdas. A seleção marca a direcionalidade do desenvolvimento e, para gerar maior funcionalidade, precisa atuar em conjunto com a otimização e a compensação. Esses princípios podem ser aplicados no âmbito do funcionamento familiar, por exemplo, pela Teoria da Seletividade Socioemocional.

A seletividade socioemocional é uma microteoria *Life Span* que aplica os fundamentos SOC no domínio socioemocional. Ao longo da vida, há diferentes motivações para o contato social, sendo que na velhice, a principal é a regulação emocional. A afetividade familiar percebida tem relação com a regulação emocional e com os processos de adaptação na velhice. Os idosos se tornam seletivos em relação aos seus relacionamentos socioemocionais,

evitando envolver-se em muitas relações, priorizando vínculos que signifiquem proximidade afetiva, promovendo o bem-estar subjetivo (Neri, 2007).

Os idosos evitam estimulação emocional negativa e o engajamento em situações que gerem conflito, pois isso poupa seus recursos e os canaliza para os alvos que são afetiva e socialmente relevantes. Refletem-se a maior capacidade de adequar-se à intensidade dos eventos de vida, a integração cognitiva e afetiva, os mecanismos de defesa mais maduros, o uso de estratégias pró-ativas de enfrentamento e a satisfação com a vida (Neri, Batistoni & Ribeiro, 2006; Batistoni, 2016). Considera-se que determinadas situações impõem limites para esta estratégia, gerando tanto uma seletividade não voluntária nos relacionamentos quanto afetando a experiência de emoções positivas e a solidariedade intergeracional.

Os fundamentos do SOC também são aplicados aos chamados mecanismos de autorregulação do *self*. São processos internos e voluntários, presididos pela auto-observação, automonitoramento, autojulgamento e autocorreção, que permitem que as pessoas regulem o pensamento, os afetos e as metas pessoais. Incluem, por exemplo, as estratégias de enfrentamento, o senso de autoeficácia e os processos de comparação social. Estes mecanismos também são interpessoais e relacionais, como, por exemplo, a percepção de suporte social e de funcionalidade familiar. Todos têm potencial para gerar resultados positivos no desenvolvimento humano em qualquer faixa etária, e na velhice, moderam o impacto dos eventos de vida e contribuem com o bem-estar subjetivo, diminuindo desfechos negativos de saúde mental, como a depressão ou a ansiedade (Neri, 2007).

A percepção de afetividade familiar é uma avaliação subjetiva da presença ou não de um conjunto de emoções positivas nos relacionamentos. A avaliação sofre a interveniência dos mecanismos de autorregulação do *self*, uma vez que a duração, a intensidade e as consequências dos eventos de vida e os familiares covariam com seu significado emocional, resultando em um julgamento positivo, negativo ou neutro.

O equilíbrio entre ganhos e perdas na velhice se torna menos positivo, embora o *self* se mantenha resiliente pelos mecanismos já citados. Durante a vida, vão se formando uma gama de estratégias para lidar com as situações. A diminuição da plasticidade comportamental, isto é, da capacidade de mudar para adaptar-se ao meio, pode ser compensada pela pragmática, que se baseia no conhecimento adquirido ao longo da vida e na tecnologia (Freire, 2008). Portanto, na velhice, também se mantém o potencial para o desenvolvimento, com suas características de heterogeneidade, multidimensionalidade e multicausalidade associadas a este processo (Neri, 2007).

Como a teoria da seletividade socioemocional afirma que, com o passar dos anos, as pessoas vão criando estratégias adaptativas para lidar com o meio social, nas relações familiares não seriam diferentes. Os idosos tendem a selecionar relações afetivamente próximas como um importante método de aperfeiçoar o bem-estar emocional, embora este seja muitas vezes associado a uma redução no tamanho da rede, o que pode não ser a solução mais adaptativa na velhice (Pinto & Neri, 2017). No contexto baiano, por exemplo, com o prolongamento da convivência familiar e a coabitação intergeracional, é preciso pensar na qualidade dessas relações para seus membros, principalmente com a sobrecarga financeira e emocional para as mulheres que são chefes de família. Para aprofundar algumas questões sobre esse contexto, assim como o processo de envelhecer nessas condições, o próximo tópico discorrerá o recorte ético racial dessa pesquisa.

O envelhecimento no contexto baiano

O envelhecimento da população é uma realidade mundial, embora apresente diferenças, a depender do grau de desenvolvimento de cada nação. O Brasil, por exemplo, experimenta o fenômeno de estreitamento da base e alargamento do ápice de sua pirâmide etária, reafirmando a mudança do seu perfil etário. Tais mudanças têm implicações no campo da saúde pública e na dinâmica dos serviços de saúde, assim como no campo familiar, afinal as famílias também envelhecem, e uma prova disso é o crescente número de domicílios com convivência de várias gerações (Pinto Júnior, 2016).

Segundo o IBGE, no período entre 2005 e 2015, os idosos passaram de 9,8% para 14,3% da população brasileira, e os maiores percentuais de idosos foram encontrados nas Regiões Sul e Sudeste, com 15,9% e 15,6%, respectivamente, e o menor na Região Norte, com 10,1% da população. A PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) afirma que o número de idosos na Bahia chegou a dois milhões e o estado já é o sétimo no país em aumento da população idosa. Conforme apontou a pesquisa, entre os anos de 2015 e 2016, o crescimento da população idosa na Bahia foi de 6,8%, índice maior que a média nacional, que foi de 3,7%. O contingente de pessoas de 60 anos ou mais no estado passou de 1,9 milhão, em 2015, para pouco mais de 2 milhões de pessoas em 2016. A expectativa é de chegar a três milhões em menos de 15 anos.

O censo de 2010 apontou que 51% da população brasileira se autodeclarou preta e parda, e este índice é ainda maior quando subdividido por regiões. O Nordeste apresentou

uma soma de 70% no mesmo índice (Brasil, IBGE, 2016). A proporção de pessoas por autodeclaração de cor ou raça variou bastante segundo as Grandes Regiões: 77,3% das pessoas da Região Norte se declararam pretas ou pardas, e o indicador foi de 73,0% no Nordeste, em 2015. A proporção de pessoas que declararam cor ou raça preta ou parda foi ligeiramente maior para os homens (55,2%) do que entre as mulheres (52,7%). Os diferenciais neste indicador por idade mostram que a proporção da população que se declarou preta ou parda decresceu com o aumento do grupo etário, ou seja, o indicador atingiu menor valor no grupo de 70 anos ou mais de idade, sendo de 46,8% para homens e 42,4% para mulheres. Esses índices informam o impacto do racismo estrutural sobre a longevidade da população negra.

O processo de envelhecimento se constitui em um fenômeno fortemente influenciado pela cultura, condições e contextos de vida. Os cuidados com a saúde, com o outro e consigo mesmo, são definidos pelas pessoas a partir de suas crenças e dos seus contextos socioculturais (Farias, Crossetti, Góes & Portella, 2016). Por isso, para compreender as famílias brasileiras, é preciso também considerar o aspecto racial desta população. No contexto do processo de envelhecimento dessas pessoas, é preciso considerar os aspectos históricos, as subjetividades e os aspectos psicológicos e físicos, bem como as iniquidades nas oportunidades de acesso à educação e à saúde. As características da qualidade afetiva das famílias com idosos não são única e exclusivamente de responsabilidade de seus membros, mas estão em uma relação complexa entre o pessoal e o político, o privado e o público, o individual e o coletivo. Toda família está sujeita a forças sociais que vão além do seu controle e que afetam o acesso aos recursos, nas tarefas próprias do ciclo familiar, na conquista educacional, na renda e, por consequência, na trajetória desenvolvimental de seus membros.

A Bahia é o segundo estado brasileiro com maior população negra, sendo 76,3% autodeclarados pretos e pardos (IBGE, 2010). Para Barros e Brancos (2017) a reflexão sobre as reais possibilidades de a população negra envelhecer com qualidade de vida remete à revisão das condições materiais e históricas desse grupo populacional, aos motivos da sua manutenção nos estratos inferiores da classificação social e à discriminação racial. Weimer (2013) afirma que, para os idosos, a categoria “negro” possui conotação distinta, pois remete aos aspectos: do passado escravista, das condições de trabalho degradantes e da falta de acesso a direitos.

Pesquisa feita por Oliveira, Thomaz e Silva (2014) indicou desigualdades raciais na saúde e nas condições socioeconômicas e demográficas dos idosos brasileiros. Os dados apresentaram que idosos pardos e pretos comparados aos idosos brancos predominam nos

estratos de idade mais jovens (65-69 anos; ou seja, menor longevidade), de elevada dependência exclusiva do SUS, de menor escolaridade, de menor quintil de renda e nas áreas com piores indicadores sociais e de saúde do país. O idoso pardo apresentou chance de autorreferir pior estado de saúde 11% maior do que os brancos, e a prevalência de doenças crônicas aumentou diretamente com a idade e renda domiciliar e diminuiu com o número de moradores no domicílio. E idosos pretos passaram a apresentar prevalência 7% maior de doenças crônicas em relação aos brancos.

Carmo et al. (2018) realizou um estudo sobre suicídios por idoso no estado da Bahia entre os anos de 1996 e 2013 e identificou 858 óbitos por suicídio entre indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Ao distribuir estes óbitos segundo as características sociodemográficas, o referido autor afirmou que 85,4% eram do sexo masculino, 53,8% do grupo etário de 60 a 69 anos, 54,0% de cor da pele/raça parda e 43,9% casados. Quanto à escolaridade, 33,5% tinham de 1 a 7 anos de estudo. Segundo esta pesquisa, a porcentagem dos idosos que cometeram suicídio de raça parda e preta somam 61,3% dessa amostra, o que alerta para a necessidade de maior atenção desta realidade. Esse é o tipo de pesquisa que precisa ser divulgada para repensar a saúde pública e a qualidade de vida desses idosos, pois dados como estes dizem muito sobre a negligência da saúde física e psicológica de determinada população.

Uma análise qualitativa feita por Onofre Júnior, Martins e Marin (2016) sobre a representação social do idoso baiano quanto às ações educativas do Programa de Saúde da Família mostrou que estes entendem a saúde como algo negativo e associado a doenças físicas e que, ao procurarem a ESF (Estratégica de Saúde da Família), buscam somente o atendimento médico para obtenção das receitas dos remédios controlados ou quando já estão doentes. Resultados como estes mostram que os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) de prevenção e promoção de saúde não estão sendo efetivos para a população idosa baiana. Nesse mesmo estudo, a autora ainda questiona a formação desses profissionais e a qualificação dos mesmos para trabalhar com idosos, considerando problemas de saúde específicos da raça negra, como a anemia falciforme.

Para Barros e Brancos (2017), identificar as vulnerabilidades e peculiaridades da população negra no que se refere aos serviços públicos em geral e, em especial, aos serviços de saúde, pode proporcionar um envelhecimento com qualidade de vida. Para que a população negra envelheça com as mesmas condições da população geral, se faz necessário ampliar as políticas públicas de promoção à igualdade racial, assim como fortalecer as que já existem. Ao analisar os níveis educacionais e socioeconômicos da população negra, fica evidente a

desvantagem, o que impacta diretamente no processo de envelhecimento, pois há menor chance de envelhecer e, quando ocorre, ainda será com menos qualidade de vida. Diante das desigualdades raciais ao longo da vida, o envelhecimento dessa população é um fenômeno complexo, por não só ter que superar a discriminação em função da idade, como ainda a discriminação por conta da cor/raça.

É importante citar o aspecto étnico no envelhecimento da população baiana, inclusive para entender outras características relevantes da mesma, como as relações familiares. Uma pesquisa feita por Rabelo e Neri (2015b), em uma cidade do Recôncavo da Bahia, abordando os arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares, concluiu que as condições psicológicas afetam mais a percepção da qualidade das interações familiares dos idosos do que a saúde física. Assim como outro estudo proposto pelas mesmas autoras (2015), com foco no tipo de configuração familiar, o resultado mostrou que 41% dos idosos viviam com descendentes e os demais com o cônjuge e descendentes (23,9%). Esta pesquisa também apresentou que a maior parte (72,4%) deles era chefe de família, contribuindo total (49,2%) ou parcialmente (44%) para o sustento da família e a configuração familiar mais frequente foi a coresidência com os descendentes. Outro estudo feito por Possatto e Rabelo (2017), também no recôncavo baiano, revelou uma associação maior na frequência de idosos com ansiedade. Com relação ao baixo envolvimento social, os idosos com percepção de baixo suporte social apresentaram mais sintomas de ansiedade.

Estudos como os citados acima ilustram a importância de pesquisas na área para caracterização das relações sociais e familiares, assim como, os impactos que provocam no processo de envelhecimento da população. As relações familiares são estruturantes no decorrer do ciclo vital. Desse modo, a qualidade e o seu funcionamento podem intervir diretamente na saúde de todos os seus membros, pois é o contexto que se vive do nascimento à morte. O próximo tópico apresentará teorias familiares e como estas funcionam com a presença de um membro idoso, tendo uma convivência intergeracional e de novos padrões sociais e culturais, uma vez que o diálogo com o contexto permite novas estruturas familiares.

O sistema familiar na velhice

O sistema familiar como é conceituado atualmente tem influências de outras teorias, como a Teoria Geral dos Sistemas e a Cibernética, e foi se desenvolvendo ao longo do tempo, até alcançar o pensamento que é hoje utilizado na Terapia Sistêmica Familiar. A Teoria Geral

dos Sistemas foi desenvolvida por Ludwig Bertalanffy, na década de 1930, buscando desenvolver leis que explicassem o funcionamento de sistemas gerais, independentes de sua natureza. Posteriormente, ele se uniu a pesquisadores de outras áreas, um biomatemático e outro fisiologista, para criar o Centro de Estudos Superiores das Ciências do Comportamento, que mais tarde se tornou a Sociedade de Pesquisa Geral dos Sistemas, com o objetivo de desenvolver estudos sobre sistemas teóricos que fossem aplicáveis a mais de uma das disciplinas tradicionais da ciência (Vogel, 2011).

Já a Teoria Cibernética vem do grego *kybernetes*, que significa piloto, condutor. Tal palavra foi escolhida pelos criadores da cibernética, Wiener, Rosenblueth e Bigelow, para nomear o campo do conhecimento que se ocupa da teoria do controle e da comunicação na máquina e no animal. O nome foi escolhido em referência às máquinas que pilotavam os navios, por estas serem as primeiras e mais desenvolvidas formas de feedback, conceito central de sua teoria. O conceito de feedback se refere a mecanismos e processos pelos quais os sistemas funcionavam com o objetivo de manter sua organização. Segundo a teoria cibernética, os sistemas operavam de acordo com um propósito ou meta cujo alcance era garantido por mecanismos de controle e regulação. À medida que suas ideias foram apresentadas, outros cientistas se interessaram e perceberam claramente a analogia entre o funcionamento do sistema nervoso e o funcionamento das máquinas de computação (Vasconcellos, 2002).

A partir da aproximação entre a Teoria Geral dos Sistemas e a Cibernética, com a área da Psicologia, o antropólogo Gregory Bateson foi o mentor do que se tornou, mais tarde, a Abordagem Sistêmica na Terapia de Família (Vogel, 2011). Tal abordagem entende a família como um sistema vivo e aberto, em constante mudança e constituído por subsistemas de um sistema maior, interagindo continuamente entre si (os subsistemas) e com o ambiente. Essa perspectiva representou uma mudança no entendimento da família ao passar do pensamento linear (causa e efeito) para o circular (padrão interativo) e ao deslocar o foco do indivíduo (intrapsíquico) para o das relações (interrelacional). A dinâmica familiar passou a ser vista como o produto de um sistema, com propriedades que emergem do seu funcionamento sistêmico (Costa, 2010).

O conceito de família vem sofrendo grandes mudanças nas últimas décadas, acompanhando as tendências de desenvolvimento nos âmbitos econômico, tecnológico, político e cultural. Quando comparadas com o modelo familiar tradicional, as relações de parentesco e as representações dessas relações no interior da família modificaram-se (Oliveira, 2009). No Brasil, principalmente após a entrada da mulher no mercado de trabalho

formal, podem-se observar grandes transformações nos papéis familiares, relações de poder, valores individuais e coletivos, estrutura e capacidade de decisões referentes à família (Baptista, 2001).

Ainda que se tenham assumido novos paradigmas, referentes às novas estruturas de família e à igualdade de papéis na estruturação das suas atividades para todos os seus membros, é na mulher que continua a recair a maior parte das funções alusivas à organização interna da vida familiar; os trabalhos domésticos, os cuidados com as crianças e com as pessoas dependentes (Dias, 2011). Pensar a família, como um sistema de membros interdependentes e também influenciados pelo contexto social, inclui o cuidado familiar de um idoso, já que esta característica faz parte da cultura brasileira e, portanto, esperada socialmente e dentro do subsistema familiar pelos respectivos membros.

Ao analisar a família na perspectiva sistêmica e comunicacional, não podemos deixar de ter em conta que nas últimas décadas o conceito de família adquire um âmbito muito mais vasto, porque novas tendências, novas configurações familiares têm permitido novas concepções de família e da organização da vida dos seus membros, sendo valorizada por alguns nos seus hábitos tradicionais e por outros no seu progresso moderno. Nas correntes modernas, mais liberais, realçam-se mais os sentimentos. Para Cervený e Berthoud (2009), os valores da afetividade também limitam a instituição familiar como um novo padrão, no qual o afeto predomina sobre a consanguinidade. As autoras ainda afirmam que não haverá uma nova família brasileira, pois esta sempre se reinventa, sendo inclusive caracterizada como mutante pelas mesmas. As mudanças são constantes e as continuidades também, então dificilmente haverá um novo padrão, ele está em constante transição e se adequa a cada relação familiar.

Segundo Cervený e Berthoud (2009), o ciclo da família brasileira passa por quatro fases: a de aquisição, a de família adolescente, a fase madura e a fase última. A primeira diz respeito à união do casal até os filhos se tornarem adolescentes, sendo um período de busca pela qualidade de vida, de empregos com benefícios que incluam a família, a aquisição de bens materiais e construção de objetivos em comum. Já a fase da família adolescente se refere às relações que se tornam mais horizontais, mais flexíveis e menos hierárquicas. A fase madura é caracterizada pela saída dos filhos de casa ou chegada de agregados, como a nova realidade brasileira, que é a do ninho cheio, se opondo ao modelo norte americano do ninho vazio. E a fase última é a que o casal fica sozinho, sendo caracterizada pela colheita das outras fases. Desse modo, a qualidade dessa relação vai depender do que foi construído durante a vida, sendo a viuvez uma das possibilidades difíceis desse período.

Durante algum tempo, a teoria que embasava esse momento da vida era a do ninho vazio, segundo a qual nessa fase os filhos saíam de casa e os pais, idosos, ficariam sozinhos, restando apenas um ao outro enquanto cônjuge, quando assim fosse (Sartori & Zilberman, 2009). No Brasil, o que se observa são os ninhos cheios e o prolongamento dos filhos em casa. Os novos arranjos familiares, o matriarcado como nova característica social e a saída tardia dos adultos de casa, promovem uma nova realidade (Vieira, 2010).

Para Silveira e Wagner (2006), o ninho cheio é uma nova forma de organização familiar que surgiu, também, em resposta às difíceis condições sociais do momento. No nível macrossistêmico, a sociedade espera que as famílias se ajustem a um ciclo normativo e as famílias, por sua vez, sentem-se pressionadas a cumprir essas expectativas sociais. Forte (1996) corrobora com essa ideia quando defende a definição de família diferenciada entre a família pensada (modelo social) e a família vivida (cotidiano familiar), pois afirma que o sistema familiar sofre influência direta do socioeconômico e do cultural. Ainda para a autora supracitada, os modos habituais, aprendidos nos anos de convívio com a família, se estabelecem e também são transferidos para as relações fora dela, assim como também são influenciados de fora para dentro do sistema familiar.

Atualmente no Brasil, existem famílias unipessoais, famílias sem parentescos ou consanguinidades, mas que residem nos mesmos espaços; famílias matriarcais, com somente um dos pais, enfim, uma multiplicidade de possibilidades. A configuração familiar se relaciona ao domicílio, à quantidade de pessoas que moram na casa e às suas respectivas funções. Porém, família não se limita a essa descrição, e o suporte familiar engloba outras características, nem sempre palpáveis ou de fácil mensuração. A noção de qualidade do suporte familiar não depende exclusivamente dos arranjos de moradia ou do “esqueleto” social do qual a cultura dita como sendo ideal (Baptista, 2001).

Para Minuchin (1982), a compreensão da família como um sistema é composta por três partes. A primeira diz respeito a estrutura, que é a de um sistema sociocultural aberto a transformações. A segunda é que a família passa por um desenvolvimento, atravessada por estágios que requerem reestruturação e a terceira que afirma a adaptação a circunstâncias modificadoras, de maneira a manter a continuidade e, ao mesmo tempo, intensificar o crescimento psicossocial de cada membro.

A estrutura domiciliar envolve muitos aspectos, dos mais objetivos, como os arranjos de moradia, até os mais subjetivos, como os papéis exercidos. A posição do idoso dentro da família, por exemplo, pode ser determinada pelo papel de chefe, que pode ou não estar associado ao aspecto financeiro. Nas trocas intergeracionais, tanto os idosos quanto os mais

jovens se beneficiam das relações. As gerações mais jovens suprem suas necessidades de recursos e estabilidade das condições socioeconômicas, enquanto que os idosos também podem se beneficiar dessa convivência, com cuidados e afetividade (Camarano et al., 2004). As características afetivas do ambiente familiar são fundamentais para saúde física e psicológica no processo de envelhecimento.

A família, durante todo o tempo, administra a tensão entre união e distanciamento emocional, proporcionando separação e crescimento funcional no devido momento (Costa, 2010). A perspectiva de disfuncionalidade na família engloba desde relações familiares de conflito, mal-estar e baixa afetividade, até a violência e os maus tratos aos idosos. A Organização Mundial de Saúde publicou em 2011 um Relatório Europeu sobre a prevenção de maus tratos aos idosos e mostrou que, semelhante a outras causas da violência, os maus-tratos aos mais velhos provavelmente têm um padrão social. O Reino Unido relatou uma possibilidade de mau-trato muito maior entre pessoas que estiveram em ocupações rotineiras, mais do que aqueles que foram pequenos empregadores ou autônomos. Na Turquia, a prevalência de maus-tratos aos mais velhos foi duas vezes maior se o nível educacional fosse a escola primária. Em uma comunidade rural na Finlândia, a ocupação como agricultora entre as mulheres foi associada com um aumento da prevalência de maus-tratos a idosos. E outra pesquisa, ainda nesse relatório, mostrou um estudo multinacional de sete países europeus, no qual ser dona de casa foi associada ao abuso físico e a relação entre o nível socioeconômico associado a uma maior probabilidade de maus-tratos. Em muitos países, idosos vivem em vulnerabilidade socioeconômica, deixando-os com menos recursos para cuidar de si mesmos e aumentando sua dependência de apoio familiar e estatal (World Health Organization, 2011).

No Brasil, os dados não são tão diferentes da realidade descrita pelo Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS). É possível traçar um perfil de incidência dos maus tratos com dados sociodemográficos, de gênero, idade, entre outros fatores. Existem muitas formas de violência ao idoso, entre elas: física, psicológica, sexual, negligência, abandono, abuso financeiro e a autonegligência. A violência contra idosos é um fenômeno de notificação recente no mundo e no Brasil. E aqui, as principais causas de morte de idosos por violência são os acidentes de trânsito, quedas e homicídios. Também são elevadas as taxas de suicídio de idosos muito mais significativas do que a média para a população brasileira (Sousa, White, Soares, Nicolosi, Cintra & D'Elboux, 2010). Um estudo feito por Silva e Dias (2016), sobre o perfil da família e dos agressores que estão respondendo judicialmente pela violência, obteve as seguintes conclusões: o parentesco predominante dos agressores foi o de filhos seguido de genros; a renda familiar de dois salários mínimos; entre os tipos de violência impetradas

prevaleceram as agressões verbais, seguidas das físicas e financeiras; dentre as motivações destacam-se a posse de bens materiais, o uso abusivo de álcool, a proximidade física, a dependência financeira do idoso, desentendimentos anteriores e a vivência num contexto de violência.

No sistema familiar, é preciso levar em consideração as questões de gênero que interferem no processo do envelhecimento, no papel de cuidadora da mulher ou na necessidade de ser cuidada. As relações de gênero presentes nos discursos científicos atribuíam ao feminino uma predisposição a distúrbios orgânicos e psicológicos e, ao mesmo tempo, ao masculino, a noção de resistência e de responsabilidade sobre a manutenção social e econômica. Ao longo do processo de socialização, as mulheres, ao contrário dos homens, aprendem a cuidar de si e a cuidar do outro. A discussão sobre a marca dualista de nossa tradição de pensamento relativo a gênero é bastante longa e espinhosa e, no mínimo, nos obriga a refletir sobre a ordem associada à constituição da oposição entre natureza e cultura (Rohden, 2003, 2008).

Gênero é compreendido como uma construção social da diferença sexual e tem um sentido relacional, envolvendo homens e mulheres e constrói-se em cima de valores culturalmente construídos que remontam às vivências na vida cotidiana. Por meio desses valores, homens e mulheres adotam determinados comportamentos e atitudes que entendem ser mais condizentes com o esperado socialmente acerca do que venha a ser um homem ou uma mulher (Figueiredo & Schraiber, 2011).

Segundo Rabelo e Neri (2015), homens e mulheres envelhecem de formas diferentes, o que interfere nas relações familiares. No padrão da família tradicional, sob o qual a maioria dos idosos atuais foram criados, os chefes de família e provedores da casa sempre foram os homens, cabendo à esposa a responsabilidade pelo cuidado da casa e dos filhos. Por consequência, as mulheres geralmente assumem o papel de chefes de família quando viúvas, solteiras ou divorciadas, mas com renda. É comum que, devido a essas tradições, elas acumulem os papéis de cuidadoras de netos, doentes e idosos, de manutenção do lar e mais atualmente, também, o papel de provedoras. Por outro lado, quando se trata da população negra, sempre coube às mulheres exercer os papéis de chefia familiar, provedora financeira e cuidadora.

Dados do IBGE afirmam o aumento de 1,1 milhões de famílias chefiadas por mulheres entre os anos de 2005 a 2015. Esse é um dado importante para discutir as reconfigurações familiares brasileiras, assim como seus impactos sociais. Para Hita (2005), o papel de uma mulher “matriarca” deve ir além do foco na díade mãe-filhos, e abrange também a

necessidade de ser a dona da casa, ter posses para sustentar todo o grupo familiar, ampla rede de parentesco a ela atrelada, força, autonomia e determinação. A matriarcalidade é diferente e menos vulnerável que o modelo em que uma mulher exerce a condição de chefia na ausência de um companheiro e que, em geral, tem menos recursos materiais e simbólicos.

Fernandes (2008) discute que o papel de provedoras do lar já havia sido atribuído às mulheres negras, uma vez que elas já exerciam serviços domésticos na Casa Grande, diferente dos seus companheiros, que ficaram sem oportunidades após a abolição. Desde essa época, a moradia representava um dos problemas básicos na luta pela sobrevivência, o que afetou o desenvolvimento da família como instituição integrada no seio da população negra (p.ex.: desemprego, alcoolismo, abandono do menor dos velhos e dos dependentes, a mendicância, etc.).

A expectativa de suporte e de ser cuidado tem relação com a percepção de afetividade, uma vez as relações são construídas ao longo da vida. Tradicionalmente, é da mulher o papel de cuidadora dos filhos (Camarano, 2010; Mafra, 2011; Rohden, 2003, 2008; Vera, 2014). Segundo Rabelo e Neri (2015), pelo investimento afetivo das mulheres nos relacionamentos sociais e na coesão entre as gerações, por planejar eventos familiares e oferecer suporte para manter as conexões, elas teriam maior percepção de afetividade familiar. No entanto, justamente pela expectativa de cuidado e afetividade que as mulheres podem ter do contexto familiar, quando não é correspondida da forma esperada, podem avaliar negativamente a relação por não estarem satisfeitas com a troca afetiva. As mulheres geralmente exercem o papel de cuidadoras mesmo quando também são idosas, cuidando de outros idosos, e a sobrecarga pode influenciar na percepção de afetividade (Camarano, 2010).

O estudo de Oliveira, Neri e D'Elboux (2013), encontrou que a expectativa de suporte para cuidado esteve mais presente nos homens (93,33%). O número de pessoas de quem espera receber cuidados, em caso de necessidade, também foi maior entre os homens (55,34%), sendo que grande parte das mulheres espera receber ajuda de apenas uma pessoa (46,84%). Um outro estudo feito com dados do Rio Grande do Sul foi composto por 100 idosos, a partir dos 80 anos, dependentes de cuidados, residindo em ambiente doméstico-familiar com seus cuidadores, que, por sua vez, tinham, em média, 50 anos e de maioria do sexo feminino (89%). Essas cuidadoras eram majoritariamente filhas (50%), seguida por cônjuges (19%). Sobre a dinâmica de funcionalidade familiar, os resultados apontaram alta disfuncionalidade, o que foi justificado pelos autores como relação entre as exigências de cuidado requeridas pelo idoso com afecções crônicas, resultando em alguma forma de estresse

na família, principalmente para essas cuidadoras (Gonçalves, Leite, Hildebrandt, Bisogno, Biasuz & Falcade, 2013).

A velhice é o último estágio do ciclo de vida familiar para os idosos. As características e a qualidade desse momento são conseqüentes às fases anteriores, aos relacionamentos passados e aos padrões familiares desenvolvidos para manter a integração familiar. A renda dos idosos, por exemplo, é fundamental para o orçamento familiar em muitos casos. Camarano (2004) distingue a existência de famílias *de* idosos e de famílias *com* idosos, como o idoso que é o chefe da família ou os ocupam a posição de parentes do chefe da família, respectivamente. A realidade apresenta uma inversão da lógica inicial do ato de cuidar, cujo o idoso deixa de ser aquele que deveria ser objeto de cuidado para ser o que garante o cuidado tanto dele quanto de seus familiares (Mafra, 2011). Dentro desse contexto, se faz necessário avaliar a qualidade desses relacionamentos familiares e a afetividade é indispensável para tal objetivo. O tópico a seguir fará essa associação, entre modelos familiares e a afetividade, já que muitas formas de se relacionar estão em maior visibilidade atualmente, outros padrões de família precisam ser analisados.

Família e afetividade

A família possui um conceito positivo para os brasileiros de forma geral e é considerada a instituição mais importante, é valorizada, desejada e vista como espaço de referência pessoal e constituição de identidade. Atualmente, o padrão de definição se tornou o afeto e o diálogo, isto é, diz respeito à base de construção e reconstrução dos arranjos familiares e à qualidade de manutenção e reorganização das relações, sejam elas parentais, conjugais ou intergeracionais (Cervený & Berthoud, 2009).

Segundo Teodoro (2010), apesar de existir uma pluralidade na sua definição, é possível extrair do sistema familiar algumas características que o diferem de outros. A primeira é a delimitação do espaço físico, no qual duas ou mais pessoas convivem no mesmo ambiente com regras explícitas e implícitas. São características desses espaços a troca comportamental, a privacidade e a duração temporal desse convívio. O tempo se torna importante, visto que o sentido de família está intimamente ligado a uma estabilidade longínqua. Finalmente, é necessária a presença de uma intimidade física e emocional no processo de relacionamento interpessoal.

Para Baptista (2001), a família pode ser descrita como responsável por um processo no qual ocorre o desenvolvimento psicológico de cada indivíduo, determinado não apenas por

estímulos biológicos e pela interação psicológica, mas também por processos interativos no interior do sistema familiar. Assim sendo, o futuro emocional do indivíduo pode ser previsto à base do clima predominante na família, porém, nem sempre a família é bastante flexível para proporcionar este desenvolvimento adequado, de acordo com as mudanças das contingências que ocorrem ao longo de cada trajetória individual.

O crescente interesse pela área da psicologia da família vem impulsionando o desenvolvimento de técnicas e instrumentos capazes de avaliar objetivamente as relações existentes neste sistema. A afetividade se refere ao conjunto de emoções positivas que existem no relacionamento interpessoal (Baptista, Teodoro, Cunha, Santana, & Carneiro, 2009). Os laços afetivos proporcionam apoio psicológico e social na família, auxiliando no enfrentamento das dificuldades do cotidiano.

A afetividade, assim como o conflito, pode apresentar interpretações e valores diferentes a depender das circunstâncias, embora esta seja mais associada a valores positivos no contexto familiar. Atualmente, inclusive, faz parte de decisões judiciais no reconhecimento de família. Segundo Calderon (2013), a afetividade se tornou um dos princípios do direito de família brasileira, implícito na Constituição, explícito e implícito no Código Civil e nas diversas outras regras do ordenamento jurídico. Já existe um princípio gerador de vínculo familiar, voltado para as pessoas que ainda não possuem um vínculo reconhecido pelo sistema (seja de parentalidade, ou conjugalidade), pela qual a incidência do princípio da afetividade constatará um vínculo familiar entre os envolvidos.

A emoção e a afetividade em uma perspectiva mais biológica são entendidas como respostas autonômicas, endócrinas e motoras, o que deixa de apreendê-la de forma relacional e contextualizada socioculturalmente, em contraposição ao pressuposto da ativação de um sistema de emoção como relacionada a vários sistemas, dentre eles as interações e os vínculos estabelecidos. As emoções seriam assim concebidas como relacionais e como emergindo por meio das dialógicas relações. A emoção aparece, portanto, dentro de um campo que busca compreender as emoções por intermédio das relações que se estabelecem, mostrando-se social, cultural e impressa entre as pessoas (Amorin, 2012).

Em contextos de famílias com idosos, é preciso pensar na afetividade dentro das relações com cônjuge, filhos, netos e irmãos, que, por vezes, coabitam o mesmo lar. Essa convivência proporciona a possibilidade de suprir as necessidades tanto do idoso quanto dos demais membros familiares. No entanto, nem sempre a família é capaz de cumprir funções essenciais, como o cuidado, o suporte afetivo e a proteção. Assim, é importante pensar também no modo pelo qual esses vínculos afetivos interferem na vida de cada integrante

familiar. A percepção de baixa afetividade nos relacionamentos familiares tem sido apontada como indicador de menor funcionalidade e capacidade assistencial da família (Araújo et al., 2012; Rabelo, 2016).

Atualmente, o conceito de insuficiência familiar assume a característica de Síndrome Geriátrica e é considerada um dos sete gigantes da Geriatria. Família insuficiente é caracterizada como um processo de interação psicossocial de estrutura complexa, fundado em dois elementos definidores: baixo apoio social e vínculo familiar prejudicado. O apoio social é importante para o bem-estar individual ao longo da vida, mas pode ser de particular relevância na vida mais longa, quando os desafios ocupacionais, econômicos, funcionais e de saúde tendem a aumentar (Souza, 2015).

A Constituição de 1988 estabelece, no artigo 230, que “A família, a sociedade, e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida”. Mas, em muitos casos, não é essa a realidade. Durante muito tempo essa insuficiência não era incluída nas grandes síndromes geriátricas, porque o apoio familiar reduz o stress, oferece maior segurança e autoestima ao idoso, além de ser um fator diretamente relacionado à qualidade de vida. O lado positivo dos vínculos familiares, as expectativas individuais, sociais e culturais da família como principal cuidadora e fonte de suporte não permitiam que o lado ruim fosse explorado (Lopes & Oliveira, 2010).

A valorização do individualismo e os conflitos intergeracionais, ao longo dos anos, repercutiram na configuração da família com a conseqüente fragilização do suporte familiar. Isso comprometeu a função da família, afetando sua capacidade de acolhimento às pessoas com menor autonomia, às quais historicamente dependiam do apoio e cuidado familiar (Souza, 2015). De acordo com Moraes, Marino e Santos (2009), mudanças sociais e culturais, como a redução da taxa de fecundidade, o número de filhos cada vez menor, demandas familiares crescentes, o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, contribuíram para as modificações nos arranjos domiciliares.

Essas mudanças limitam, em conjunto com a ausência de uma estrutura de apoio formal às famílias, as possibilidades de cuidado adequado às pessoas com dependências. É importante ressaltar, no entanto, que muitas vezes, a família não tem condições psicológicas, sociais nem mesmo recursos financeiros ou humanos, para cuidar de seu familiar idoso. E essa relação entre o idoso, com dependência e seus familiares, afeta não só a saúde do idoso como também a saúde dos demais membros dessa família. Outro ponto que precisa ser pensado é sobre a qualidade dessas relações antes dos idosos desenvolverem ou adquirirem

alguma dependência, já que a síndrome da família insuficiente está associada a outras comorbidades.

O termo solidariedade familiar intergeracional representa um modelo que busca conceituar as relações familiares e descrever sentimentos, comportamentos e atitudes nos relacionamentos e se concentra na coesão familiar (proximidade emocional) como um componente importante para melhorar o bem-estar psicológico na velhice (Lowenstein, 2007). É um conceito multidimensional que envolve os domínios proximidade emocional, contato social, distância geográfica, comportamentos de suporte, obrigações filiais e atitudes de harmonia, e o conflito (Silverstein & Giarusso, 2010; Lowenstein, 2007).

O estudo de Silverstein e Giarusso (2010) uniu dados de seis países diferentes sobre as relações intergeracionais entre pais velhos e filhos adultos. O objetivo do estudo foi justamente buscar padrões nessas relações, mesmo considerando as prováveis divergências culturais que emergiriam pelas diferentes nacionalidades nas dimensões de carinho e conflito. Este estudo revelou quatro tipos de categorias para as relações intergeracionais nesses países: a amigável (com alta probabilidade de afeto e baixa de conflito), separado (com baixa probabilidade de afeto e conflito, implicando em um relacionamento emocionalmente indiferente), desarmonioso (com baixa afeição e alta probabilidade de conflito) e ambivalente (com alta probabilidade de afeto e conflito, sugerindo assim, sentimentos opostos).

Outro estudo de Lowenstein, Katz e Biggs (2011), com pesquisas transculturais sobre as relações intergeracionais, discute a falta de uma teoria que fosse pelo menos forte o suficiente para abranger e dar conta da conjuntura familiar. É compressível que a cultura e o contexto onde estão inseridos cada família, muda também a perspectiva do que é afeto, apoio, solidariedade e cuidado. A convivência intergeracional está aumentando, em decorrência da maior longevidade, e novas questões podem surgir como o abuso de idosos, equidade em torno das pensões e cuidados. Pensar sobre as relações intergeracionais é importante bem como incentivar a solidariedade nessas relações, construindo benefícios para ambos lados, os pais idosos e os descendentes (Lowenstein, Katz & Biggs, 2011).

A solidariedade intergeracional é um conceito multidimensional que inclui tanto as relações físicas, a ajuda econômica e a laboral. Inclui também relações não físicas como o sentimento emocional e espiritual de pertença e intimidade. Quando o termo "solidariedade" é usado para descrever o relacionamento entre os membros da família, ele costuma transmitir a ideia de que a família é um todo e não um grupo de indivíduos combinados, além de que os membros da família se ajudem mutuamente. Este termo tem sido utilizado em muitas pesquisas (Bengtson & Roberts 1991; Lowenstein, 2007; Lio, 2017), principalmente na

literatura estrangeira, e engloba em seu conceito, também a afetividade. Leme, Falcão, Morais, Braz, Coimbra e Fernandes (2016), fizeram uma revisão integrativa da literatura brasileira sobre o termo solidariedade intergeracional familiar e encontraram 34 artigos com predominância de estudos empíricos, com delineamento transversal e com uma pequena amostra composta por filhos, avós e netos, sendo a temática mais frequente o cuidado de avós com os netos. As dimensões mais recorrentes foram a funcional e afetiva e a menos frequente a estrutural.

A afetividade é um dos principais conceitos dentro da teoria da solidariedade intergeracional. Aqui ainda é preciso fazer uma diferenciação da afetividade com outros conceitos, como o apoio e a satisfação com a dinâmica familiar. Embora estejam em constante diálogo, estes são conceitos diferentes, principalmente quando inseridos no meio familiar. É possível ofertar apoio sem ser afetivo, é possível haver satisfação familiar, sem que essas relações sejam permeadas por afeto, então a presença de um não significa a existência dos outros. A afetividade, assim como descrita na teoria da solidariedade, está associado a afeição, calor, respeito, proximidade, confiança e compreensão recíprocos (Bengtson & Roberts, 1991).

Ao desenvolver o modelo do conflito intergeracional, Bengtson e colaboradores (1999) argumentaram que o conflito é um aspecto normal das relações familiares. Pode afetar a forma como os membros da família se percebem uns aos outros e a ajuda mútua quando a afetividade é baixa. Conflitos podem significar que algumas questões familiares não foram resolvidas, outros podem ser resolvidos ao longo do tempo, e com isso, a qualidade geral dos relacionamentos melhora em vez de se deteriorar. As relações entre diferentes faixas etárias se baseiam não apenas em normas de reciprocidade ou igualdade de troca (Silverstein, 2010; Lowenstein, 2007).

Conflitos e preservação das relações também podem resultar em idosos que preferem morar sozinhos, indo na direção oposta da coabitação, mas muitas vezes mantendo boas relações com seus familiares, sem que isso signifique um rompimento relacional. Perseguino, Horta e Ribeiro (2017), fizeram um estudo na cidade de São Paulo com idosos de 80 anos ou mais, que moravam sozinhos e afirmam que essa escolha trouxe para as famílias a sensação da liberdade, de manutenção do espaço pessoal, de decisão sobre sua própria vida. Neste processo, os significados criados pelas famílias possibilitaram a criação de estratégias que ultrapassaram as limitações e dependências, tornando o processo de envelhecimento menos subjugado, porém com necessidades e cuidados muito próximos a qualquer outra fase do ciclo vital.

Para Dias (2011), os sistemas familiares não são determinados por sua estrutura ou papel social, e sim por sua dinâmica organizada em torno de significados compartilhados, incluindo os problemas vivenciados. A família é caracterizada pelos aspectos fundamentais de afeto, compromisso, presença, suportes financeiros e emocionais, além do desenvolvimento afetivo, cognitivo e social, o que pode justificar a diferenciação de familiares e família pelos idosos. Essas relações familiares, permeadas de afetividade, podem vir a ser dinamizada de forma diferente na presença de limitações dos idosos, tanto na saúde física, quanto na psicológica. O próximo tópico apresentará essa associação e quais os impactos na relação familiar, assim como as consequências para todos os membros envolvidos.

Família e condições de saúde física e psicológica do idoso

A dependência funcional na velhice está frequentemente associada com disfunções no senso de controle, rebaixamento da autoestima e diminuição da atividade social. A incapacidade física está entre os mais significativos fatores de risco para depressão em adultos mais velhos, bem como a depressão em si está associada ao agravamento dessa condição (Rabelo & Neri, 2015). De acordo com Wozniak e Falcão (2016), idosos mais velhos são mais positivos com relação a suas vidas do que os mais jovens, apesar da maior vulnerabilidade biológica. Dentre os recursos para essa faixa etária, as relações familiares foram as principais elencadas.

Cuidar de um idoso exige reorganização e ajuste do sistema familiar. As mulheres idosas são as principais cuidadoras e, frequentemente, são também as provedoras do sustento familiar. A cultura da feminização do ato de cuidar aumenta a sobrecarga física e psicológica, e são elas que acumulam, no decorrer da vida, desvantagens, como violência, discriminação, salários inferiores aos dos homens, baixa escolaridade, entre outros (Almeida, Mafra, Silva & Kanso, 2015).

O ato de cuidar, assim como a expectativa do idoso em ser cuidado, é quase sempre permeado por laços familiares. As demandas de trabalho dos cuidadores familiares ocasionam uma tensão nas relações, que podem ser preditores de sintomas depressivos, tanto para quem é cuidado quanto para o cuidador (Muniz, Freitas, Oliveira & Lacerda, 2016). Algumas variáveis relacionadas ao contexto social de um idoso que depende de cuidado de terceiros estão associadas a situações precárias em muitos âmbitos. Há realidades que apresentam ausência de cuidador, idoso cuidando de idoso, alterações no relacionamento afetivo,

modificações no ritmo de vida e trabalho da família, condições do domicílio inadequadas, sobrecarga para os cuidadores, que por sua vez apresentam dor, cansaço ou indisposição para o lazer (Mafra, 2011).

Pires et al. (2013) realizou uma pesquisa com a população atendida em casa pelo AD (atenção domiciliária) e afirmou que o perfil social, familiar e clínico do usuário traduzia a situação da população idosa que é atendida pelo SUS, caracterizada por: baixa escolaridade e renda, em geral mulheres, problemas de saúde crônico-degenerativos, dependência para as atividades de vida diária (autocuidado, higiene pessoal, entre outros) e que demandam cuidados no domicílio por parte da família. Os participantes afirmaram que deixaram de fazer as coisas cotidianas (91,5%), sentiam-se tristes ou solitários (53%) e alguns relataram alterações no relacionamento afetivo entre os membros da família (20%). Essa situação era extensiva aos cuidadores, que abandonaram suas atividades sociais ou laborais (73,5%), por vezes com sentimentos de tristeza, solidão ou cansaço (19,5%) e perturbações no relacionamento familiar (32,1%).

Segundo Mafra (2011), os dados dos estudos existentes, dentre os quais o SABE (Estudo Longitudinal das Condições de Vida e Saúde das Pessoas Idosas do Município de São Paulo) revelam uma piora da realidade, se forem comparados os dados obtidos em 2000 com os de 2006, tanto no aspecto da saúde quanto aqueles referentes à capacidade funcional. Nesta, observou-se piora geral dos índices de desempenho de atividades básicas da vida diária, com aumento dos problemas de saúde, perda da autonomia e, conseqüentemente, maior demanda de supervisão por parte da família, de instituições e/ou de cuidadores.

Os aspectos físicos dos idosos, como a necessidade de atenção e cuidado, na saúde dos mesmos, repercutem em toda dinâmica familiar. A rede de apoio se torna essencial na realidade de idosos que necessitam de cuidados, pois é por meio desta que se torna possível suprir suas necessidades. O suporte concretiza-se nas relações de dar e receber, de acordo com as necessidades de cada pessoa (Mota et al., 2010). Cachioni e Batistoni (2012) realizaram uma revisão de teorias e trabalhos sobre as relações causais para o bem-estar psicológico dos idosos e concluíram que competência física foi a categoria mais citada, juntamente com a independência física. A avaliação de bem-estar dos idosos é atravessada pela autonomia, independência, mesmo quando eles apresentam alguma limitação, sendo estas questões que interferem não só na sua saúde quanto nas suas relações sociais e familiares (Wozniak & Falcão, 2016).

Não apenas a capacidade funcional dos idosos se constitui uma questão importante e fonte de preocupação na família. A ansiedade e os sintomas depressivos são as doenças

psicológicas mais comuns do processo de envelhecimento (Gomes & Reis, 2016; Rabelo & Neri, 2015). Conforme Rabelo e Neri (2015), essas comorbidades estão associadas à percepção de suporte social como insuficiente ou negativo, ao menor grau de proximidade com outras pessoas e à menor satisfação com as relações sociais.

Para Teodoro, Cardoso e Freitas (2010), as interações familiares de baixa qualidade são tidas frequentemente como um fator de risco para o aparecimento de sintomas depressivos. O estudo dos preditores associados às relações sociais do indivíduo como fator de risco para a depressão é importante, na medida em que somente a contribuição genética da família não consegue explicar sozinha toda a variância desta psicopatologia.

Minghelli et al. (2013) fez uma pesquisa comparando grupos de idosos sedentários e ativos em relação à presença de ansiedade e depressão. Os dados obtidos no estudo revelaram maiores níveis de ansiedade e/ou depressão nos idosos pertencentes ao grupo dos sedentários comparativamente aos idosos ativos, ou seja, os níveis de ansiedade e/ou depressão e a prática de exercício físico apresentaram uma relação inversa. Estes dados corroboram com alguns estudos (Pereira, 2016; Teixeira, Nunes, Ribeiro, Arbinaga, & Vasconcelos-Raposo, 2016) que verificaram que o exercício físico, um componente do envolvimento social, promove uma redução dos sintomas de ansiedade e depressão. A depressão é considerada um relevante problema de saúde pública e é a doença psiquiátrica que mais comumente leva ao suicídio. As características clínicas da ansiedade se manifestam por meio de sintoma da natureza eminentemente psíquica, entre eles a sensação de medo e apreensão, sensação de ameaça e estado de hipervigilância (Batistoni, 2013).

Apresentar algum comprometimento funcional, ser do sexo feminino e estar nos anos mais avançados da velhice (acima de 75 anos) são fatores de risco para a depressão e ansiedade em idosos. Quando associadas, são agentes de sofrimento emocional e afetam significativamente o bem-estar biopsicossocial do idoso, com reflexos sobre a família e a comunidade. A restrição ao ambiente doméstico tem efeitos negativos que podem gerar sentimentos de solidão, desânimo e sintomas depressivos. A presença de ansiedade e depressão em idosos está associada à diminuição da qualidade de vida, ao sofrimento físico e psíquico decorrente do agravamento de doenças crônicas e incapacidades, às perdas de entes queridos e de papéis sociais e ao histórico prévio familiar (Rabelo & Neri, 2015; Gomes & Reis, 2016).

Para Souza et al. (2014), a disfuncionalidade familiar afeta sua possibilidade de resolver as dificuldades associadas ao envelhecimento. Famílias disfuncionais podem não prover cuidados necessários a seus parentes idosos. E, em se tratando de depressão, tais

famílias podem não oferecer o cuidado e a atenção requeridos, o que pode agravar o quadro da doença no idoso. No tratamento da depressão, as relações sociais com os familiares e amigos são muito relevantes e se faz necessário que a família se adapte e se organize para enfrentar a situação. O suporte financeiro é importante, mas o cuidado ao idoso com sintomas depressivos inclui ainda a escuta, a atenção e a afetividade. Compreender a funcionalidade da família do idoso com depressão pode subsidiar o planejamento de cuidados para responder a suas necessidades sociais e de saúde.

Reis e Trad (2015) avaliaram a perspectiva da família quanto ao suporte dado ao idoso antes e depois do comprometimento relatado. O estudo foi feito em quatro unidades de saúde da cidade de Jequié-BA e contou com 12 famílias. Os participantes relaram que antes do comprometimento da capacidade funcional dos idosos, as famílias eram relativamente ajustadas, e cada membro desempenhava as funções de forma isolada, sem depender da atenção dos demais, sobretudo os idosos. E depois do comprometimento, a dependência de um familiar idoso gerou impacto na dinâmica, na economia familiar e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados. Estudos como estes ilustram a importância do suporte familiar ao idoso com limitações físicas e psicológicas, ao passo que também acarretam uma mudança na estrutura familiar, resultado muitas vezes em estresse, sobrecarga, desafeto e disfuncionalidade da dinâmica da família.

É importante compreender a configuração e o funcionamento familiar, porque a qualidade das relações familiares e os padrões de interação podem ser relacionados com o desenvolvimento e com o curso de diversas condições de saúde física e psicológica dos idosos (Gonçalves et al., 2013). O sistema familiar é moldado ao longo da vida pelas histórias individuais e familiares dos seus membros, refletindo sua interação de acordo com os eventos da vida e as mudanças socioeconômicas que ocorrem. A organização, a configuração e as funções da família refletem características pessoais e situacionais, necessidades, expectativas e formas de suporte determinadas pela situação econômica, pela saúde, pela funcionalidade e pela afetividade dos seus membros, dentro de contextos socioculturais específicos (Rabelo, 2014).

O ambiente familiar pode ser sinônimo de proteção e afetividade, ao mesmo tempo em que pode atuar como uma fonte de estresse. Embora esse seja um campo de ambivalência, o ponto que possuem em comum diz respeito à família ser uma entidade formativa de qualquer indivíduo. Dentro desse quadro familiar, a afetividade vem sendo apresentada como padrão de definição do conceito de família, e, assim sendo, é preciso pensar nas implicações da sua falta permeando as relações. Será que há diferenças na percepção de afetividade de homens e

mulheres idosos? Será que os idosos mais longevos e os mais jovens percebem a afetividade em diferentes níveis? A baixa afetividade tem alguma associação com a saúde física e psicológica dos idosos? Depois de tudo o que foi exposto acima, foram levantados estes questionamentos, que por sua vez levaram este trabalho ao proposto delineamento de pesquisa.

O presente estudo tem como objetivo geral: investigar se há associação entre a percepção de baixa afetividade nos relacionamentos familiares de idosos com a faixa etária, o sexo e as condições de saúde física e psicológica. Os objetivos específicos são: (1) verificar se há diferença de sexo e faixa etária (de 60 a 75; acima de 75 anos) na percepção de baixa afetividade nos relacionamentos familiares de idosos; (2) avaliar se há relação entre a percepção de baixa afetividade e o desempenho funcional em atividades básicas e instrumentais de vida diária, o número de doenças, sinais e sintomas autorrelatados e o envolvimento social dos idosos; (3) verificar a associação entre a percepção de baixa afetividade e a ansiedade e a depressão dos idosos.

As hipóteses que nortearão este estudo são: (1) os homens relatarão com maior frequência baixa afetividade nos relacionamentos familiares do que as mulheres; (2) os idosos mais velhos (com mais de 75 anos) relatarão com maior frequência baixa afetividade nos relacionamentos familiares que os mais jovens; (3) a percepção de baixa afetividade será maior nos idosos que apresentarem pior desempenho funcional nas atividades básicas e instrumentais de vida diária; (4) a percepção de baixa afetividade será maior nos idosos com ansiedade e depressão.

MÉTOD

O presente estudo está fundamentado na análise do banco de dados de uma pesquisa maior nomeada “Desenvolvimento familiar e o idoso: rede de suporte social, dinâmica familiar e a convivência intergeracional”, destinado a investigar o funcionamento de famílias com idosos e sua rede de suporte informal e formal. Essa pesquisa é um estudo transversal e quantitativo, que foi realizado com base em uma amostra de domicílios com idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde do município de Santo Antônio de Jesus - BA.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza (FAMAM), localizada no município de Cruz das Almas - Bahia (protocolo no. 034/2011). Desta forma, este estudo está de acordo com o preconizado pela Resolução nº. 196/96, que

objetiva assegurar os direitos e deveres referentes à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Os participantes foram informados acerca dos objetivos da pesquisa e sobre o direito à opção individual de participar ou não e foram certificados sobre o sigilo que seria mantido em relação aos seus dados individuais e à sua identidade. Após a resposta afirmativa em participar, era solicitado que cada idoso assinasse um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com as diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde do Brasil. Foram explicados os benefícios que a pesquisa trará para o esclarecimento dos fatores que podem interferir positiva ou negativamente na qualidade de vida de idosos e a forma como a pesquisa aconteceria, visando a salvaguardar os direitos dos sujeitos envolvidos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido em duas vias, uma entregue aos participantes e a segunda arquivada pelos pesquisadores. O documento informava o nome do coordenador da pesquisa e oferecia um número para contato em caso de dúvida e o número do comitê de ética da universidade, para eventuais reclamações. Ao fim da coleta dos dados, os instrumentos respondidos foram guardados em um envelope sob a responsabilidade dos pesquisadores.

O procedimento da análise do banco de dados rege os mesmos aspectos éticos descritos e foi solicitado à pesquisadora responsável o acesso ao mesmo, uma vez que não houve participação da autora deste trabalho na coleta de dados. Não há uma duplicação do trabalho realizado, pois o objetivo e a análise proposta para esta dissertação não foram realizados em outro estudo.

Para o presente estudo, selecionaram-se as variáveis afetividade familiar, faixa etária, sexo, condições de saúde física e condições de saúde psicológica (Quadro 1):

Quadro 1
Variáveis selecionadas para o estudo

| Variáveis | Descrição |
|----------------------------------|---|
| Sociodemográficas | Faixa etária (60 a 74 anos e 75 anos ou mais) Sexo (feminino x masculino). |
| Condições de Saúde Física | Desempenho em Atividades Básicas de Vida Diária (Independente x Com dependência). Desempenho de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Independente x Com dependência) Número de doenças e de sinais e sintomas |

| | |
|---------------------------------------|---|
| | autorrelatados (nenhuma; 1 a 2; 3 ou mais) Envolvimento social (Maior x Menor) |
| Condições de Saúde Psicológica | Depressão (Sim x Não) Ansiedade (Sim x Não) |
| Afetividade familiar | Percepção de baixa afetividade nos relacionamentos familiares (Sim x Não) |

O contexto da pesquisa

A coleta de dados foi realizada no município de Santo Antônio de Jesus - BA, localizado no Recôncavo Baiano. De acordo com dados do IBGE 2010, o referido município tem população total de 90.985 habitantes, área de unidade territorial de 261.348 km² e densidade demográfica de 348,14 hab/km². Situa-se às margens da rodovia BR 101. Dista 187 km da capital, Salvador, por via terrestre, e 90 km por via marítima (Brasil, 2011).

No setor saúde, o município de Santo Antonio de Jesus exerce um papel importante, pois nucleia a microrregião leste do Estado da Bahia, que é sede da 4ª DIRES (Diretorias Regionais de Saúde). A cidade conta com 20 unidades de saúde na zona urbana, sendo a Unidade de Saúde da Família (USF) CENTROSJ a maior do município e a que tem a maior concentração de idosos (16,8% das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos). Segundo os dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), em 2010 estavam cadastradas nesta USF 2.754 famílias, somando 9.234 pessoas, sendo 1344 idosos, o que representa 14,5% dos cadastradas, segundo a faixa etária.

Procedimentos de recrutamento

Com a ajuda de agentes comunitários de saúde treinados, foram feitas a identificação e o arrolamento dos domicílios com idosos localizados em todas as 21 micro-áreas da região da zona urbana abarcadas pela USF CENTRSJ do município de Santo Antônio de Jesus. Dentre os domicílios com idosos identificados, 207 foram visitados por entrevistadores treinados na abordagem dos idosos e na aplicação dos instrumentos da pesquisa. Quando os endereços inicialmente identificados não eram encontrados, ou quando os idosos não eram localizados por motivos de viagem, falecimento, doença, internação ou mudança de endereço, buscava-se outro endereço na mesma rua. Esse outro endereço era indicado pelo agente

comunitário de saúde ou por pessoas residentes na micro-área. Dentre esses 207, sete (3,4%) não cumpriam um ou mais critérios de elegibilidade.

Os critérios de elegibilidade para participação dos idosos na pesquisa foram os seguintes:

1. Ter idade igual ou superior a 60 anos.
2. Ter residência permanente na subárea de saúde e no domicílio familiar.
3. Aceitar participar da pesquisa após tomar conhecimento do processo.

Os critérios de exclusão aplicados por ocasião do recrutamento foram os seguintes:

1. Déficit auditivo ou visual grave.
2. Dificuldades de expressão verbal.
3. Dificuldades de compreensão.
4. Confusão mental e desorientação temporal e espacial.
5. Estar temporária ou permanentemente acamado.
6. Apresentar estado de saúde física que impossibilitasse a participação na pesquisa.

O critério de inclusão na amostra se baseou no desempenho dos idosos no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein, Folstein, Mchugh, 1975; Bertolucci et al., 1994), um teste de rastreio de demências comumente usado em estudos populacionais. Foram adotadas as notas de corte apresentadas por Brucki et al. (2003) para cada faixa de escolaridade menos um desvio padrão, segundo os padrões adotados no estudo FIBRA (Neri et al., 2011). A opção pela inclusão de idosos sem déficit cognitivo sugestivo de demência no estudo foi feita para não prejudicar a confiabilidade das respostas de autorrelato dos idosos.

As notas de corte propostas pelo instrumento e adotadas foram: 17 para os analfabetos; 22 para idosos com escolaridade entre 1 e 4 anos; 24 para os com escolaridade entre 5 e 8 anos; e 26 para os que tinham 9 anos ou mais de escolaridade. O teste contém 30 itens pertencentes aos domínios orientação temporal e espacial, memória, cálculo, linguagem e praxias e é de rápida aplicação (7 a 12 minutos). Sua aplicação foi o primeiro procedimento da fase de entrevista que se seguiu imediatamente ao recrutamento dos idosos nos domicílios, como será explicado mais adiante.

No mesmo domicílio, poderia haver mais de um idoso. Quando mais de um manifestava interesse em participar, a escolha era feita com base na maior pontuação obtida no MEEM. Aos idosos que não preenchiam o critério de inclusão pela pontuação no MEEM era explicado que alguns participantes iriam ser submetidos a uma entrevista mais longa e

outros a uma entrevista mais curta, porque isso fazia parte do planejamento. 66 dentre os 200 idosos (31,9%) pontuaram abaixo da nota de corte no MEEM. A amostra final foi constituída por 134 idosos.

A Tabela 1 apresenta os dados sobre a amostra obtida no estudo ($n=134$), segundo as variáveis demográficas (sexo, faixa etária, cor ou raça) e socioeconômicas (renda familiar, aposentadoria, propriedade da residência e chefia familiar).

Tabela 1
Descrição das variáveis sociodemográficas da amostra (N= 134)

| Variáveis | Categorias | % |
|----------------------------------|------------------|------|
| Sexo | Masculino | 22,4 |
| | Feminino | 77,6 |
| Faixa etária | 60-74 | 66,4 |
| | 75+ | 33,6 |
| Cor ou raça | Branca | 29,9 |
| | Preta | 29,9 |
| | Parda | 38,8 |
| | Amarela | 1,5 |
| Aposentadoria ou Pensão | Aposentado: Sim | 75,4 |
| | Pensionista: Sim | 14,9 |
| | Não | 9,7 |
| Propriedade da Residência | Sim | 79,9 |
| | Não | 20,1 |
| Renda familiar (em faixas de SM) | 1.0-2.0 SM | 75,4 |
| | 2.1-4.0 SM | 20,9 |
| | 4.1-8.0 SM | 2,2 |
| | >8 SM | 1,5 |
| | Não | 27,6 |
| Chefia Familiar | Sim | 72,4 |
| | Não | 27,6 |

Procedimentos de coleta de dados

Logo depois da assinatura do TCLE e antes da aplicação do MEEM, o entrevistador solicitava ao idoso que ambos se dirigissem a um local da casa que pudesse proporcionar maior privacidade e tranquilidade e onde não ocorressem interrupções devido à passagem de pessoas ou ao ruído do telefone e de outros equipamentos. Uma vez localizado esse espaço e uma vez acomodados ele e o idoso, pedia-se licença para começar a entrevista, que, como dito acima, incluía a aplicação do MEEM.

A coleta de dados durou de duas a três visitas de duas horas cada uma, em média, dependendo da disposição de cada idoso. Optou-se por este procedimento porque a avaliação proposta no estudo foi extensa, mas também era fundamental que todos os instrumentos

fossem respondidos adequadamente para o cumprimento dos objetivos propostos e para que os idosos não se cansassem.

Instrumentos

O presente estudo utilizou os seguintes instrumentos:

1. *Características sociodemográficas*. Foram avaliadas a idade (agrupada em duas faixas - 60 a 74 anos e 75 anos ou mais) e o sexo — feminino x masculino — (Anexo 1).

2. Condições de saúde física:

2.1. *Questionário de doenças e de sinais e sintomas autorrelatados* (Neri & Guariento, 2011). Doenças crônicas diagnosticadas por médico no último ano (nove doenças, com respostas dicotômicas) e sinais e sintomas (total de doze com respostas dicotômicas), ambas agrupadas nas categorias nenhuma; 1 a 2; 3 ou mais (Anexo 2);

2.2. *Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária* (Katz et al., 1963; Lino et al., 2008). Foi obtido mediante escala de 6 itens com três possibilidades de resposta sobre a ajuda necessária (nenhuma, parcial ou total) para banho, vestir-se, toalete, transferência, controle esfinteriano e alimentação. As respostas foram agrupadas em: independente ou com dependência (Anexo 3).

2.3. *Desempenho de atividades instrumentais de vida diária* (Lawton & Brody, 1969; Brito, Nunes & Yuaso, 2007), mediante escalas com três possibilidades de resposta sobre a ajuda necessária (nenhuma, parcial ou total) para telefonar, usar transportes, compras, cozinhar, serviços domésticos, uso de medicação e manejo de dinheiro. As respostas foram agrupadas em: independente ou com dependência (Anexo 4).

2.4. *Envolvimento social*. A avaliação foi baseada em autorrelato sobre a participação em atividades físicas, em centro de convivência, na comunidade e religiosas (quatro questões com respostas que foram agrupadas em sim ou não). Os dados foram categorizados pela mediana, em menor ou maior envolvimento social.

3. Condições de saúde psicológica:

3.1. *Escala de Depressão Geriátrica* (Yesavage et al., 1983; Almeida & Almeida, 1999) com 15 perguntas tipo sim x não, a respeito de como o idoso havia se sentido durante a última semana, os quais se referem a humores disfóricos. Trata-se de uma escala de rastreio de depressão, com nota de corte ≥ 6 para depressão leve e ≥ 11 para depressão grave. Posteriormente, foram reunidas as categorias para análises dicotômicas entre sim e não (Anexo 5).

3.2. *Inventário de Ansiedade de Beck – BAI* (Cunha, 2001), com 21 itens versando sobre sintomas comuns de ansiedade e perguntando como o indivíduo se sentiu na última semana, com relação a cada um deles. Cada item apresenta quatro possibilidades de resposta. A nota de corte para ansiedade leve é ≥ 11 , para ansiedade moderada ≥ 20 e para ansiedade grave ≥ 31 , numa pontuação que pode variar entre 1 e 63 pontos. Posteriormente, foram reunidas as categorias leve, moderada ou grave, para análises dicotômicas entre sim e não (Anexo 6).

4. *Familiograma* (Teodoro, 2006). O indivíduo avalia sua relação com outro membro familiar a partir de adjetivos positivos (afetividade) e negativos (conflito), em uma escala que varia de 1 (de jeito nenhum) a 5 (completamente). A díade é descrita uma única vez, sempre da perspectiva do idoso. Foram avaliadas as díades idoso-cônjuge, idoso-filhos, idoso-netos, idoso-irmãos, e o conjunto dessas avaliações foi agrupado em alta ou baixa afetividade (Anexo 7).

Análise de dados

Os dados foram submetidos à análise estatística com a utilização do programa IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for Social Sciences*[®]), versão 21.0. Foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste de Exato de Fisher (na presença de valores esperados menores que 5), para comparar as variáveis categóricas e a análise de regressão logística univariada e multivariada, com critério *Stepwise* de seleção de variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

RESULTADOS

A idade dos participantes variou de 60 a 95 anos, com média de 72 anos e desvio-padrão de 8 anos, sendo 77,6% do sexo feminino e 68,7% são negros. A Tabela 2 mostra a distribuição da amostra quanto às condições de saúde física e psicológica, e percepção de baixa afetividade familiar. Quanto às condições de saúde física, a maioria relatou ter de uma a duas doenças (52,2%), três ou mais sinais e sintomas (59,7%), menor envolvimento social (65,7%), independência para as atividades básicas (96,3%) e instrumentais (58,2%) de vida diária. Com relação às condições psicológicas, 82,9% dos idosos não apresentaram sintomatologia depressiva e 76,9% não mostram ansiedade (Tabela 3). Vinte e cinco idosos (18,6%) avaliaram seus relacionamentos familiares como de baixa afetividade.

Tabela 2**Distribuição das condições de saúde física e psicológica e percepção de baixa afetividade familiar da amostra (N= 134)**

| Variáveis | Categorias | Amostra total | |
|-------------------------------------|---------------------|---------------|------|
| | | <i>n</i> | % |
| Envolvimento social | Menor | 88 | 65,7 |
| | Maior | 46 | 34,3 |
| Nº doenças autorrelatadas | Nenhuma | 18 | 13,4 |
| | 1-2 | 70 | 52,3 |
| | ≥3 | 46 | 34,3 |
| Nº sinais e sintomas autorrelatadas | Nenhum | 12 | 9,0 |
| | 1-2 | 42 | 31,3 |
| | ≥3 | 80 | 59,7 |
| ABVDs | Independente | 129 | 96,3 |
| | Dependência parcial | 03 | 2,2 |
| | Dependente | 02 | 1,5 |
| AIVDs | Dependência total | 08 | 6,0 |
| | Dependência parcial | 48 | 35,8 |
| | Independência | 78 | 58,2 |
| Depressão | Sim | 23 | 17,2 |
| | Não | 111 | 82,8 |
| Ansiedade | Sim | 31 | 23,1 |
| | Não | 103 | 76,9 |
| Baixa Afetividade | Sim | 25 | 18,6 |
| | Não | 109 | 81,4 |

A Tabela 3, a seguir, apresenta a comparação da frequência das variáveis com a baixa afetividade percebida. Pelos resultados, houve diferença significativa entre os grupos da faixa etária, com maior frequência de idosos com idade entre 60 a 74 anos nos com baixa afetividade ($p=0,003$) e da dependência em ABVDs, com maior frequência de dependência nas atividades básicas entre os idosos com baixa afetividade ($p=0,045$).

Tabela 3**Comparação frequências das variáveis sexo, condições saúde física e psicológica de idosos com alta e baixa afetividade (N= 134)**

| Variáveis | Baixa Afetividade | | | |
|------------------------------|---------------------------|-------------|-----|-------------|
| | Não | | Sim | |
| | N | % | N | % |
| Faixa etária | | | | |
| 60-74 anos | 66 | 60,5 | 23 | 92,0 |
| ≥75 anos | 43 | 39,5 | 02 | 8,0 |
| <i>Teste Qui-Quadrado</i> | $x^2=9,02; gl=1; p=0,003$ | | | |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 86 | 78,9 | 18 | 72,0 |
| Masculino | 23 | 21,1 | 07 | 28,0 |
| <i>Teste Qui-Quadrado</i> | $x^2=0,56; gl=1; p=0,455$ | | | |
| Envolvimento social | | | | |
| Menor | 73 | 67,0 | 15 | 60,0 |
| Maior | 36 | 33,0 | 10 | 40,0 |
| <i>Teste Qui-Quadrado</i> | $x^2=0,44; gl=1; p=0,508$ | | | |
| Nº doenças | | | | |
| Nenhuma | 15 | 13,8 | 03 | 12,0 |
| 1-2 | 59 | 54,1 | 11 | 44,0 |
| ≥3 | 35 | 32,1 | 11 | 44,0 |
| <i>Teste Qui-Quadrado</i> | $x^2=1,28; gl=2; p=0,526$ | | | |
| Nº sinais e sintomas | | | | |
| Nenhum | 10 | 9,2 | 02 | 8,0 |
| 1-2 | 36 | 33,0 | 06 | 24,0 |
| ≥3 | 63 | 57,8 | 17 | 68,0 |
| <i>Teste Qui-Quadrado</i> | $x^2=0,91; gl=2; p=0,633$ | | | |
| ABVDs | | | | |
| Independente | 107 | 98,2 | 22 | 88,0 |
| Com dependência | 02 | 1,8 | 03 | 12,0 |
| <i>Teste Exato de Fisher</i> | $p=0,045$ | | | |
| AIVDs | | | | |
| Com dependência | 42 | 38,5 | 14 | 56,0 |
| Independente | 67 | 61,5 | 11 | 44,0 |
| <i>Teste Qui-Quadrado</i> | $x^2=2,55; gl=1; p=0,110$ | | | |
| Depressão | | | | |
| Sim | 16 | 14,7 | 07 | 28,0 |
| Não | 93 | 85,3 | 18 | 72,0 |
| <i>Teste Exato de Fisher</i> | $p=0,140$ | | | |
| Ansiedade | | | | |
| Sim | 22 | 20,2 | 09 | 36,0 |
| Não | 87 | 79,8 | 16 | 64,0 |
| <i>Teste Qui-Quadrado</i> | $x^2=2,86; gl=1; p=0,091$ | | | |

As Tabelas 4 e 5, a seguir, apresentam os resultados da análise de regressão logística univariada e multivariada, respectivamente, para investigar a predição das variáveis do estudo à baixa afetividade. Pelos resultados da análise univariada, verificou-se que as variáveis idade e dependência para ABVDs são preditoras da baixa afetividade. Os idosos com maior risco de baixa afetividade foram: os mais jovens (risco 7.5 vezes maior para os com 60-74 anos) e os com dependência parcial ou total em ABVDs (risco 7.3 vezes maior).

Tabela 4**Resultados da análise de regressão logística univariada para baixa afetividade (N=134)**

| Variável | Categorias | Valor-P | O.R.* | IC 95% O.R.* |
|-----------------------------|----------------------------------|--------------|-------|--------------|
| Sexo | Feminino (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Masculino | 0.457 | 1.45 | 0.54 – 3.90 |
| Idade | ≥75 anos (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 60-74 anos | 0.008 | 7.49 | 1.68 – 33.41 |
| Envolvimento social (AAVDs) | Maior participação social (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Menor participação social | 0.509 | 0.74 | 0.30 – 1.81 |
| Dependência para AIVDs | Independência (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Dependência parcial ou total | 0.114 | 2.03 | 0.84 – 4.89 |
| Dependência para ABVDs | Independência (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Dependência parcial ou total | 0.035 | 7.30 | 1.15 – 46.26 |
| Número de doenças | 0 (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 1-2 | 0.922 | 0.93 | 0.23 – 3.77 |
| | ≥3 | 0.530 | 1.57 | 0.38 – 6.46 |
| Número de sinais e sintomas | 0 (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 1-2 | 0.838 | 0.83 | 0.15 – 4.78 |
| | ≥3 | 0.715 | 1.35 | 0.27 – 6.75 |
| Depressão | Não (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Sim | 0.118 | 2.26 | 0.81 – 6.28 |
| Ansiedade | Não (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Sim | 0.096 | 2.22 | 0.87 – 5.70 |

* OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para baixa afetividade; (n=109 sem baixa afetividade e n=25 com baixa afetividade).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência.

Pelos resultados da análise multivariada com critério *Stepwise* de seleção de variáveis, verifica-se que as variáveis idade e dependência para AIVDs foram selecionadas como sendo predictoras da baixa afetividade. Os idosos com maior risco de baixa afetividade foram: os mais jovens (risco 14.0 vezes maior para os com 60-74 anos) e os com dependência parcial ou total em AIVDs (risco 4.3 vezes maior).

Tabela 5
Resultados da análise de regressão logística multivariada para baixa afetividade (N=134).

| Variáveis Seleccionadas | Categorias | Valor-P | O.R.* | IC 95% O.R.* |
|---------------------------|------------------------------|--------------|-------|--------------|
| 1. Idade | ≥75 anos (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | 60-74 anos | 0.001 | 14.03 | 2.89 – 68.03 |
| 2. Dependência para AIVDs | Independência (ref.) | --- | 1.00 | --- |
| | Dependência parcial ou total | 0.004 | 4.29 | 1.60 – 11.52 |

* OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para baixa afetividade; (n=109 sem baixa afetividade e n=25 com baixa afetividade).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. Ref.: nível de referência.

DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho foi investigar a associação entre a percepção de baixa afetividade nos relacionamentos familiares de idosos com a faixa etária, o sexo e as condições de saúde física e psicológica. A seguir, os dados deste estudo serão discutidos primeiramente quanto às suas condições sociodemográficas, de saúde física e psicológica, e a baixa afetividade percebida pelos idosos. Em seguida, serão discutidas as hipóteses de pesquisa e as variáveis que estavam associadas à percepção de baixa afetividade.

Condições sociodemográficas

Os resultados apresentaram uma amostra que foi composta por mulheres em sua maioria, corroborando com a realidade atual da feminização da velhice. Hoje já se sabe que a expectativa de vida da mulher é superior à do homem em uma média nacional de sete anos. Segundo o IBGE, em 2015, a estimativa da expectativa de vida ao nascer para as mulheres foi de 79,1 anos e para os homens de 71,9 anos, sendo que, no estado da Bahia, a expectativa de vida é maior ainda, com 68,8 anos para os homens e 77,9 para as mulheres.

Para Lima e Bueno (2009), as mulheres vivem mais que os homens, entre outros fatores, porque utilizam mais os serviços médicos e hospitalares, principalmente no parto, de medicamentos anti-inflamatórios, antibióticos; e, na menopausa, fazem tratamentos adequados. Fora que, do ponto de vista afetivo e social, estabelecem mais vínculos e têm mais plasticidade em suas relações afetivas. As mulheres são mais comprometidas com os cuidados de si, são mais claras e específicas ao falar de seus problemas de saúde, não têm dificuldades para demonstrar fragilidade e nem vergonha de se expor. Costa-Júnior, Couto e Maia (2016)

afirmam que, desde a infância, os homens são ensinados a ocultar seus sentimentos e valorizados ao demonstrem força, resistência e virilidade. Desta forma, culturalmente, temos a fragilidade física como um atributo feminino.

As interpretações acerca da identidade feminina, com enfoque na fragilidade e sensibilidade da mulher, remetem às perspectivas de gênero ideologicamente consagradas como tradicionais e essencialistas. Ora as mulheres são culturalmente valorizadas (como mãe e esposa), ora elas são desqualificadas socialmente (por serem pouco práticas e objetivas). Nesse sentido, Costa-Júnior, Couto e Maia (2016) apresentaram relatos em seu estudo, no qual as entrevistadas diziam que esta era uma visão estereotipada da mulher, a de fragilidade, partindo de uma ótica da diferença dos papéis sociais que estão mudando com o tempo. Ainda assim, neste mesmo estudo, foram encontrados resultados sobre a procura e acesso feminino à atenção primária de saúde, que é muito maior do que a masculina. Os homens tendem a procurar mais as unidades de urgência e emergência, ou seja, as mulheres utilizam o sistema de saúde mais com utilidade de prevenção e promoção, enquanto que os homens buscam mais a reabilitação e recuperação.

As questões entre gênero e saúde podem explicar a feminização da velhice. Para Figueiredo (2007), as mulheres idosas demonstraram uma melhor adaptação a situações que ocorrem na velhice, visto que as mulheres que hoje estão na velhice tiveram a infância, a adolescência e a vida adulta baseadas no modelo patriarcal, restringindo-lhes sua atuação ao espaço doméstico. São mulheres que, de um lado, sentem-se resignadas de algumas perdas, mas, de outro, retomam poder para decidir sobre suas vidas de forma mais independente. Essas idosas mostraram-se mais adaptadas a esta nova conjuntura que se estabelece com o envelhecimento. Uma outra categoria deste mesmo estudo evidenciou que, no sentido de romper com os padrões e valores, as mulheres estão sempre surpreendendo, pois buscam mais informações e participam em diferentes espaços públicos, desenvolvendo relações interpessoais e incorporando conhecimentos que são fundamentais para o aprendizado capaz de levá-las a práticas do autocuidado, e assim promover a saúde e prevenir doenças e suas consequências negativas para o envelhecimento saudável.

Segundo Almeida et al. (2015), para algumas idosas, a fase da velhice vem como uma espécie de “ânimo”, mediante o que já vivenciaram ao longo de suas vidas, a exemplo das dificuldades em termos financeiros e na educação dos filhos. Além disso, verificou-se que a percepção positiva da velhice pode estar vinculada à oportunidade de participação social, que muitas vezes se potencializa nesta etapa da vida, com a realização de novas atividades em novos ambientes. Para outras idosas, entretanto, que consideraram a velhice como uma etapa

ruim e triste da vida, os fatores que determinaram tal percepção foram: a dependência dos filhos, a solidão, a perda de habilidades, o cansaço, as restrições advindas dos problemas de saúde, as dores e a menor aceitação pela sociedade. Esses dados indicam que o processo de envelhecimento não é linear e homogêneo, e que viver mais nem sempre é sinônimo de viver melhor.

A amostra do presente estudo é representada majoritariamente por idosas negras, de baixa renda e chefes de família, e que, portanto, necessitam de uma contextualização do seu processo de envelhecimento, já que estamos falando de uma população com maior vulnerabilidade em diversos aspectos. Lima, Rios e França (2013) afirmam que, em 1995, a grande maioria das famílias chefiadas por mulheres negras se caracterizava por uma chefia feminina solitária, na qual inexistia a figura do marido ou companheiro. Atualmente, porém, o perfil das famílias chefiadas por mulheres negras se distancia crescentemente desta primeira configuração: caem as taxas de mulheres com e sem filhos, e crescem as proporções de casais chefiados por mulheres, realidade que também se aplica às mulheres, de modo geral, e não somente às negras. Isto significa, portanto, que a realidade de mulheres como chefes de família está cada vez menos limitada a lares monoparentais, mas ainda é frequente na atual coorte de idosas.

Quanto à atuação no mercado de trabalho, são utilizados dois conceitos básicos, o de ocupação e o de atividade. É o caso nas estatísticas oficiais, por exemplo, das donas de casa, o que causa controvérsia pela identificação que esta classificação faz do trabalho doméstico com não trabalho. As mulheres negras, por exemplo, sempre exerceram trabalhos domésticos em lares que não eram os seus, só que esta atividade, frequentemente, não é formalizada legalmente como trabalho. Mulheres negras, geralmente, estão representadas nos serviços sociais de forma geral, incluindo as funções de empregada doméstica, de saúde e de educação, que reforçam a função do cuidado nos papéis femininos, principalmente das mulheres negras. Além do acesso ao mercado de trabalho, a desigualdade se reflete na ocupação de posições de menor prestígio e remuneração. As mulheres negras que atuam no trabalho doméstico são 57,6% dos trabalhadores nesta posição e tem menor presença em posições mais protegidas, como o emprego com carteira assinada, o que poderia, mais tarde, garantir uma qualidade de vida no processo de envelhecimento com a aposentadoria (Silva, 2013).

Embora não fosse reconhecido socialmente, a mulher negra sempre trabalhou e chefiou sua família. A novidade da chefia familiar feminina, assim como a entrada da mulher no mercado de trabalho, se refere às mulheres brancas. O resultado condiz com a realidade brasileira, em que a condição de mulheres provedoras em suas famílias é intensificada pela

pobreza, pelo desemprego e conseqüente permanência e/ou retorno dos filhos e netos para a casa. Essa situação concorre para uma vida de privações, longe da qualidade que uma velhice digna exige, principalmente se considerarmos que mais da metade das aposentadorias femininas está na faixa de até um salário mínimo (Azevedo, 2005; IBGE, 2016). A exclusão social corresponde a um sistema dinâmico de interesses diversos. No Brasil, a exclusão do negro se deu pela lógica do sistema escravocrata (racismo estrutural, interpessoal e pessoal), já a do idoso se dá pela crença de incompetência, incapacidade, improdutividade e dependência (Barros & Brancos, 2017).

Os preconceitos relacionados aos idosos não estão somente associados com a idade, pois as questões de gênero, raça e as condições socioeconômicas potencializam o tratamento desigual e a discriminação (Santos, Lopes & Neri, 2007). Os presentes dados dialogam com essa realidade, uma vez que a feminização do envelhecimento da população negra pode remeter à mortalidade precoce do homem negro (IBGE, 2016), assim como a baixa escolaridade e renda familiar.

A amostra do presente estudo também foi composta, em sua maioria, por idosos mais jovens, que possuíam entre 60 e 74 anos. O fator idade interfere em muitos aspectos do processo de envelhecimento e, por isso, é necessária a divisão entre os mais jovens e mais velhos, pois as capacidades, as oportunidades, as limitações são diferentes entre um idoso de 60 e outro de 80 anos, por exemplo. E, por mais que a expectativa de vida tenha aumentado e a possibilidade de envelhecer mais anos seja possível, o número de pessoas que alcançam as idades mais longevas é menor do que as que chegam à velhice na primeira fase. Especialmente a população negra, cuja longevidade é menor do que a população branca.

Um estudo feito por Navarro et al. (2015) encontrou, entre os 6913 indivíduos participantes, de 59 cidades diferentes, 6056 idosos jovens e 857 idosos longevos (80 anos ou mais). A pesquisa ainda apresenta que a falta de segurança foi a maior dificuldade enfrentada para sair de casa, referida por 1378 entrevistados, tanto longevos como jovens, não havendo diferença estatística entre os grupos. A dificuldade de locomoção foi a segunda opção mais relatada, correspondendo a 166 idosos longevos e 424 idosos jovens, sendo significativamente mais frequente no grupo mais velho. O fato de não se sentirem motivados foi mais referido entre os idosos longevos, o que apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos. A falta de ter com quem sair, a dificuldade de enxergar e a dificuldade com o transporte coletivo ou privado, obtiveram percentuais significativos e maiores entre os idosos longevos. As dificuldades encontradas pelos entrevistados foram, percentualmente, maiores entre o grupo mais velho, o que sugere uma maior limitação destes para saírem de casa.

O desenvolvimento humano implica perdas e ganhos, avanços e declínios, em qualquer fase da vida, o que não é diferente na velhice. Embora o foco tenha permanecido nas perdas e declínios por um longo tempo, hoje já sabe mais sobre as potencialidades e as compensações. A teoria *Life Span* fundamenta, justamente, que a natureza do que é considerado um ganho ou uma perda muda com a idade, envolve critérios objetivos e subjetivos, e está condicionada ao contexto sociohistórico e cultural (Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 2006).

Idosos mais longevos possuem recursos e forças psicológicas que podem ser favoráveis ao bem-estar e dialogam com os declínios e perdas em decorrência da maior vulnerabilidade do organismo (doenças crônicas, dependência, multimorbidade, entre outros). Os recursos podem ser de diversos aspectos, como nos idosos de Okinawa, no Japão, onde vivem as pessoas mais longevas do mundo, em decorrência dos hábitos alimentares, atividades físicas, da qualidade de vida, dos fatores psicológicos, do suporte social e das estratégias de enfrentamento diante das adversidades. A velhice não é uma fase homogênea e, por mais que os idosos longevos não sejam tão numerosos quanto os idosos mais jovens, isso não significa que a qualidade de vida deles seja inferior. Estudos do mundo inteiro afirmam que os centenários avaliam mais positivamente a sua vida que outras faixas etárias (Wozniak & Falcão, 2016).

Condições de saúde física e psicológica

A autonomia e a independência são elementos muito importantes no processo de envelhecimento com qualidade de vida para os idosos. A possibilidade de controlar e tomar decisões pessoais, assim como de viver sem depender totalmente da ajuda de outras pessoas para executar as atividades diárias, exerce uma grande influência na avaliação da satisfação com a própria vida e com o autoconceito de saúde. A capacidade funcional surge como novo conceito de saúde, uma vez que transcende o diagnóstico e o tratamento de doenças em idosos, para uma direção de preservar a autonomia e a independência pelo maior tempo possível (Almeida, Batista & Campo, 2014).

Com relação à capacidade funcional, neste estudo, a maioria não apresentou dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Sobre a saúde autorelatada, informaram menos de três doenças e mais de três sinais e sintomas. Como a maior parte era de idosos mais jovens (entre 60 e 75 anos), a vulnerabilidade biológica pode ser menor em relação aos idosos longevos (75+ anos) e o desempenho funcional também pode estar mais

preservado. As melhorias das condições de prevenção e a promoção de saúde diminuíram as taxas de mortalidade e aumentaram a qualidade de vida dos idosos brasileiros.

As pesquisas com idosos indicam que a maioria apresenta capacidade funcional preservada, como mostra um estudo feito por Barbosa, Almeida, Barbosa e Barbosa (2013), no qual 286 idosos entrevistados, com idade entre 60 e 103 anos, 61,9% autorreferiram-se independentes quanto à capacidade funcional, e que a dependência em atividades instrumentais estava associada à faixa etária ≥ 75 anos e ao sexo feminino. A maior proporção de idosos foi considerada independente para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária. Outro estudo que apresenta essa realidade é o de Farias-Antúnez et al. (2018), no qual foram incluídos 1.451 idosos, e cuja maioria da amostra se caracterizava como independente nas capacidades funcionais.

Em relação às doenças, a maioria da amostra relatou entre uma e duas doenças e pelo menos três sinais e sintomas. Esses resultados estão dentro do aspecto normativo no processo de envelhecimento. Segundo Veras (2012), envelhecer sem apresentar nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra. A maior parte das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso têm na própria idade seu principal fator de risco. Portanto, não é a presença ou ausência da doença que vai determinar a qualidade de vida, mas as possibilidades de manejar e conduzir a própria vida de maneira independente e autônoma, ou seja, sua capacidade funcional. Segundo estudo de Rodrigues e Neri (2012), com 688 idosos recrutados em domicílio em Campinas-SP, verificou-se uma maior presença de doenças e de sinais e sintomas entre as mulheres e nos idosos com menor renda, o que justificaram pela provável falta de acesso e de atenção à saúde durante a vida.

A dependência nas capacidades funcionais dos idosos pode ser influenciada pelo incentivo e/ou promoção do meio inserido. Um ambiente familiar negligente, por exemplo, pode influenciar um comportamento do idoso mais dependente e menos autônomo, não por suas capacidades funcionais estarem comprometidas, e sim por falta de motivação para independência. Em todas as fases da vida, a dependência pode assumir uma natureza que a qualifica como comportamental. Segundo Neri (2013), a dependência comportamental é aprendida, porque os comportamentos envolvidos têm forte probabilidade de serem reforçados socialmente e as expectativas de resultados influem sobre a maneira como as pessoas reagem à dependência e à independência em diferentes momentos da vida. Na velhice, a dependência aprendida pode ocorrer em ambientes que desestimulam a independência e reforçam a dependência, por meio de práticas de superproteção e infantilizadoras. Os cuidadores podem associar o cuidado amoroso com o olhar de que o idoso

é doente, mentalmente confuso e dependente. Ou, também, esses comportamentos podem estar associados às questões de ordem prática, como as rotinas, os horários e a disponibilidade de pessoas e de recursos para o cuidado. Nesses casos, a promoção de padrões comportamentais de dependência aprendida tem efeitos negativos sobre a competência comportamental e sobre a saúde física e mental dos idosos.

Com relação ao envolvimento social relatado no presente estudo, relacionado à participação em atividades físicas, em centro de convivência, na comunidade e religiosas, o menor envolvimento pode estar associado à limitação de acesso ao mundo externo ao lar e da família, assim como à dificuldade de contato social por parte dos idosos. A evolução da rede social na velhice apresenta três efeitos cumulativos: a rede social se contrai; as oportunidades de renovar a rede diminuem progressivamente; e os processos de manutenção da rede se tornam mais difíceis (Sluzki, 1997). Por outro lado, de acordo com o processo de seletividade socioemocional, o contato familiar se torna mais importante na velhice do que em outras idades. Os idosos selecionam suas relações buscando melhor regulação emocional, quais sejam: aquelas avaliadas como positivas e que auxiliam no seu bem-estar (Carstensen, 1992; Charles & Carstensen, 2009). Isso significa que os contatos sociais diminuem com o envelhecimento por um processo de seleção ativo, adaptativo e por uma escolha afetiva.

Para Ferreira, Tura, Silva e Ferreira (2017), a caracterização de práticas promotoras de qualidade de vida evidenciou atitudes relacionadas à participação social, convívio e interação com amigos nos grupos de convivência, realização de tarefas cotidianas com independência e autonomia, apoio e contato familiar. Destaca-se, ainda nesse sentido, a relevância atribuída pela perspectiva *Life Span* à influência dos fatores socioculturais no processo de desenvolvimento. A criação de oportunidades de lazer, de socialização e, principalmente, de educação se mostra fundamental nesta fase da vida, permitindo equilibrar os declínios inerentes ao envelhecimento e os benefícios proporcionados por estas atividades (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012).

Pinto e Neri (2013) verificaram que a idade, a renda e o desempenho funcional influenciam o envolvimento social dos idosos. Os dados apresentaram que os idosos de 80 anos ou mais e os mais pobres tiveram pior desempenho funcional e menor envolvimento social, assim como houve correlação entre capacidade funcional e envolvimento social. Pinto e Neri (2017) fizeram uma revisão sistemática da literatura e encontraram trinta e um estudos longitudinais sobre participação social em idosos e adultos de meia-idade saudáveis. Os resultados apresentaram que os níveis de engajamento social aumentaram, em três estudos, principalmente no início da velhice (até os 75 anos). Vinte e um estudos apresentaram

resultados correspondentes à diminuição dos níveis de engajamento social na velhice. Cinco estudos divulgaram resultados sobre a ausência de mudanças nos níveis de envolvimento social. Foi ressaltada neste estudo a teoria da seletividade socioemocional, já que selecionar relacionamentos positivos é um recurso utilizado no processo de envelhecimento como proteção subjetiva e dos relacionamentos familiares. No entanto, o baixo envolvimento social, frequentemente, não se dá por escolha, mas pelas oportunidades oferecidas pelo contexto social.

Possatto e Rabelo (2017) encontraram uma associação significativa da ansiedade com baixo envolvimento social e com baixa percepção de suporte social. Na relação com ansiedade e depressão, idosos que praticam atividade física revelam níveis de depressão reduzidos (Pereira, 2016; Teixeira et al., 2016; Wozniak e Falcão, 2016; Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012). Neri, Costa, Marínculo e Ribeiro (2011) apresentaram dados do estudo FIBRA, no qual a atividade foi relacionada com maior envolvimento social, produtividade e satisfação com a vida. Há a necessidade de um entendimento mais amplo com relação ao envolvimento social e os fatores que podem influenciar a sua diminuição ou não, na velhice, assim como as possibilidades e oportunidades que podem também ampliar essa participação social.

A amostra do atual trabalho também se apresentou predominantemente sem ansiedade e depressão, o que contrapõe a muitos estigmas criados para o processo de envelhecimento. O estigma do idoso doente, dependente, triste ou ranzinza precisa ser questionado e repensado, e estudos já mostram essas mudanças há algum tempo (Possatto & Rabelo, 2017; Batistoni, Bueno, Di Nucci, & Yassuda, 2011; Machado et al., 2016; Minghelli, Tomé, Nunes, Neves, & Simões, 2013; Oliveira et al., 2012). Embora não seja predominante a comorbidade no processo de envelhecimento, é preciso ter atenção para essas doenças. A ansiedade e depressão aparecem nestes mesmos estudos associados a aspectos diversos da saúde do idoso, como a dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária (Possatto e Rabelo, 2017); maior probabilidade em idosos sedentários (Minghelli et al., 2013); associação com a idade (71 a 76), o sexo feminino, a renda (1 a 3 salários mínimos), a escolaridade e o estado civil (Oliveira et al., 2012).

Maior saúde mental tem relação com os potenciais e capacidades humanas, isto é, o dinâmico e complexo processo da resiliência. No caso da população negra, maioria presente neste estudo, algumas características podem estar presentes, como, por exemplo, a firme aceitação da realidade; a crença profunda, em geral, apoiada por valores fortemente sustentados, de que a vida é significativa; a habilidade para improvisar; adaptação positiva ou

superação da adversidade (Bello, 2017). No entanto, por todas as questões sociais, políticas, culturais, econômicas envolvidas, alguns estigmas permanecem fortes e presentes, como o de que terapia é para loucos, fracos ou brancos, o que, por sua vez, dificulta a procura por serviços de saúde mental, mesmo até de se reconhecer com uma necessidade ou fragilidade desse âmbito (Boyd-Franklin & Karger, 2016).

Considera-se importante discutir o impacto do racismo, que é estrutural, na saúde mental da população idosa negra. Idosos sem depressão e ansiedade podem dizer respeito às forças que construíram no decorrer da vida para lidar com os preconceitos, com as dificuldades e perdas, com o apoio e suporte familiar e redes de apoio. Por outro lado, podem indicar a dificuldade de autorreconhecimento do sofrimento e das diferentes formas de sofrimento psíquico na população negra.

Damasceno e Zanello (2018) fizeram uma busca pela produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos sobre o racismo e a saúde mental dos negros. Com a pesquisa, concluíram que é necessário promover maior consciência e compreensão de como o racismo opera, a multiplicidade de suas manifestações e o impacto que tem sobre as pessoas. É importante estudar e reconhecer este impacto para que as consequências não continuem sendo ignoradas, subestimadas, invisibilizadas. As pesquisas precisam aprofundar os impactos do racismo na saúde mental de pessoas negras, vistos de uma perspectiva dual, tanto a vivência diária do racismo como estressor e causador de sofrimento, quanto o racismo invisível dos serviços de saúde mental, que primariamente deveriam acolher a pessoa alvo do racismo.

Percepção de baixa afetividade familiar

A minoria dos idosos neste estudo avaliaram seus relacionamentos familiares como de baixa afetividade. Ainda assim, mesmo que menos frequente, é preciso pensar na implicação que a percepção de baixa afetividade tem na vida do idoso, pois tem sido apontada como indicador de menor funcionalidade e capacidade assistencial da família (Araújo et al., 2012; Rabelo, 2016).

A afetividade é um constructo complexo e de grande importância dentro do contexto interrelacional, seja familiar ou não. A regulação afetiva envolve duas estratégias independentes: a otimização afetiva e a complexidade afetiva. A primeira diz respeito à resiliência, à maximização de afetos positivos, enquanto que os aspectos negativos são amenizados. Já a segunda estratégia se refere aos mecanismos de regulação emocional que envolvem a habilidade de coordenar afetos positivos e negativos em estruturas flexíveis e

diferenciadas (Labouvie-Vief & Medler, 2002). Para Blanchard-Fields (2009). Os adultos mais velhos demonstram maior flexibilidade na resolução de problemas e uso da estratégia de regulação de emoções, bem como uma diminuição na quantidade de recursos necessários para manter ou recuperar o bem-estar emocional, corroborando com a TSS (Teoria da Seletividade Socioemocional). Para a autora acima, a motivação para regulação emocional é maior nas pessoas mais velhas do que nas mais novas, uma vez que os idosos avaliam como atitudes mais maduras e positivas, otimizar as experiências gratificantes.

A capacidade de regulação afetiva pode auxiliar na compreensão dos resultados da presente amostra. As estratégias adaptativas e de desenvolvimento cumprem funções importantes, quando, diante de estressores e riscos, contribuem para o bem-estar e saúde. Utilizar as estratégias de enfrentamento como medidas de resiliência se relaciona com a perspectiva de considerá-la como resultado da interação entre os recursos do indivíduo e as demandas, as ameaças e os recursos do contexto em que vive (Fontes, 2016).

É recorrente em pesquisas sobre a satisfação com a dinâmica familiar (Gonçalves et al., 2012; Reis & Trad, 2015; Rabelo & Neri, 2016) uma avaliação positiva dos idosos, o que indica sua capacidade de construção e manutenção daqueles laços. Principalmente para as idosas que possuem socialmente a função de proporcionar encontros, unidade e coesão familiar. Souza et al. (2014) encontraram resultados nos quais foram identificadas famílias altamente funcionais na ótica da maioria dos idosos. Revelaram-se satisfeitos com o relacionamento entre seus familiares, o que leva a crer que podem ser famílias preparadas para responder a demandas, gerenciar problemas e manter a autonomia de seus membros.

Aqui ainda é preciso considerar que, tratando-se de uma amostra de pessoas negras, as dificuldades a serem enfrentadas são muitas e ultrapassam as questões do processo de envelhecimento. Bello (2017) afirma que a resiliência da população negra está associada à autopreservação, assim como a família pode significar uma rede de proteção e fortalecimento contra o preconceito e as barreiras sociais. O processo de envelhecimento se constitui em um fenômeno fortemente influenciado pela cultura, condições e contextos de vida. Então as estratégias de regulação emocional desta amostra podem estar associadas, também, às adaptações e estratégias desenvolvidas ao longo da vida, no enfrentamento das adversidades e no fortalecimento do vínculo familiar.

Boyd-Franklin e Karger (2016) chamaram atenção para o cuidado que as famílias negras (no contexto estadunidense) possuem para falar sobre os problemas familiares fora do contexto familiar, uma vez que se reconhece a suspeita cultural sadia de entender como doença aquilo que não se enquadrar no padrão e ser diferente. Além disso, a vulnerabilidade

afetiva da mulher negra é construída historicamente por muitos fatores sociais, culturais, biológicos e políticos que rodeiam essas relações. Pacheco (2013) discorre sobre as mudanças históricas desde a escravização e a imagem da mulher negra que estaria fora do “mercado afetivo” e naturalizada no “mercado do sexo” e a erotização, do trabalho doméstico. Em contraposição, as mulheres brancas seriam, nestas elaborações, pertencentes à cultura do afetivo, do casamento, da união estável.

É a partir do racismo, desde a concepção do sujeito, que se precisa pensar nas famílias e como a afetividade pode mediar essas relações familiares. Por mais que a avaliação positiva do contexto familiar seja observada na literatura, é preciso entender as diferenças que levam cada família a agir de tal forma. A população negra não está representada nos manuais de funcionamento familiar. Não existe um parâmetro do que é normativo e do que pode ser esperado ou não dentro deste contexto sócio-racial. E não admitir as especificidades seria enquadrar o diferente como “não normal”. Uma família que se desenvolve a partir de uma trajetória histórica e cultural de preconceito, violência e exclusão não deve ser pensada da mesma forma que a clássica família branca de classe média. Os conflitos e a afetividade que mediarão as relações entre estes membros também precisam de um olhar sensível às diferenças, não com julgamento de valores, mas sim com o reconhecimento da diferença.

Green (2016) afirma que já existe a tarefa importante de unir a teoria multicultural (incluindo raça, gênero, etnia, classe social, capacidade física, orientação sexual e idade) com a teoria tradicional dos sistemas familiares. Nessa perspectiva, seria possível repensar as estruturas e dinâmicas familiares, não só nas instâncias intrafamiliares, como nas sociais/culturais. Quando se fala de uma dependência de um idoso negro, por exemplo, não se fala somente dos arranjos de poder no interior da família e das reorganizações necessárias, e sim das que são possíveis naquela realidade, uma vez que o poder também é desigual de uma família para outra. Uma situação como essa ultrapassa as questões intrafamiliares para uma análise mais ampla e que interfere diretamente nestas relações, em constante diálogo entre os membros e com o externo.

Apoio/suporte e afetividade, então, são dimensões do sistema familiar que estão relacionadas, mas não são iguais. Ofertar os cuidados básicos e dar o suporte possível não garantem que as relações serão necessariamente de afetividade. As interações familiares podem se estruturar como relações de aliança, de solidariedade, de inclusão ou de conflito, e uma convivência intergeracional pode se estruturar com apoio e coesão, como com exclusão de membros. A família pode facilitar ou dificultar sua relação com os idosos, o que exige adaptação e flexibilidade de ambas as partes. Facilita, quando permite que o idoso exerça

sua autonomia, respeita sua história e experiência, permite a privacidade, propicia um clima de aceitação, consideração e compreensão. E dificulta quando o isolam, infantilizam, reforçam comportamentos de dependência e criam um clima de agressividade e hostilidade (Rabelo & Neri, 2014).

No mesmo sentido, a solidariedade familiar intergeracional (Lowenstein, 2007) envolve os domínios proximidade emocional, contato social e o conflito. Fernandes (2008) associa as dificuldades concernentes aos laços familiares com a situação de desemprego, alcoolismo, preconceito e pobreza, causados pelo novo sistema competitivo desenvolvido culturalmente no Brasil. Embora estes fatores sejam elementos desagregadores de ciclos familiares, não significa aceitar as análises deterministas que impossibilitam os sujeitos de rearranjarem suas trajetórias sociais, mas perceber como esses fatores estruturam suas escolhas em determinados contextos sociais e históricos.

O ajuste familiar é um processo, sempre dinâmico, como todo sistema familiar. Um sistema é um complexo de elementos em mútua interação. A funcionalidade familiar também diz respeito a como esses membros interagem, resolvem problemas e se comunicam. O processo relacional dos membros é emocional; as emoções positivas definem a afetividade e as negativas caracterizam o conflito (Teodoro, 2006). Nesse contexto, é preciso entender que a baixa afetividade pode estar relacionada às expectativas não supridas e diferenças geracionais. A família está organizada por uma estrutura de relações com exigências funcionais, com demandas de papéis e funções para todos os membros e a negociação destes papéis pode resultar em relações harmônicas ou conflituosas (Rabelo & Neri, 2014).

Os idosos também podem ser a fonte de recurso financeiro para esta família, uma vez que a realidade do ninho cheio brasileiro está permeada pelas limitações socioeconômicas (Pinto Júnior, 2016). Nesse quadro, são as mulheres que geralmente exercem o papel de cuidadoras, mesmo também sendo idosas. Além disso, elas ocupam a posição de chefia familiar e a sobrecarga pode influenciar na percepção de afetividade (Camarano, 2010).

Segundo Araújo, Castro e Santos (2018), muitos idosos avaliam a família como muito boa apenas para reafirmar sua satisfação em estar em nela, enfatizando as relações devido à consanguinidade, levando em consideração a posição que este idoso ocupa nas famílias, e falam em família neste sentido como proteção identitária. Nesse ponto, a desejabilidade social pode ter interferido. A necessidade de manter um legado familiar íntegro também está associada a uma avaliação positiva de si enquanto chefe de família.

No presente estudo, ao avaliarem positivamente as relações e o funcionamento familiar, também estão se referindo ao seu autoconceito de eficácia na construção destes

vínculos, principalmente para as idosas que possuem socialmente esta expectativa de unir e manter a família. Esse tipo de avaliação não diz apenas de todo um funcionamento complexo e dinâmico, mas também do quanto esse idoso se percebe tendo êxito na gestão familiar. O que, por sua vez, não garante que seja a melhor forma de funcionamento para sua qualidade de vida ou que, de fato, seja uma família funcional. Ademais, é preciso pensar quais seriam as consequências da baixa afetividade, intermediando as relações familiares, mesmo que, de forma geral, isto não seja a regra.

Os resultados desse estudo nos levam a pensar em questões regionais e em realidades muitas vezes diferentes de outros estudos. Para Mota (1999), afirmar-se no cotidiano é a primeira forma de diferenciação da velhice segundo os gêneros e as classes sociais. É fundamental para a compreensão do processo de envelhecimento o contexto familiar, o que implica entendimento das questões que envolvem a formação e a dinâmica de funcionamento das famílias em geral. Entra aqui, também, a importância do afeto na mediação das relações familiares, na medida em que sua presença, ou ausência, afetaria a qualidade de vida dos idosos e dos demais membros familiares.

No âmbito do envelhecimento da população negra, não se podem desconsiderar a influência do racismo e a estrutura familiar que foi constituída a partir dele. Bello (2017) afirma que a resiliência na pessoa negra não se trata de sobrevivência mecânica ou causal, mas de autossuperação consciente, estratégica e permanente. Tal capacidade representa uma contraposição à ideia de que os sujeitos que crescem em ambientes adversos estão fadados a se tornarem problemáticos. Nesse quadro, situações adversas precisam ser enfrentadas cotidianamente por pessoas negras desde pequenas, e reconhecer isto não significa vitimizar ou patologizar, mas entender sob qual contexto essa população se desenvolve e quais as estratégias elas precisam desenvolver para sobreviver. Através deste reconhecimento, entender porque é difícil para as idosas negras se declararem frágeis, ou doentes, — ou que estão sobrecarregadas com tantas funções — pode subsidiar uma atenção mais cuidadosa do não dito, já que elas aprenderam a ser fortes para sobreviver.

As hipóteses de pesquisa

- (1) *Os homens relatarão com maior frequência baixa afetividade nos relacionamentos familiares do que as mulheres*

Os resultados do presente estudo não confirmaram essa hipótese, isto é, homens e mulheres não diferiram quanto à percepção de baixa afetividade. Não houve diferenças na percepção de baixa afetividade segundo a análise realizada, indicando a possibilidade de que os principais fatores relacionados a uma avaliação negativa podem ser semelhantes para idosos e idosas. É possível ainda considerar que a partir dos novos conceitos e padrões familiares, relatar e assumir a afetividade deixou de ser uma característica restrita ao feminino. Os homens podem estar mais abertos a dar e a receber afeto, a ocupar funções de cuidado e muitos outros papéis socialmente destinados às mulheres. Por exemplo, estudo feito por Reis et al. (2011) não apresentou diferença entre os sexos com relação ao suporte familiar percebido. Embora suporte familiar não seja a mesma coisa que a percepção de afetividade nas relações familiares, os resultados apresentam um raciocínio semelhante.

(2) *Os idosos mais velhos (com mais de 75 anos) relatarão com maior frequência baixa afetividade nos relacionamentos familiares que os mais jovens*

Os resultados mostraram que os idosos mais jovens apresentaram com maior frequência percepção de baixa afetividade. Segundo Neri, Costa, Marínculo e Ribeiro (2011), com o passar dos anos, as atividades sociais vão sendo interrompidas, a agenda vai se tornando previsível, seja pelo declínio real ou presumido da saúde ou pelos processos de seletividade socioemocional. Os hábitos, as motivações e as oportunidades de contato social refletem nas expectativas de relações familiares. Os idosos mais jovens estão em um período de transição e de ajustamento, de saída do trabalho, de aposentadoria, de redução da rede social. Essas condições, em conjunto com a invisibilidade de suas necessidades por uma autonomia e independência mais preservadas, afetam a percepção de afetividade. As mudanças exigem reajustes na dinâmica familiar, e a afetividade pode estar associada de forma negativa a essas reconfigurações.

(3) *A percepção de baixa afetividade será maior nos idosos que apresentam pior desempenho funcional nas atividades básicas e instrumentais de vida diária*

A hipótese 3 foi confirmada e as análises apresentaram uma predição à baixa afetividade quando houve alguma dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. A capacidade funcional é um indicador de saúde e bem-estar que oferece bases para o

envelhecimento bem-sucedido. A percepção de afetividade pode estar relacionada com a expectativa de cuidado e suporte. Os laços afetivos proporcionam apoio psicológico e social na família, auxiliando no enfrentamento das dificuldades do cotidiano (Araújo et al., 2012; Rabelo, 2016). O impacto de uma dependência física no contexto familiar demanda reorganização de todo o sistema e da rede de apoio, mudanças no espaço físico, na rotina do cuidado, realidade de sobrecarga para quem cuida, o que interfere na relação familiar.

(4) *A percepção de baixa afetividade será maior nos idosos com ansiedade e depressão*

A saúde psicológica, baseada nos níveis de ansiedade e depressão, não esteve associada com a baixa afetividade percebida. O equilíbrio da família também depende da saúde psicológica dos seus membros, embora isso nem sempre seja reconhecido como problema de saúde. Os sintomas da ansiedade e depressão, como irritabilidade, tristeza, isolamento, são sintomas naturalizados na velhice e, portanto, podem não demandar claramente dos familiares um reajuste ou cuidados especiais.

No entanto, nessa amostra, os idosos com depressão ou ansiedade não apresentaram maior frequência de baixa afetividade percebida. Ao que parece, as condições de saúde física relativas à independência e autonomia afetaram mais a avaliação da afetividade. Levando em conta o contexto de vida e a história desses sujeitos, é preciso considerar que a maioria da amostra é composta por idosas negras de baixa renda, o que abre um leque de possibilidades de dificuldades vivenciadas, não só com o processo do envelhecimento, mas com o racismo e todo contexto cultural de preconceito que elas podem ter vivido ao longo dos anos. É possível que essas condições tenham colocado em destaque a capacidade funcional em detrimento das emoções no relato e na descrição dos idosos quanto aos adjetivos positivos percebidos nas relações familiares.

Quais fatores estavam associados à percepção de baixa afetividade?

1. Idosos com idade entre 60 a 74 anos

Idosos mais jovens estão provavelmente mais saudáveis e dispostos a interagir socialmente. Quando os familiares não correspondem a essa expectativa, a percepção de afetividade pode ficar comprometida. Como em qualquer outra etapa da vida, há expectativas sobre as relações familiares, como elas deveriam ser e como os membros esperam que sejam.

Uma vez que o outro não se comporte ou ofereça o esperado pelo idoso, por exemplo, pode ser feita uma avaliação negativa dessa relação. Aqui também entram as questões de hierarquia e modelos familiares, que podem divergir entre as gerações, o que pode mudar também com uma dependência, ou se o idoso é mais jovem e ativo, ou mais velho e menos autônomo. Idosos mais novos oferecem apoio e cuidam de outros membros familiares, mesmo quando eles próprios estão fragilizados. É comum que mencionem renúncias, dificuldades e obrigações em demasia e a sobrecarga também pode se apresentar como influência na percepção de baixa afetividade (Motta et al., 2010).

Os idosos jovens, assim como os adultos ou outras faixas etárias anteriores, enfrentam estresse, apenas mudando as formas de enfrentamento. Eles ainda estão mais expostos a eventos estressantes ligados aos papéis sociais, aos problemas intergeracionais, questões financeiras, entre outros. Com o processo natural do envelhecimento, essas funções vão diminuindo e, conseqüentemente, determinados aborrecimentos diários vão sendo delegados a outros familiares. Somado a isso, as formas de enfrentamento e de autorregulação emocional também vão se aprimorando na busca de autopreservação e maior bem-estar. É comum relatos dos idosos mais velhos de que as situações não o incomodam mais tanto quanto antes ou de que um referido evento foi enfrentado de forma menos conflituosa e estressante (Fortes & Neri, 2004).

Segundo Wozniak e Falcão (2016), a satisfação com a vida de idosos mais jovens tem relação com as questões de saúde (como, p.ex., a dependência), enquanto que para os mais velhos isso se altera. O estudo das autoras indicou que a autoeficácia, o sentido de vida, o otimismo e a vontade de viver estavam duas vezes mais ligados à satisfação com a vida dos idosos mais velhos do que dos idosos mais jovens. Os resultados demonstram a adaptação dos mais velhos a sua condição de saúde física e reafirmam a importância das forças psicológicas no processo do envelhecimento.

Com relação aos idosos mais velhos, ainda é possível afirmar que, com o aumento da necessidade de cuidado por parte de outros, essas atividades sejam interpretadas como demonstrações de afetividade e proximidade relacional. Uma vez que haja algum tipo de dependência e estas sejam supridas, os idosos tendem a fazer uma avaliação mais positiva desse cuidado, já que eles precisam e encontram suporte, mesmo que não seja da forma que desejavam. O suporte e a afetividade não são a mesma coisa, mas, como estão culturalmente relacionados, o idoso pode interpretar que a presença de um venha somado a do outro.

As relações entre diferentes faixas etárias se baseiam não apenas em normas de reciprocidade ou igualdade de troca (Silverstein, 2010; Lowenstein, 2007). Como as trocas

intergeracionais acontecem nos níveis afetivo, instrumental, financeiro e educativo, há muitos papéis e funções entre os membros no funcionamento de cada sistema familiar. O papel dos idosos avós, por exemplo, como responsáveis por transmitir valores e tradições, servindo como elo entre as gerações, pode ser interpretado por estes idosos como um papel hierárquico. Por outro lado, isso pode não ser reconhecido pelos demais membros familiares, principalmente os mais jovens, que entendem a hierarquia de uma forma mais horizontal.

Dentro do sistema familiar, cada membro está em constante diálogo com esse todo, em relação à mutualidade e complementariedade. Cada subsistema é caracterizado pela reciprocidade, equilíbrio de poder e qualidade afetiva, sendo que as respostas dadas as demandas da velhice dependem da sua organização ao longo do tempo. Com isso é preciso pensar quais os padrões e as formas de ajustamento foram criados ao longo do ciclo familiar, o que difere em cada família (Rabelo & Neri, 2014).

É importante compreender os padrões de afetividade que vão sendo formados ao longo dos anos e que dirão como essa família se relacionará com uma pessoa idosa. Nesse contexto, a autonomia é uma questão relevante, assim como o quanto essa família possibilita uma condição ambiental que promova autoeficácia. As crenças e forças psicológicas que esses idosos possuem, bem como o ambiente pode propiciar um desafio ao presumido declínio, incentivam o envelhecimento ativo, com autonomia e maior bem-estar. Com relação aos idosos mais jovens, por exemplo, o incentivo a autonomia pode não ocorrer pelos familiares, no momento em que estes já os consideram menos capazes e incompetentes, sem considerar as possibilidades e o que eles ainda podem fazer, ou não apoiar o que eles querem ou consideram que precisam fazer.

Nesse período de entrada na fase do envelhecimento também ocorrem muitas mudanças, como a aposentadoria, maior tempo livre, a reorganização da dinâmica familiar, que podem interferir também em como os outros veem esses idosos, bem como o que eles acham de si mesmos. Pode ser ainda que os idosos mais velhos tenham mais tempo e vivências para lidar com seu processo de envelhecimento do que os idosos mais jovens e, por isso, avaliem mais positivamente suas vidas e suas relações interpessoais. A baixa afetividade apresentada pelos idosos mais jovens pode também estar associada ao seu processo de adquirir recursos para lidar com as mudanças, com novas dinâmicas e trocas, com as expectativas de cada membro sobre a família e os papéis que cada um exercerá (Baltes, 1990; Neri, 2006).

2. Dependência Funcional

Idosos com dependência nas atividades de vida diária, básicas e instrumentais, relataram com maior frequência uma percepção de baixa afetividade. As atividades básicas são elementares para a sobrevivência e autocuidado de qualquer pessoa, e a necessidade de cuidado por um dos membros exige um reajustamento de todo o sistema familiar. A rede familiar afeta a saúde de cada indivíduo, assim como a saúde deste também afeta diretamente a rede. A doença restringe a mobilidade do sujeito, o que reduz a oportunidade dos contatos sociais e, por consequência, o isola. Este isolamento também pode ser reforçado pelo o efeito interpessoal aversivo que as doenças causam nas pessoas.

Há uma reação de afastamento e isolamento do indivíduo doente, ativando uma maior resistência ao contato por parte da rede social. Os idosos perdem contatos sociais no isolamento do lar e, dentro de casa, podem ser interpretados como estorvo até por si mesmo. Para Sluzki (1997), a presença de uma dependência de um dos membros afeta negativamente a rede social desta pessoa em espiral de deterioração recíproca. A dependência e os reajustes familiares podem causar um nível de estresse, assim como a redução da rede de suporte. Os recursos para lidar com a situação também podem reduzir, o que geram uma tensão e prováveis conflitos familiares internos. Esse é momento do sistema familiar se reconfigurar, e se isso não ocorrer de forma coesa e harmoniosa, a insatisfação pode afetar a percepção de baixa afetividade.

Para Baltes e Baltes (1990), a competência para vida diária é um constructo multidimensional ligado a uma vasta quantidade de recursos. As competências básicas de vida diária estão ligadas a recursos relativos à saúde; as competências de atividades instrumentais estão relacionadas aos recursos sociais, psicológicos e comportamentais; e a autonomia é indispensável nesses processos. Perder a capacidade de cuidar das próprias necessidades básicas pode indicar para o sujeito que ele não possui mais o controle de si mesmo. Muitos idosos relutam em solicitar ou aceitar ajuda, e podem interpretar a oferta como desnecessária ou podem fazer isso na tentativa de manter o controle da própria vida. Por outro lado, os cuidadores, mesmo que bem-intencionados, podem se comportar inadequadamente, infantilizando os idosos e limitando o exercício de sua autonomia e liberdade (Neri, 2010; Rabelo, 2016).

Para Camarano (2010), a dependência feminina pode acarretar perda de autonomia e incapacidade para lidar com as atividades do cotidiano, além do aparecimento de novos papéis sociais, como o de ser chefe de família. De acordo com Rabelo (2014), quando os

idosos não têm doenças nem dependência, a satisfação com a dinâmica familiar e o bom relacionamento entre os membros da família tornam-se mais prováveis.

Estudo feito por Silva e Rabelo (2017) mostrou que os idosos com dependência nas atividades instrumentais de vida diária percebem com menor frequência alta afetividade no relacionamento com o cônjuge e maior frequência de alto conflito no relacionamento com os filhos. O idoso espera apoio, suprimento de necessidades afetivas e instrumentais dos familiares, o que nem sempre é concretizado (Sampaio, Rodrigues, Pereira, Rodrigues & Dias, 2011). As consequências de problemas de saúde, as mudanças em papéis sociais mais amplos e as demandas relativas aos eventos de vida precisam ser resolvidas e negociadas, buscando o equilíbrio do sistema familiar.

No presente estudo, a análise multivariada mostrou que o risco de a percepção da relação familiar ser de baixa afetividade aumentou em 4.3 vezes se os idosos apresentarem dependência em atividades instrumentais de vida diária. As atividades instrumentais não são consideradas de sobrevivência dos idosos, portanto, os familiares podem não apresentar interesse, tempo, disponibilidade para auxiliá-los. Os familiares podem interpretar que não há necessidade de ajuda e, por isso, as dependências em atividades instrumentais não causam uma reorganização familiar e nem mudam o fluxo de transferência intergeracional de recursos.

Nos casos de dependência em atividades instrumentais, uma vez que dizem respeito à socialização dos idosos, e por mais que não tenham o caráter de urgência e não ameacem a vida dos idosos, merecem igual atenção e são necessidades. Os idosos com dependência para utilizar o telefone, usar transportes, fazer compras e cozinhar podem ter a ajuda necessária, sem que alguém faça por ele. É comum o relato da falta de paciência dos mais jovens em ensinar ou acompanhar um idoso por falta de tempo, de interesse, de recursos ou até por desconsiderarem uma necessidade mesmo. Essas são as dependências mais associadas à baixa afetividade e à não percepção de apoio e suporte por parte dos cuidadores (Neri, 2010; Pinto-Júnior et al., 2016; Mafra, 2011).

Vivenciar um evento negativo — como, por exemplo, ficar incapacitado, o que representa ameaça ao senso de controle pessoal e traz consequências numerosas e de longo prazo na vida do indivíduo — tende a acionar seus recursos pessoais e sociais (Rabelo & Neri, 2005). Para o idoso, a qualidade de vida é afetada por perdas, carências ou necessidades não atendidas. Mas o efeito perturbador delas depende muito do significado que ele lhes atribui, e

este significado tem relação com a crença do quanto ele se percebe estimado por outras pessoas (Souza et al., 2014).

No decorrer da vida, o enfrentamento de eventos estressores está relacionado ao desenvolvimento de habilidades de autorregulação e dos mecanismos de SOC, de diversos domínios do funcionamento humano, como meios para equilibrar limites e potencialidades, decorrentes do envelhecimento, contribuindo para aumentar a resiliência (Baltes & Baltes, 1990). Nesse sentido, a TSS também entraria como recurso, já que segundo ela os idosos selecionam com quem preferem se relacionar, sendo o ponto de seleção as emoções positivas em detrimento das pessoas que causam emoções negativas. Mas, diante disso, é preciso salientar que uma situação de dependência e doença pode constituir-se como limitante para este recurso, pois a seleção pode passar de voluntária para involuntária.

A associação entre a baixa afetividade com a dependência funcional também pode ser explicada pela: relação entre o cuidador e o idoso cuidado; história anterior e como eles construíram estes vínculos; expectativa do idoso de ser cuidado por outra pessoa; ou, de outra forma, por questões que perpassam o entendimento de família, de vínculo e de suporte. A expectativa do cuidado está ligada com experiências vividas anteriormente ao longo da vida. Idosos reconhecem algumas pessoas como suporte em decorrência de situações vivenciadas anteriormente e é, mais provável, esperar delas um cuidado se necessário.

A percepção de baixa afetividade em idosos com algum tipo de dependência pode ser explicado, por exemplo, se as relações familiares já não eram percebidas como afetivas antes da dependência (Souza et al., 2014). A família nem sempre é funcional, saudável, com relações afetivas e próximas. As pessoas possuem conflitos, mágoas, problemas, que vão acumulando ao longo de tempo e que nem sempre se resolvem, até que um pai, um cônjuge, um irmão idoso necessite de ajuda. E ofertar cuidados básicos não significa melhorar a qualidade dessas relações. Pelo contrário, a situação de cuidado pode intensificar os aspectos emocionais de questões não resolvidas (Silva & Rabelo, 2017).

Conforme Sluzki (1997), há processos interpessoais que alimentam a dependência de um dos membros na relação disfuncional do sistema familiar. Um dos processos reduz a iniciativa de ativação da rede por parte dos idosos, que é tipo uma resposta, na qual ele não procura quem não lhe procurar. Um exemplo é fazer um pedido de ajuda. Desse modo, quando os familiares não os auxiliam, deixam de pedir e de ativar esta rede social como suporte instrumental. Outro processo que impacta nas relações é que o ato de cuidar se torna pouco gratificante com o passar do tempo, uma vez que se percebe a ausência de melhora e se

identifica como algo desgastante, principalmente quando o cuidado recai sobre um cuidador apenas.

Para pensar nos reajustes familiares necessários na presença de uma dependência, antes é preciso compreender como era o funcionamento dessa família, como as relações se davam e a qualidade afetiva neste contexto. A partir disso, é que se pode considerar as reorganizações possíveis e quais as expectativas envolvidas nas relações entre os membros. A função social e histórica da mulher negra (maioria da amostra) é cuidar do outro. No processo de educação transgeracional, elas são cobradas a serem fortes, não demonstrarem fragilidades, e quando elas apresentam alguma dependência podem se sentir vulneráveis (Bello, 2017).

Em casos de dependência em atividades básicas, estudos (Araújo & Santos, 2012; Araújo et al., 2013) indicam a falta de conhecimento técnico e materiais instrumentais para dar suporte a esse idoso. Esse cuidado, normalmente, é realizado no lar, muitas vezes sem a estrutura adequada ou com familiares sem condições psicológicas, sociais ou mesmo sem recursos financeiros ou humanos para cuidar de seu familiar idoso. Essa é uma questão cultural e política, pois a expectativa é do cuidado doméstico, e não uma estrutura formal de apoio às famílias de idosos com dependência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que a faixa etária e a capacidade funcional são fatores de risco para a percepção de baixa afetividade. A dependência em atividades básicas exige um reajustamento de todo o sistema familiar, enquanto que a necessidade de ajuda para o desempenho de atividades instrumentais é negligenciada por não ser interpretada como necessidade. A dependência de um dos membros da família exige reorganização dos papéis, principalmente na função do cuidador, o que pode não ser uma experiência positiva para todos, exigindo adaptações, regulação emocional, assim como depende da história das relações nessa família.

Com relação à idade, idosos mais jovens estão provavelmente mais saudáveis e dispostos a interagir socialmente, o que pode não ser correspondido pelos familiares com incentivos à sua autonomia, assim como estes idosos podem estar sobrecarregados com funções ativas que ainda ocupam na família, como o de cuidador e netos e de outros familiares idosos.

O presente estudo apresentou algumas limitações que precisam ser levadas em consideração. O instrumento utilizado para avaliar a afetividade, o Familiograma, investiga, por meio de adjetivos positivos e negativos, as díades familiares. No entanto, a afetividade pode abranger muitos outros aspectos da vida do idoso que não estão contemplados naquelas características. Nesse caso, por exemplo, uma avaliação qualitativa poderia esclarecer e enriquecer o trabalho, o que fica como sugestão para outros estudos.

Outra limitação se refere ao delineamento transversal do estudo, pois quando a afetividade familiar foi avaliada em momento pontual, pode ter ocorrido algum evento crítico que tenha afetado a percepção dos idosos, o que não significa que o mesmo seja recorrente nas suas vidas. Além disso, existe muita confusão e sobreposição nos diversos conceitos e características do funcionamento familiar na literatura. Ressalta-se, também como limitação, a escassez de investigações sobre a afetividade familiar em idosos para comparação com a presente pesquisa.

Como pontos fortes, destaca-se que este é um estudo inédito. Aqui foram apresentados dados diferentes dos que se relatam em outras pesquisas sobre o contexto familiar do idoso, contribuindo com novas perspectivas sobre suas possíveis implicações no processo de envelhecimento. Levaram-se em conta questões de gênero e étnico-raciais (mesmo que se tenha feito a opção de não usar a raça como variável na análise estatística), o que não se apresenta com facilidade na literatura nacional, muito menos com relação à afetividade mediando essas questões. É de extrema importância que se busque aprofundar essa temática com outros estudos, pois os que já existem são poucos e não suprem toda a complexidade dos fenômenos em questão.

Este estudo não se propôs a avaliar a percepção de afetividade dos outros membros das díades familiares, e priorizou dar voz ao idoso e apresentar sua perspectiva. Mostrou indícios de como as variáveis de interesse podem estar associadas, a partir da análise de uma amostra pertencente a uma região que resguarda especificidades e com escassos estudos desta natureza. Dado o impacto da baixa afetividade no funcionamento social e familiar, esta pesquisa chama a atenção para a necessidade de aumentar o conhecimento sobre como as famílias estão se organizando, qual a qualidade das relações familiares e das necessidades dos membros que envelhecem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. V., Mafra, S. C. T., Da Silva, E. P., & Kanso, S. A. (2015) *Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social*. Textos & Contextos (Porto Alegre). 14(1), pp. 15-31.
- Almeida, M. H. M., Batista, M. P. P., & Campos, A. C. V. (2014) *Autonomia e independência como indicadores de saúde para idosos*. In: Campos, A. C. V.; Berlezi, E. M. & Correa, A. H. M. (Org) *Envelhecimento: um processo multidimensional*. (vol 1) – Injuí: E. Unijuí, pp. 149-171.
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999) *Short version of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV*. International Journal of Geriatric Psychiatry. 14(10), pp. 858-865.
- Amorim, K. S. (2012). *Cultura, significação e afetividade*. Temas em Psicologia. 20(2), pp. 305-308.
- 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*. Psicologia em Pesquisa, 12(2), pp. 14-23.
- Araújo, L. F., Coutinho, M. P. L., & Santos, M. F. S. (2006). *O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais*. Psicologia & Sociedade, 18(2), pp. 89-98.
- Araújo, E. M., Costa, M. C. N., Hogan, V. K., Araújo, T. M., Dias, A. B., & Oliveira, L. O. A. (2009). *The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 13(31), pp. 383-394.
- Araújo, I., & Santos, A. (2012) *Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação*. Revista de Enfermagem Referência, Coimbra, 3(6), pp. 95-102.
- Araujo, J. S., Vidal, G. M., Brito, F. N., Gonçalves, D. C. A., Leite, D. K. M., Dutra, C. D. T., & Pires, C. A. A. (2013). *Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 16(1), pp. 149-158.
- Araújo, C. K., Cardoso, C. M. C, Moreira, E. P., Wegner, E., & Areosa, S. V. C. (2012) *Vínculos Familiares e Sociais nas relações dos idosos*. Revista Jovens Pesquisadores, Santa Cruz do Sul, 1, pp. 97-107.
- Azevedo, E. L. (2005) *A mulher e seus fazeres no movimento dos aposentados*. In: Motta, A. B.; Azevedo, E. L.; Gomes, M. Q. C. G. (Org). *Reparando a falta: dinâmica de gênero em perspectiva geracional* – Salvador: UFBA / Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a mulher (Coleção Bahianas; 10).
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. In: P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds). *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences*, pp. 1-34.

- Baltes, P. B., Stauding, U. M., & Lindenberger, U. (1999) *Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning*. *Annu. Rev. Psychol.* 50, pp. 471–507.
- Baltes, P. B. (1987). *Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline*. *Developmental Psychology*, 32 (5), 611-626.
- Baptista, M. N. (2007) *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudo compositivo em duas configurações*. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(3): pp. 496-509.
- Baptista, M. N., Teodoro, M. L. M., Cunha, R. V., Santana, P. R., & Carneiro, A. M. (2009). *Evidência de validade entre o inventário de percepção de suporte familiar -IPSF e familiograma -FG*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), pp. 466-473.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Dias, R. R. (2001). *Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), pp. 52-61.
- Barbosa, B. R., Almeida, J. M., Barbosa, M. R., & Rossi-Barbosa, L. A. R. (2014). *Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), pp. 3317-3325.
- Barros, C. S., & Brancos, S. I. D. (2017) *Envelhecimento da população negra, desigualdade racial e qualidade de vida*. *Uniesp*. Acesso: http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170920124107.pdf
- Batistoni, S. S. T., Bueno, D. R. S., Di Nucci, F. C. F., & Yassuda, M. S. (2011). *Status cognitivo, satisfação com a cognição e sintomas depressivos*. In: Neri, A. L., & Guariento, M. E. (Orgs.). *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do Estudo FIBRA Campinas*, 187-204. Campinas, SP: Alínea.
- Batistoni, S. S. T., Fortes, A. C.G., & Yassuda, M. S. *Aspectos Psicológicos do Envelhecimento*. In: Freitas, Elizabete Viana; Ty, Ligia. (org). *Tratado de Geriatria e gerontologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Batistoni, S. S. T. (2009) *Contribuições da Psicologia do Envelhecimento para as práticas clínicas com idosos*. *Psicol. pesq.*, Juiz de Fora, 3(2), pp. 13-22.
- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., Nicolosi, G. T., Lopes, L. O., Khoury, H. T., Eulálio, M. C., Cabral, B. E., & khoury, H. (2013) *Sintomas depressivos e fragilidade*. In: Neri, A. L. (Org.). *Fragilidade e qualidade de vida na velhice*. Campinas, SP: Alínea; pp. 283-298.
- Bello, L. (2017) *Possibilidades de resiliência no estar-sendo negra: “é preciso ter coragem pra ter na pele a cor da noite”*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Bengtson, V. L., & Roberts, R. E. L. (1991). *Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction*. *Journal of Marriage and Family*, 53(4), pp. 856-870.

- Bengston, V. L., Rice, C. J., & Johnson, M. L. (1999) *Are theories of aging important? Models and explanations in gerontology at the turn of the century*. In V. L. Bengston and K. Warner Schaie (Eds.), *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer, pp. 3-20.
- Beauvoir, S. (1976). *A velhice: realidade incômoda*. São Paulo: Difel, 2ed. pp. 339.
- Bezerra, F. C., Almeida, M. I., & Nóbrega-Therrien, S. M. (2012). *Estudos sobre envelhecimento no Brasil: revisão bibliográfica*. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 15(1), pp. 155-167.
- Blanchard-Fields, F. (2009) *Flexible and adaptive socio-emotional problem solving in adult development and aging*. *Restorative Neurology and Neuroscience* (27), pp. 539–550.
- Bloch, D. A., & Rambo, A. (1998). *O início da terapia familiar: temas e pessoas*. In: M. Elkaïm (Org.), *Panorama das terapias familiares*, Vol. 1 (E. C. Heller, Trad.) (pp. 17-56). São Paulo: Summus. (Trabalho original publicado em 1995).
- Boyd-Franklin, N., & Karger, M. (2016) *Intersecções de raça, classe e pobreza: Desafios e resiliência em famílias afro-americanas*. In: Walsh, F. *Processos Normativos da Família: Diversidade e Complexidade*. / (Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa). -4.ed.- Porto Alegre: Artmed, pp. 273-292.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2006) *Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, n. 19, pp. 192. (Cadernos de Atenção Básica).
- Brasil. Constituição da República Federativa, 1988. Capítulo I, Seção III. São Paulo. Imprensa Oficial do Estado, 1990.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010) *Censo demográfico 2010: características gerais da população*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2016) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 36 (1) pp. 146.
- Brito, F. C., Nunes, M. I., & Yuaso, D. R. (2007) *Multidimensionalidade em Gerontologia II: instrumentos de avaliação*. In: NETTO, M. P. (Org). *Tratado de Gerontologia*. 2. Ed. São Paulo: Atheneu.
- Britto, M. A. (1999) *Sociabilidades de Gênero e Geração: idosos no limiar do século XXI*. Porto Alegre: Congresso Brasileiro de Sociologia, 10.
- Brucki, S. M. D. et. al. (2003) *Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil*. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3-B). pp. 777-781.
- Bulanda, J. R. (2011). *Gender, marital power, and marital quality in later life*. *Journal of Women & Aging*, 23(1), pp. 3–22.
- Camarano, A. A. (2003). *Mulher idosa: Suporte familiar ou agente de mudança?* *Estudos Avançados*, 17(49), pp. 35-63.

- Camarano, A. A. et al. (2004) *Famílias: espaços de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades*. In: Camarano, A. A. (Org). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA. pp. 137-167.
- Camarano, A.A. (2010) *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* / Ana Amélia Camarano (Organizadora) – Rio de Janeiro: Ipea.
- Cachioni, M., & Batistoni, S. S. T. (2012) *Bem-estar subjetivo e psicológico na velhice sob a perspectiva do conviver e do aprender*. Revista Temática Kairós Gerontologia, 15(7), pp. 09-22.
- Calderón, R. L. (2013) *Princípio da afetividade no direito de família*. Rio de Janeiro: Renovar.
- Carmo, É. A., Santos, P. H. S., Ribeiro, B. S., Soares, C. J., Santana, M. L. A. A, Bomfim, E. S., Oliveira, B. G., & Oliveira, J. S. (2018). *Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 27(1), pp.
- Carstensen, L. L. (1992) *Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory*. Psychol. Aging. 7(3). Pp. 331–38
- Cervený, C. M. O., & Berthoud, C. M. E. (2009). *Ciclo vital da família brasileira*. In L. C. Osório & M. E. P. Valle (Orgs.), Manual de terapia familiar Porto Alegre: Artmed. pp. 25-37.
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2009). *Social and Emotional Aging*. Annual review of Psychology, 61, 383-409.
- Clarke, E. J., Preston, M., Raskin, J., & Bengtson, V. L. (1999). *Types of conflicts and tensions between older parents and adult children*. The Gerontologist, 39, pp. 261-270.
- Costa-Júnior, F. M., Couto, M. T., & Maia, A. C. B. (2016). *Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar*. Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), (23), 97-117.
- Costa, L. F. (2010). *A perspectiva sistêmica para a Clínica da Família*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26. Pp. 95-104.
- Cunha, J. A. (2001) *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Damasceno, M. G., & Zanello, V. M. L. (2018). *Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos*. Psicologia: Ciência e Profissão, 38(3), pp. 450-464.
- Dawalibi, N. W., Anacleto, G. M. C., Witter, C., Goulart, R. M. M., & Aquino, R. C. (2013) *Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da Scielo*. Estud. Psicol.: Campinas, 30(3), pp. 393-403.

- Dias, M. O. (2011) *Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica: o processo de comunicação no sistema familiar*. Gestão e Desenvolv. (19). pp. 139-156.
- Dias, D. S. G., Carvalho, C. S., & Araújo, C. V. (2013) *Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados*. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, 16(1), pp. 127-138.
- Diogo, M. J. D., Ceolim, M. F., & Cintra, F. A. (2005) *Orientações para idosos que cuidam de idosos no domicílio*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 39(1). pp. 97-102.
- Duridan, A., Santos, D. F., & Gatti, A. L. (2014) *Autoestima e cuidados pessoais em mulheres de 60 a 75 anos*. Aletheia, Canoas, (43-44), pp. 174-187.
- Fariás-Antúnez, S., Lima, N. P., Bierhals, I. O., Gomes, A. P., Vieira, L. S., & Tomasi, E. (2018). *Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 27(2).
- Farias, K. P., Crossetti, M. G. O., Góes, M. G. O., & Portella, V. C. (2016). *Práticas em saúde: ótica do idoso negro em uma comunidade de terreiro*. Revista Brasileira de Enfermagem, 69(4), pp. 633-640.
- Fernandes, F. (2008) *A integração do negro na sociedade de classes: o legado da raça branca*. São Paulo: Globo, 5ed. pp.171-214.
- Ferreira, M. C. G., Tura, L. F. R., Silva, R. C., & Ferreira, M. A. (2017) *Social representations of older adults regarding quality of life*. Rev Bras Enferm. 70(4). Pp. 806-13.
- Figueiredo, M. L. F., Tyrrel, M. A. R., Carvalho, C. M. R. G., Luz, M. H. B. A., Amorim, F. C. M., & Loiola, N. L. A. (2007). *As diferenças de gênero na velhice*. Revista Brasileira de Enfermagem, 60(4), 422-427.
- Figueiredo, W. S., & Schraiber, L. B. (2011). *Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina*. São Paulo, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 16(1), pp. 935-944.
- Fontes, A. P (2010) *Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span)*. Revista Kairós, São Paulo, Caderno Temático, 7.
- Fontes, A. P. (2015) *Estratégias de enfrentamento, regulação emocional e bem-estar subjetivo em idosos, numa perspectiva de resiliência*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015) *Resiliência e velhice: revisão de literatura*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 20(5), pp. 1475-1495.
- Fortes, A. C. G., & Neri, A. L. (2004) *Eventos de vida e envelhecimento humano*. In: Neri, A.L. Yassuda, M.S. Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. Campinas, SP: Papyrus, 2004.

- Freire, S. A., & Resende, M. C. (2008) *Estudos e intervenções para a promoção da velhice satisfatória*. Psicol. Am. Lat., México, (14).
- Gazalle, F. K., Lima, M. S., Tavares, B. F., & Hallal, P. C. (2004). *Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil*. Revista de Saúde Pública, 38(3), pp. 365-371.
- Gil, A. P., Santos, A. J., Kislaya, I., Santos, C., Mascoli, L., Ferreira, A. I., & Vieira, D. N. (2015). *Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência*. Cadernos de Saúde Pública, 31(6), pp. 1234-1246.
- Gomes, J. B., & Reis, L. A. (2016) *Descrição dos sintomas de Ansiedade e Depressão em idosos institucionalizados no interior da Bahia, Brasil*. Kairós Gerontologia. 19(1), pp. 175-91.
- Gonçalves, L. T. H., Leite, M. T., Hildebrandt, L. M., Bisogno, S. C., Biasuz, S., & Falcade, B. L. (2013). *Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 16(2), pp. 315-325.
- Green, R. J. (2016) *A raça e o campo da Terapia de Família*. In: Walsh, F. Processos Normativos da Família: Diversidade e Complexidade. / (Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa). -4.ed.- Porto Alegre: Artmed, pp. 105-126.
- Katz, S., et al. (1963) *Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. Journal of the American Medical Association, 185(12), pp. 914-919.
- Labouvie-Vief, G., & Medler, M. (2002). *Affect optimization and affect complexity: modes and styles of regulation in adulthood*. Psychology and Aging, 17(4), pp. 571-588.
- Lawton, M. P., & Brody, P. (1969) *Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist, (9), pp. 179-186.
- Leme, V. B. R., Falcão, A. O., Morais, G. A., Braz, A. C., Coimbra, S., & Fernandes, L. M. (2016). *Solidariedade Intergeracional Familiar nas pesquisas brasileiras: revisão integrativa da literatura*. Revista da SPAGESP, 17(2), pp. 37-52.
- Lima, L. C. V., & Bueno, C. M. L. B. (2009) *Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosos no Brasil*. Revista Saúde e Pesquisa, 2 (2), pp. 273-280.
- Lima, M., Rios, F., & França, D. (2013) *Articulando gênero e raça: a participação das mulheres negras no mercado de trabalho (1995-2009)* In: Marcondes, M. M. et al. Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil / organizadoras: Mariana Mazzini Marcondes et al.- Brasília : Ipea, 2013.
- Lino, V. T. S., Pereira, S. R. M., Camacho, L. A. B., Ribeiro Filho, S. T., & Buksman, S. (2008) *Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz)*. Cadernos de Saúde Pública, 24(1), pp. 103-112.

- Liu, Wenrong. (2017) *Intergenerational emotion and solidarity in transitional China: comparisons of two kinds of “ken lao” families in Shanghai*. *The Journal of Chinese Sociology*, 4(10).
- Lopes, R. G. C., & Jesus Oliveira, S. (2010) *Insuficiência Familiar: o enfrentamento ao gigante*. *Revista portal de divulgação*. 1(1). Pp. 1-2.
- Lowenstein, A. (2007) *Solidarity-conflict and ambivalence: Testing two Conceptual frameworks and their impact on quality of life for older family members*. *Journal of Gerontology Social Sciences*, (62B).
- Lowenstein, A., Katz, R., & Biggs, S. (2011) *Rethinking theoretical and methodological issues in intergenerational family relations research*. *Ageing & Society*, (31): pp. 1077–1083.
- Machado, M. B., Ignácio, Z. M., Jornada, L. K., Réus, G. Z., Abelaira, H. M.; Arent, C. O., Schwalm, M. T., Ceretta, R. A., Ceretta, L. B., & Quevedo, J. (2016). *Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 28-35.
- Mafra, S. C. T. (2011) *A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família*. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(2), pp. 353-363.
- Mainetti, A. C., & Wanderbroocke, A. C. N. S. (2013) *Avós que assumem a criação de netos*. *Pensando Famílias*, 17(1), pp. 87-98.
- Minghelli, B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A. & Simões, C. (2013). *Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários*. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 40(2), pp. 71-76.
- Minuchin, S. (1982) *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Tradução de Jurema Alcide da Cunha. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas.
- Moraes, E. N., Marino, M. C. A. & Santos, R. R. (2010) *Principais síndromes geriátricas*. *Rev Med Minas Gerais*. 20(1). Pp. 54-66.
- Moreira, M. D. & Caldas, C. P. (2007). *A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso*. *Escola Anna Nery*, 11(3), pp. 520-525
- Moreira, R. M., Santos, C. E. S., Couto, E. S.; Teixeira, J. R. B. & Souza, R. M. M. M. S. (2013). *Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica*. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(2), pp.27-38.
- Mota, F. R. N., Oliveira, E. T., Marques, M. B., Bessa, M. E. P., Leite, B. M. B., & Silva, M. J. (2010). *Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso*. *Escola Anna Nery*, 14(4), pp. 833-838.
- Muniz, E. A., Freitas, C. A. S. L., Oliveira, E. N. & Lacerda, M. R. (2016). *Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família*. *Saúde em Debate*, 40(110), pp. 172-182.

- Navarro, J. H. N., Andrade, F. P., Paiva, T. S., Silva, D. O., Gessinger, C. F., & Bós, A. J. G. (2015). *Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), pp. 461-470.
- Neri, A. L. (2006) *Teorias Psicológicas do Envelhecimento*. In: PY, L.; Freitas, E. V.; Gorzoni, M. L. (orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan.
- Neri, A. L. (2007) *Qualidade de vida na velhice e subjetividade*. In: Neri, A. L. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP: Alínea, pp.13-60.
- Neri, A. L. (2010) *Dependência e Autonomia*. In: Guariento, M. E.; Neri, A. L. (Org) *Assistência ambulatorial ao idoso*. Campinas-SP: Ed: Alínea.
- Neri, A. L. (2013) *Conceitos e teorias sobre o envelhecimento*. In: Malloy-Diniz, L. F.; Fuentes, D.; Cosenza, R. M. (Org.). *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed, pp. 17-42.
- Neri, A. L., Batistoni, S. S. T., & Ribeiro, C. C. (2006) *Bem-estar psicológico, Saúde e Longevidade*. Freitas, Elizabete Viana; Ty, Ligia. (org). *Tratado de Geriatria e gerontologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Neri, A. L., Costa, T. B., Marínculo, J. C. S., & Ribeiro, L. H. M. (2011) *Atividade física, envolvimento social, produtividade e satisfação com a vida*. In: Neri, A. L. & Guariento, M. E. *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas, SP: Alínea.
- Neri, A. L., & Fontes, A. P. (2006) *Resiliência Psicológica e Velhice Bem-sucedida*. Freitas, Elizabete Viana; Ty, Ligia. (org). *Tratado de Geriatria e gerontologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Neri, A. L., & Guariento, M. E. (2011) *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas, SP: Alínea.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar. Conceitos e métodos (7ªed.)* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original dessa edição publicado em 2006).
- Possatto, J. de M., & Rabelo, D. F. (2017). *Ansiedade e depressão em idosos: associações com idade, sexo, capacidade funcional e suporte social*. *Revista Kairós — Gerontologia*, 20(2), pp. 45-58.
- Oliveira, A. L. B. (2015) *Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa / Ana Luíza Barreto de Oliveira*. – Salvador. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem.
- Oliveira, M. F., Bezerra, V. P., Silva, A. O., Alves, M. S. C. F., Moreira, M. A. S. P., & Caldas, C. (2012). *Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade*. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 17(8), pp. 2191-2198.

- Oliveira, N. H. D. (2009) *Recomeçar: família, filhos e desafios*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, pp. 23-70.
- Oliveira, D. C., Neri, A. L., & D'Elboux, M. J. (2013). *Variáveis relacionadas à expectativa de suporte para o cuidado de idosos residentes na comunidade*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21(3).
- Oliveira, S. C., Santos, A. A., & Pavarini, S. C. I. (2014). *Relação entre sintomas depressivos e a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48(1), pp. 65-71.
- Oliveira, F. N., & Macedo, L. (2011) *Resiliência e insucesso escolar: uma reflexão sobre as salas de apoio à aprendizagem*. Rio de Janeiro, RJ: Revista Estudos e Pesquisa em Psicologia, 11(3), pp. 983-1004.
- Oliveira, B. L. C. A., Thomaz, E. B. A. F., & Silva, R. A. (2014). *Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Cadernos de Saúde Pública, 30(7), pp. 1438-1452
- Onofri Júnior, V. A., Martins, V. S., & Marin, M. J. S. (2016). *Elderly health care in the Family Health Strategy and the prevalence of common mental disorders*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 19(1), 21-33.
- Pacheco, A. C. L. (2013) *Mulher negra : afetividade e solidão* / Ana Cláudia Lemos Pacheco ; [posfácio], Isabel Cristina Ferreira dos Reis. - Salvador : ÉDUFBA, 2013. 382 p. - (Coleção Temas Afro)
- Pereira, D. F. (2016) *Relação entre atividade física e depressão em idosos: uma revisão de literatura*. Corpoconsciência, Cuiabá-MT, 20(03), pp. 22-28.
- Perseguino, M. G., Horta, A. L. de M., & Ribeiro, C. A. (2017). *A família frente a realidade do idoso de morar sozinho*. Revista Brasileira de Enfermagem, 70(2), pp. 235-241.
- Piexak, D. R., Freitas, P. H., Backes, D. S., Moreschi, C., Ferreira, C. L. L. & Souza, M. H. T. (2012). *Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 15(2), pp. 201-208.
- Pinto Junior, E. P., Silva, I. T., Vilela, A. B. A., Casotti, C. A., Pinto, F. J. M. & Silva, M. G. C. (2016). *Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes*. Cadernos Saúde Coletiva, 24(4), pp. 404-412.
- Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2017). *Trajetórias da participação social na velhice: uma revisão sistemática da literatura*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 20(2), pp. 259-272.
- Pires, M. R. G. M., Duarte, E. C., Göttems, L. B. D., Figueiredo, N. V. F. & Spagnol, C. A. (2013). *Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(3), pp. 648-656.
- Pires, M. R. G. M., Duarte, E. C., Göttems, L. B. D., Figueiredo, N. V. F., & Spagnol, C. A. (2013). *Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(3), pp. 648-656.

- Rabelo, D. F. (2016) *Os idosos e as relações familiares*. In: Freitas, E. V., Py, L. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4º. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 1519-1525.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2005) *Recursos Psicológicos e Ajustamento Pessoal frente à incapacidade funcional na velhice*. Psicologia em Estudo, Maringá, 10(3), pp.403-412.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2014). *A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos*. Pensando famílias, 18(1), pp. 138-153.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2014b). *O idoso e a sua família*. In: Campos, A. C. V.; Berlezi, E. M. & Correa, A. H. M. (Org) Envelhecimento: um processo multidimensional. (vol 1) – Injuí: E. Unijuí, pp. 149-171.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2015). *Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos*. Cadernos de Saúde Pública, 31(4), pp. 874-884.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2015b). *Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 18(3), 507-519.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2016) *Avaliação das Relações Familiares por Idosos com Diferentes Condições Sociodemográficas e de Saúde*. Psico-USF, 21(3), pp. 663-675.
- Reis, L. A., & Trad, L. A. B. (2015). *Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família*. Psicologia: teoria e prática, 17(3), pp. 28-41.
- Reis, L. A., Torres, G. V., Reis, L. A., Fernandes, M. H., & Nobre, T. T. X. (2011). Evaluation of family support in elderly living at home. *Avaliação Psicológica*, 10(2), 107-115.
- Rodrigues, N. O., & Neri, A. L. (2012). *Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, 17(8), pp. 2129-2139.
- Rohden, F. (2003) *A construção da diferença sexual na medicina*. Cadernos de Saúde Pública. 19(2), pp. 201-212.
- Rohden, F. (2008) *O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 15(Suppl.), pp. 133-152.
- Rohenkohl, L. M. I. A., & Castro, E. K. (2012). *Afetividade, conflito familiar e problemas de comportamento em pré-escolares de famílias de baixa renda: visão de mães e professoras*. Psicologia: Ciência e Profissão, 32(2), pp. 438-451.
- Sampaio, A. M. O., Rodrigues, F. N., Pereira, V. G., Rodrigues, S. M., & Dias, C. A. (2011). *Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar*. Rio de Janeiro (RJ): Estudos e Pesquisas em Psicologia, 11(2), pp. 590- 613.
- Santos, G. A.; Lopes, A. & Neri, A. L. (2007) *Escolaridade, raça e etnia: elementos de exclusão social de idosos*. In: Neri, A.L. (Org.). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Perseu Abramo/Edições SESC SP, p.65-79.

- Santos, N. C. dos, & Abdala, G. A. (2014). *Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 17(4), pp. 795-805.
- Sartori, A. C. R., & Zilberman, M. L. (2009). *Revisitando o conceito de síndrome do ninho vazio*. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 36(3), pp. 112-121.
- Silva, T. D. *Mulheres negras, pobreza e desigualdade de renda*. (2013) In: Marcondes, M. M. et al. Dossiê mulheres negras : retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil / organizadoras: Mariana Mazzini Marcondes et al.- Brasília : Ipea, 2013.
- Silva, R. M. & Brasil, C. C. P. (2016). *A quarta idade: o desafio da longevidade*. Ciência & Saúde Coletiva, 21(11), pp. 3631-3632.
- Silva, C. F. S., & Dias, C. M. S. B. (2016). *Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor*. Psicologia: Ciência e Profissão, 36(3), pp. 637-652.
- Silva, L. L. N. B. da, & Rabelo, D. F. (2017). *Afetividade e conflito nas díades familiares, capacidade funcional e expectativa de cuidado de idosos*. Pensando famílias, 21(1), pp. 80-91.
- Silveira, P. G., & Wagner, A. (2006). *Ninho cheio: a permanência do adulto jovem em sua família de origem*. Estudos de Psicologia (Campinas), 23(4), pp. 441-453.
- Silverstein, M. & Giarusso, R. (2010). *Aging and family life: a decade review*. Journal of Marriage and family, 72. Pp. 1039-1058.
- Siqueira, M. M. M. & Padovam, V. A. R. (2008) *Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho*. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 24(2), pp. 201-209.
- Sluzki, C. (1997) *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. Trad. Cláudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sousa, D. J., White, H. J., Soares, L. M., Nicolosi, G. T., Cintra, F. A., & D'Elboux, M. J. (2010). *Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 13(2), 321-328.
- Souza, A., Pelegrini, T. S., Ribeiro, J. H. M., Pereira, D. S., & Mendes, M. A. (2015). *Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura*. Revista Brasileira de Enfermagem, 68(6), pp. 1176-1185.
- Souza, R. A., Costa, G. D., Yamashita, C. H., Amendola, F., Gaspar, J. C., Alvarenga, M. R. M., Faccenda, O., & Oliveira, M. A.C. (2014). *Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48(3), pp. 469-476.
- Scoralick-Lempke, N. N., & Barbosa, A. J. G. (2012). *Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span*. Estudos de Psicologia (Campinas), 29(Suppl. 1), 647-655.

- Tavares, D. M. S. (2014) *Tendências e prioridades das pesquisas na saúde do idoso no contexto da enfermagem brasileira*. Rev. Eletr. Enf. 16(2), pp. 272-273.
- Teixeira, C. M., Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., & Brustad, R. J. (2013). *Physical Activity, Depression and Anxiety Among the Elderly*. Social Indicators Research, 113(1), pp. 307-318.
- Teixeira, C. M., Nunes, F. M. S., Ribeiro, F. M. S., Arbinaga, F., & Vasconcelos-Raposo, J. (2016). *Atividade física, autoestima e depressão em idosos*. Cuadernos de Psicología del Deporte, 16(3), pp. 55-66.
- Teodoro, M. L. M. (2006) *Afetividade e conflito em díades familiares: avaliação com o familiograma*. Interamerican Journal of Psychology, 40(3), pp.385-590.
- Teodoro, M. L. M, Cardoso, B. M., & Freitas, A. C. H. (2010). *Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 23(2), pp. 324-333.
- Vasconcellos, M. J. E. (2002) *Pensamento Sistêmico: O novo paradigma da ciência*. Campinas, SP: Papirus, pp. 27-40.
- Veras, R. P. (2012). *Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos*. Cadernos de Saúde Pública, 28(10), pp. 1834-1840.
- Vieira, A. C. S., & Rava, P. G. S. (2010). *Ninho cheio: uma nova etapa do ciclo vital familiar?* Barbaroi, (33), 118-134.
- Vera, I. et al. (2014) *Índex APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa*. Revista Eletrônica de Enfermagem. 16(1), pp. 199-210.
- Vogel, A. (2011) *Um breve histórico da Terapia Familiar Sistêmica*. Revista IGT na Rede, 8 (14), pp. 116-129.
- Weimer, R. A. (2013). *Ser "moreno", ser "negro": memórias de experiências de racialização no litoral norte do Rio Grande do Sul no século XX*. Estudos Históricos (Rio de Janeiro), 26(52), pp. 409-428.
- World Health Organization. (2011) *European report on preventing elder maltreatment*. In: WHO Regional Office for Europe.
- Wozniak, D., & Falcão, D. V. S. (2016) *Idosos centenário: A importância dos recursos individuais e psicológicos familiares para o bem-estar*. In: Velhices: Temas Emergentes nos contextos psicossocial e familiar. / Org. Falcão, D.V.S; Araújo, L.F & Pedrosa, J.S. Campinas-SP, Ed Alínea (Coleção velhice e sociedade), pp. 49-70.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L. Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983) *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. Journal of Psychiatric Research, 17(1), pp. 37-49.

Anexos

Anexo 1 - Ficha de informações sócio-demográficas

1-Idade: _____

2- Sexo: (1) F (2) M

3- Raça: (1)Branca (2)Negra (3) Parda (4) Amarela

4-Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Divorciado

5- Escolaridade: (1) Analfabeto (2) Ensino Fundamental incompleto (3) Ensino Fundamental completo
(4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Superior

6- É aposentado ou pensionista? (1) Sim: aposentado (2) Sim: pensionista (3) Não

7- Trabalha atualmente? (1) Sim: Atividade informal (2) Sim: Atividade formal (3) Não

8- Com quem mora? (1) Sozinho* (2) Com cônjuge ou companheiro (3) Com filhos (4) Com cônjuge e filhos

(5) Com netos (6) Com cônjuge, filhos e netos (5) Outros parentes (6) Pessoas fora da família

9- Quantos filhos o(a) Sr(a) tem? _____

10- Se mora sozinho: Os filhos/parentes próximos moram: (1) no mesmo bairro (2) bairro vizinho (3) na mesma cidade (4) cidade vizinha (5) no mesmo estado (6) em outro estado (7) em outro país

11- Quem é o chefe da família: (1) idoso (2) cônjuge (3) filho/a (4) neto/a (5) outro

12- O(a) Sr(a) é proprietário de sua residência? (1) Sim (2) Não (3) a casa é do familiar

13- De que forma o(a) Sr(a) participa das despesas da casa:

(1) Responsável por todas as despesas

(2) Responsável por algumas despesas

(3) Quando necessário

(4) Quando quer

(5) Não participa

(6) Outros: _____

14- Participa de algum centro de convivência para idosos? (1) Sim (2) Não

15- Faz atividade física?

(1) Nunca (2) Até 1 x mês (3) Quinzenalmente (4) 1x semana (5) 2x ou + semana

16- Tipo: (1) Caminhada (2) Hidroginástica (3) Musculação (4) Dança (5) Outro:

17- Participa de alguma atividade na comunidade (social, voluntária)?

(1) Nunca (2) Até 1 x mês (3) Quinzenalmente (4) 1x semana (5) 2x ou + semana

18- Participa de alguma atividade religiosa?

(1) Nunca (2) Até 1 x mês (3) Quinzenalmente (4) 1x semana (5) 2x ou + semana

Em seguida eu vou lhe perguntar sobre algumas atividades de lazer e de descanso que o/a senhor/a vem realizando. O/a senhor/a vai respondendo somente sim ou não.

20- Assiste televisão? (1) Sim (2) Não

21- Para as mulheres: Faz tricô, crochê, bordado, pintura, artesanato ou coleções, dentro de casa? (1) Sim (2) Não

22- Para os homens: Faz algum artesanato, pinta ou organiza coleções, dentro de casa? (1) Sim (2) Não

Para homens e mulheres:

23- Lê jornais, revistas ou livros? (1) Sim (2) Não

24- Joga baralho, dama, dominó, xadrez ou outros jogos de mesa? (1) Sim (2) Não

25- Dorme ou cochila durante o dia? (1) Sim (2) Não

26- Pratica outras atividades de lazer e de descanso que eu não disse? _____ (anotar)

Anexo 2 - Questionário de doenças e de sinais e sintomas auto-relatados

Questionário de Doenças e de Sinais e Sintomas Auto-Relatados

Algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem os seguintes problemas de saúde?

| | | | |
|----|--|------------|------------|
| 1. | Problema do coração/doença do coração? | Sim Não | () () |
| 2. | Pressão alta/hipertensão? | Sim Não | () () |
| 3. | Embolia/Derrame? | Sim Não | () () |
| 4. | Diabetes Mellitus? | Sim Não | () () |
| 5. | Tumor maligno/câncer? | Sim Não | () () |
| 6. | Artrite ou reumatismo? | Sim Não | () () |
| 7. | Doença pulmonar crônica? | Sim Não | () () |
| 8. | Depressão? | Sim Não | () () |
| 9. | Osteoporose? | Sim Não | () () |

Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) teve algum destes problemas?

| | | | |
|-----|---|---|---------------------------------|
| 10. | Dor no peito? | Sim Não | () () |
| 11. | Inchaço nos pés ou tornozelos? | Sim Não | () () |
| 12. | Falta de ar? | Sim Não | () () |
| 13. | Vertigem ou tontura persistente? | Sim Não | () () |
| 14. | Fadiga ou cansaço grave? | Sim Não | () () |
| 15. | Tosse persistente, catarro ou chiado no peito? | Sim Não | () () |
| 16. | Transpiração excessiva ou sede persistente? | Sim Não | () () |
| 17. | Quedas? | Sim Não | () () |
| 18. | O(a) senhor (a) tem alguma dor persistente? | Sim. Qual a intensidade dessa dor? Fraca Moderada Forte Não | () () () () () |
| 19. | O(a) senhor(a) ganhou peso involuntariamente no último ano? | Sim Quantos quilos, aproximadamente? _____ Não | () () |
| 20. | Teve dificuldade de memória, de lembrar-se de fatos recentes? | Sim Não | () () |
| 21. | O(a) senhor(a) perdeu peso involuntariamente? | Sim Quantos quilos, aproximadamente? _____ Não | () () |

Anexo 3 - Escala de katz

| Atividade | Independente (1) | Dependente parcial (0,5) | Dependente total (0) |
|------------------|-------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Banho | | | |
| Transferência | | | |
| Vestuário | | | |
| Continência | | | |
| Higiene pessoal | | | |
| Alimentação | | | |

() Independente para AVDs = 6 pts

() Dependência parcial para AVDs = 4 pts

() Dependência para AVDs = 2 pts

Anexo 4 - Escala de Lawton

| ATIVIDADE | AVALIAÇÃO | |
|--|--|-------------|
| O (a) Sr(a) consegue usar o telefone? | Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue | 3 2 1 |
| O (a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais? | Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue | 3 2 1 |
| O (a) Sr(a) consegue fazer compras? | Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue | 3 2 1 |
| O (a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições? | Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue | 3 2 1 |
| O (a) Sr(a) consegue arrumar a casa/ subir escadas? | Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue | 3 2 1 |
| O (a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos? | Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue | 3 2 1 |
| O (a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa/ cuidar do jardim? | Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue | 3 2 1 |
| O (a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos? | Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue | 3 2 1 |
| O (a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças? | Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue | 3 2 1 |
| Total | _____ Pontos | |

Anexo 5 - Escala de depressão geriátrica – GDS

- | | | |
|-----|---|-----------|
| 1) | Você está satisfeito com sua vida? | Sim / NÃO |
| 2) | Você interrompeu muitas vezes suas atividades? | SIM / Não |
| 3) | Você sente sua vida vazia? | SIM / Não |
| 4) | Você fica com frequência aborrecido? | SIM / Não |
| 5) | Você está de bem com a vida a maior parte do tempo? | Sim / NÃO |
| 6) | Você tem medo de que algo de ruim vai lhe acontecer? | SIM / Não |
| 7) | Você se sente alegre a maior parte do tempo? | Sim / NÃO |
| 8) | Você, com frequência, sente-se inútil? | SIM / Não |
| 9) | Você prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas? | SIM / Não |
| 10) | Você sente que está frequentemente tendo problemas de memória? | SIM / Não |
| 11) | Você pensa que é maravilhoso estar vivo agora? | Sim / NÃO |
| 12) | Você pensa que não vale a pena viver como está vivendo agora? | SIM / Não |
| 13) | Você se sente cheio de energia? | Sim / NÃO |
| 14) | Você sente que a situação não tem solução? | SIM / Não |
| 15) | Você pensa que muita gente é melhor do que você? | SIM / Não |

Anexo 6 - Inventário de ansiedade de beck - BAI

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma **durante a última semana, incluindo hoje.**

| | Absolutamente não (0) | Levemente (1) Não me incomodou muito | Moderadamente (2) Foi muito desagradável mas pude suportar | Gravemente (3) Difícilmente pude suportar |
|-------------------------------------|----------------------------------|---|---|--|
| Dormência ou formigamento | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sensação de calor | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Tremores nas pernas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Incapaz de relaxar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Medo que aconteça o pior | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Atordoamento ou tonto | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Palpitação ou aceleração (coração) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sem equilíbrio | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Aterrorizado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Nervoso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sensação de sufocação | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Tremores nas mãos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Trêmulo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Medo de perder o controle | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Dificuldade para respirar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Medo de morrer | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Assustado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Indigestão ou desconforto no abdome | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sensação de desmaio | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Rosto afogueado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Suor (não devido ao calor) | 0 | 1 | 2 | 3 |

(1) Leve= 11-19

(2) Moderado= 20-30

(3) Grave= 31-63

Anexo 7 - Familiaograma – R (FG)

Nas próximas páginas, pediremos a você que descreva como é o relacionamento entre algumas pessoas da sua família. Para isto, gostaríamos que você pensasse em cada membro de sua família e sobre os sentimentos que existem, geralmente, no dia-a-dia de cada relação. Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas. Nós só queremos conhecer um pouco mais sobre a sua família.

| | Relação entre _____ e _____ | | | | |
|------------------|-----------------------------|-------|------------------|-------|---------------|
| | De jeito nenhum | Pouco | Mais ou menos | Muito | Completamente |
| (1) Carinhoso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (1) Alegre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (2) Confuso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (3) Nervoso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (4) Estressante | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (5) Agradável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (6) Verdadeiro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (7) Afetivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (8) Protetor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (9) Baixo-astral | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (10) Amoroso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (11) Ruim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (12) Sufocante | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (13) Acolhedor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (14) Tenso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (15) Harmonioso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (16) Atencioso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (17) Precioso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (18) Frio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (19) Dificil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (20) Agressivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (21) Chato | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |