

## Relações Familiares de Pessoas Idosas: baixa afetividade percebida e saúde

Family Relationships in Older Adulthood: affectivity and health

Laila Lorena Nogueira Batista da Silva\*/ Doris Firmino Rabelo

Universidade Federal da Bahia - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

---

**Resumo:** Este estudo avaliou a associação da percepção de baixa afetividade nos relacionamentos familiares de pessoas idosas com a faixa etária, o sexo e as condições de saúde física e psicológica. Participaram 134 idosos(as) do interior da Bahia e os dados foram coletados no domicílio utilizando-se: Questionário de Informações Sociodemográficas; Questionário de doenças e sinais e sintomas autorrelatados; Índice de independência nas ABVDs; Escala de desempenho nas AIVDs; Escala de Depressão Geriátrica; Inventário de Ansiedade de Beck; Familiograma. Foram feitos os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher e análise de regressão logística univariada e multivariada, com critério Stepwise de seleção de variáveis ( $p < 0,05$ ). Os resultados mostraram maior frequência de pessoas idosas com idade entre 60 a 74 anos e com dependência nas atividades básicas de vida diária com percepção de baixa afetividade. As pessoas idosas com maior risco de relatarem baixa afetividade foram: as com idade entre 60 e 74 anos (risco 14.0 vezes maior) e as com dependência nas atividades instrumentais de vida diária (risco 4.3 vezes maior). Este estudo mostrou que a faixa etária e a capacidade funcional se apresentaram como fatores de risco para a percepção de baixa afetividade, o que pode implicar na qualidade das relações familiares.

**Palavras-chave:** relações familiares; afeto; saúde do idoso.

**Abstract:** We investigate the association between the elderly's perception of low affectivity in family relationships with the age group, gender and physical and psychological health conditions. Participated 134 elderly people from Bahia-Brazil 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. The chi-square test or Fisher's exact test and univariate and multivariate logistic regression analysis using the Stepwise criteria of variable selection ( $p < 0.05$ ) was used. The results showed a higher frequency of younger individuals (aged between 60 and 74 years) and elderly individuals with dependence on basic daily life activities with a perception of low affectivity. The elderly with the highest risk of low affectivity reporting were: younger individuals (14.0 times higher risk) and those with dependence on instrumental activities of daily living (risk 4.3 times higher). This study showed that the age group and functional capacity were presented as risk factors for the perception of low affectivity, witch can affect the quality of family relationships.

**Keywords:** family relationships; affect; elderly health.

## **Introdução**

No Brasil observaram-se grandes transformações nos papéis familiares, nas relações de poder, nos valores individuais e coletivos e nas configurações referentes às famílias com pessoas idosas. A afetividade surgiu como um novo padrão de instituição familiar, predominando sobre a consanguinidade e se tornou um dos princípios do direito de família brasileiro fazendo parte de decisões judiciais no reconhecimento de família (Paiva, 2019). As condições de saúde de um membro idoso e a afetividade percebida nas relações afetam a dinâmica familiar e apresentam demandas psicossociais e, portanto, devem ser consideradas nas intervenções terapêuticas em sistemas familiares com pessoas idosas.

A família é a principal fonte de suporte da pessoa idosa diante das tensões geradas pelos eventos estressores de vida e a afetividade é um indicador do funcionamento familiar (Rabelo, 2016). A afetividade pode ser entendida como o conjunto de emoções positivas que existem no relacionamento interpessoal, que implica uma rede de cuidados e os laços afetivos geradores de suporte social na família, que auxiliam nas dificuldades do cotidiano (Baptista, Soares, & Grandene, 2018). A afetividade é um dos principais conceitos dentro da teoria da solidariedade intergeracional (Leme, Falcão, Morais, Braz, Coimbra, & Fernandes, 2017) e está associada a afeição, calor, respeito, proximidade, confiança e compreensão recíprocos.

Um sistema familiar busca acordos entre seus componentes, forma 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). Em um membro idoso, a presença de dependência (Reis & Trad, 2015) ou de piores condições psicológicas, como a depressão e a ansiedade (Possato & Rabelo, 2017), exigem ajuste do sistema familiar. Nem sempre as necessidades da pessoa idosa são reconhecidas ou atendidas e nem sempre a família tem os recursos necessários para

exercer o cuidado, o suporte afetivo e a proteção (Muniz, Aguiar, Brito, Freitas, Moreira, & Araújo, 2016; Rebouças, Coelho-Filho, Veras, Lima-Costa, & Ramos, 2017).

As relações de gênero e geração também estão presentes na afetividade familiar, pois é preciso pensá-la dentro das relações com cônjuge, filhos, netos e outras pessoas, que por vezes coabitam o mesmo domicílio (Rabelo, Rocha, & Pinto, 2020). Assim, os vínculos afetivos interferem na vida de cada integrante do sistema familiar e a percepção de baixa afetividade nesses relacionamentos é um indicador de menor funcionalidade e capacidade assistencial, o que seria prejudicial ao processo de independência, autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas (Reis & Trad, 2015; Neri et al., 2018). É preciso pensar nas implicações das características afetivas nas relações familiares na velhice e as intervenções psicológicas podem melhorar a capacidade de manejo de situações estressantes.

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 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). Assim, compreender a afetividade em famílias com pessoas idosas em diferentes condições de saúde pode subsidiar o planejamento terapêutico ou de cuidados à essas famílias.

Grande parte das pesquisas brasileiras sobre famílias com idosos(as) são feitas priorizando-se a perspectiva dos familiares (Araújo & Santos, 2012; Silva, Mafra, Fonseca, Barros, & Almeida, 2016), dos principais cuidadores (Moreira & Caldas, 2007; Sampaio, Rodrigues, Pereira, Rodrigues, & Dias, 2011), ou dos profissionais de saúde (Tavares, 2014; Piexak et al., 2012). Ressalta-se também a escassez de investigações sobre a afetividade familiar em idosos(as) brasileiros(as). Neste estudo, buscou-se priorizar a

percepção das próprias pessoas idosas quanto as suas relações familiares. O objetivo desse estudo foi avaliar as associações da baixa afetividade percebida nos relacionamentos familiares de idosos(as) com sexo, faixa etária, saúde física e mental.

## **Método**

### ***Participantes***

Participaram do estudo 134 pessoas idosas, com idade entre 60 e 95 anos, com média de 72 anos e desvio-padrão de 8 anos, a maioria do sexo feminino (77,6%) e negra (68,7%). A coleta dos dados foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) que tinha o maior número de idosos(as) cadastrados(as) (estavam cadastradas 2.754 famílias, que somavam 9.234 pessoas, sendo 1344 idosos, o que representa 14,5% dos cadastros nessa UBS e 16,8% das pessoas idosas residentes na cidade na época da coleta de dados).

Os critérios de elegibilidade foram: idade igual ou superior a 60 anos; residência permanente na região e no domicílio, compreensão das instruções e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: déficit auditivo ou visual grave; dificuldades de expressão verbal e de compreensão; estar temporária ou permanentemente acamado e déficit cognitivo sugestivo de demência, indicado pela pontuação no Mini Exame do Estado Mental, ajustado pelos anos de escolaridade (Neri & Guariento, 2011).

### ***Procedimentos de coleta de dados***

Os dados foram coletados nos domicílios das pessoas idosas, localizados na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde selecionada. Com a ajuda de agentes comunitários de saúde, foi realizada a identificação desses domicílios com idosos(as) em todas as microáreas da zona urbana. Estudantes de iniciação científica, do curso de graduação em Psicologia, foram treinados durante seis meses na abordagem à pessoa

idosa e na aplicação dos instrumentos da pesquisa. Os(As) entrevistadores(as) treinados compareceram no domicílio dos(as) idosos(as) portando crachá de identificação e os formulários impressos. As pessoas idosas foram convidadas a participar da pesquisa, informadas sobre os objetivos e sobre sua opção voluntária de aceitar ou não e foram certificadas sobre o sigilo, riscos e benefícios. Após a resposta afirmativa em participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido. Foi solicitado à pessoa idosa que a entrevista ocorresse em um local da casa que pudesse proporcionar maior privacidade e tranquilidade, evitando-se a interrupção por outras pessoas. A coleta durou de duas a três visitas, de 2 horas cada uma, em média.

Foram atendidas as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde do Brasil. A realização da pesquisa foi aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo no. 034/2011).

### ***Instrumentos***

1. Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). O critério de inclusão na amostra se baseou no desempenho das pessoas idosas nesse teste de rastreio de demências, comumente utilizado em estudos populacionais. Foram adotadas as notas de corte apresentadas para cada faixa de escolaridade segundo os padrões adotados no estudo FIBRA (Neri & Guariento, 2011).

2. Questionário de Informações Sociodemográficas. Foram avaliadas a idade (agrupada em duas faixas - 60 a 74 anos e 75 anos ou mais) e o sexo (feminino x masculino).

3. Condições de saúde física:

3.1. Questionário de doenças e de sinais e sintomas autorrelatados. 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 (Neri & Guariento, 2011);

3.2. Atividades Básicas de Vida Diária – ABVDs. Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (Lino, Pereira, Camacho, Ribeiro, & Buksman, 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 esfincteriano e alimentação. As respostas foram agrupadas em: independente ou com dependência.

3.3. Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVDs. Desempenho de atividades instrumentais de vida diária (Santos & Virtuoso-Júnior, 2008), 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.

3.4. 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.

#### 4. Condições de saúde psicológica:

4.1. Escala de Depressão Geriátrica (Almeida & Almeida, 1999) com 15 perguntas tipo sim x não, a respeito de como o(a) idoso(a) havia se sentido durante a última semana, os quais referem-se a humores disfóricos. Trata-se 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 (sim x não).

4.2. Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (Cunha, 2001), com 21 itens versando sobre sintomas comuns de ansiedade e perguntando como o indivíduo sentiu-se 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 (sim x não).

5. 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 a partir da perspectiva do(a) idoso(a). Foram avaliadas as díades idoso(a)-cônjuge, idoso(a)-filhos(as), idoso(a)-netos(as), idoso(a)-irmãos(ãs), e o conjunto dessas avaliações foi agrupado em alta ou baixa afetividade.

### ***Procedimentos de Análise de dados***

Para análise estatística foi utilizado o programa computacional *The SAS System for Windows (Statistical Analysis System)*, versão 9.2. SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA. 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**

Vinte e cinco pessoas idosas (18,6%) avaliaram seus relacionamentos familiares como de baixa afetividade. 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 ABVDs (96,3%) e AIVDs (58,2%). Com relação às condições psicológicas, 82,9% não apresentou sintomatologia depressiva e 76,9% não mostrou ansiedade.

A Tabela 1 apresenta as comparações das variáveis com a baixa afetividade percebida. Pelos resultados, houve diferença significativa entre os grupos para: faixa etária (maior frequência de idosos(as) com idade entre 60 a 74 anos nos com baixa afetividade) e dependência em atividades básicas de vida diária (maior frequência de dependência em ABVDs entre os(as) idosos(as) com baixa afetividade).

**Tabela 1**

Comparações entre baixa afetividade, idade, sexo, condições de saúde física e psicológica dos idosos

Variáveis	Baixa Afetividade			
	Não		Sim	
	N	%	N	%
<b>Faixa etária</b>				
60-74 anos	66	60,5	23	92,0
≥75 anos	43	39,5	02	8,0
	<i>Teste Qui-Quadrado</i> $x^2=9,02; gl=1; p=0,003$			
<b>Sexo</b>				
Feminino	86	78,9	18	72,0
Masculino	23	21,1	07	28,0
	<i>Teste Qui-Quadrado</i> $x^2=0,56; gl=1; p=0,455$			
<b>Envolvimento social</b>				
Menor	73	67,0	15	60,0
Maior	36	33,0	10	40,0
	<i>Teste Qui-Quadrado</i> $x^2=0,44; gl=1; p=0,508$			
<b>Nº doenças</b>				
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> $x^2=1,28; gl=2; p=0,526$			
<b>Nº sinais e sintomas</b>				
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> $x^2=0,91; gl=2; p=0,633$			
<b>ABVDs</b>				
Independente	107	98,2	22	88,0
Com dependência	02	1,8	03	12,0
	<i>Teste Exato de Fisher</i> $p=0,045$			
<b>AIVDs</b>				
Com dependência	42	38,5	14	56,0
Independente	67	61,5	11	44,0
	<i>Teste Qui-Quadrado</i> $x^2=2,55; gl=1; p=0,110$			
<b>Depressão</b>				
Sim	16	14,7	07	28,0
Não	93	85,3	18	72,0
	<i>Teste Exato de Fisher</i> $p=0,140$			
<b>Ansiedade</b>				
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 2 e 3, a seguir, apresentam os resultados da análise de regressão logística univariada e multivariada, respectivamente para estudar a predição das variáveis do estudo à baixa afetividade. Pelos resultados da análise univariada, verificou-se que as variáveis idade e dependência para atividades básicas de vida diária (ABVDs) são preditoras da baixa afetividade. As pessoas idosas 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 atividades básicas de vida diária (risco 7.3 vezes maior).

**Tabela 2**

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	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

Nota. 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.

**Tabela 3**

Resultados da análise de regressão logística multivariada para baixa afetividade (n=134)

Variáveis Selecionadas	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

Nota. 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.

Pelos resultados da análise multivariada com critério Stepwise de seleção de variáveis, verifica-se que as variáveis idade e dependência para atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) foram selecionadas como sendo preditoras da baixa afetividade. As pessoas idosas 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 atividades instrumentais de vida diária (risco 4.3 vezes maior).

## **Discussão**

A minoria das pessoas idosas neste estudo avaliou seus relacionamentos familiares como de baixa afetividade. A baixa afetividade percebida pelos(as) idosos(as) nas relações familiares estava associada a dois fatores, a faixa etária e a dependência em atividades de vida diária.

Com relação a idade, a maior frequência de baixa afetividade percebida entre pessoas idosas mais jovens pode ser explicada por dois cenários. O primeiro seria o das necessidades cotidianas de afeto negligenciadas por estes não apresentarem dependência ou uma crise de saúde que normalmente altera o fluxo dos recursos afetivos familiares a favor dos mais velhos pela evidente demanda de cuidado (Rabelo, Rocha, & Pinto, 2020). Dentre essas necessidades de afeto pode estar a de escuta dos seus desejos e projetos, que ressaltem sua autonomia e liberdade. A não aceitação, incentivo ou valorização destas necessidades pode ser interpretada como baixa afetividade. Como em qualquer outra etapa da vida, há expectativas sobre as relações familiares, como elas deveriam ser e como os membros esperam que sejam e quando essa expectativa não é correspondida, a percepção de afetividade pode ficar comprometida (Leme, Falcão, Morais, Braz, Coimbra & Fernandes, 2017).

Ainda, as pessoas idosas mais jovens estão em um período de transição e de ajustamento psicossocial, de aposentadoria, maior tempo livre, reorganização familiar e da rede social. Essas condições em conjunto com a invisibilidade de suas necessidades

justamente 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 ao seu processo de adquirir recursos para lidar com as novas dinâmicas e trocas, com as expectativas de cada membro sobre a família e os papéis que cada um exercerá (Paiva, 2019; Coutinho et al., 2020).

O segundo cenário seria o fato de que estando mais saudáveis e dispostos a interagir socialmente, não há tantas restrições aos mecanismos de seletividade socioemocional (Pinto & Neri, 2017). As pessoas idosas selecionam com quem preferem se relacionar, sendo o ponto de seleção as emoções positivas em detrimento das pessoas que causam emoções negativas. Isso significa que relacionamentos com amigos(as) e pessoas fora das relações familiares podem trazer maior bem-estar justamente por serem escolhidas e por serem menos permeadas pelo senso de obrigação, aborrecimentos diários e expectativas. Idosos(as) mais novos(as) têm melhores possibilidades de oferecer maior apoio, e cuidam de outros membros familiares, mesmo quando eles(as) próprios(as) estão fragilizados(as). É comum que mencionem renúncias, dificuldades e obrigações em demasia e a sobrecarga também pode se apresentar como influência na percepção de baixa afetividade (Tur-Sinai, Halperin, Katz, & Lowenstein, 2017).

Idosos(as) com dependência tanto nas atividades básicas como nas 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 demanda reorganização de todo o sistema e da rede de apoio, mudanças no espaço físico e na rotina, além da sobrecarga da cuidadora, o que interfere na relação familiar. A capacidade funcional é um indicador de saúde e bem-estar na velhice e a rede familiar afeta a saúde de cada indivíduo, assim como a saúde deste, afeta diretamente a rede também (Muniz, Aguiar, Brito, Freitas, Moreira, & Araújo, 2016; Coutinho et al., 2020).

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 & Santos, 2012; Rabelo, 2016). Ofertar os cuidados básicos e dar o suporte possível não garantem que as relações serão necessariamente de afetividade. As relações 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, bem como com exclusão de membros. A família pode facilitar ou dificultar sua relação com as pessoas idosas, o que exige adaptação e flexibilidade de ambas as partes. Facilita quando permite que o(a) idoso(a) exercite sua autonomia, respeita sua história e experiência, permite a privacidade, propicia um clima de aceitação, consideração e compreensão. E dificulta quando isola, infantiliza, reforça comportamentos de dependência e cria um clima de agressividade e hostilidade (Nunes, Brito, Duarte, & Lebrão, 2019).

A dependência ainda pode restringir as oportunidades de contatos sociais e por consequência, aumentar o isolamento. Há uma reação de afastamento da pessoa dependente, ativando uma maior resistência ao contato por parte da rede social e mesmo dentro de casa. Perder a capacidade de cuidar das próprias necessidades básicas pode indicar para o sujeito que ele não possui mais o controle de si mesmo (Lima, Valença & Reis, 2017). Muitos(as) idosos(as) 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 as pessoas idosas e limitando o exercício de sua autonomia e liberdade (Rabelo, 2016).

A associação entre a baixa afetividade com a dependência funcional também pode ser explicada pela relação entre cuidador e pessoa idosa cuidada, por uma história anterior e como eles(as) construíram esses vínculos, pela expectativa do(a) idoso(a) de ser cuidado(a) 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(as) reconhecem algumas pessoas como suporte em decorrência de situações vivenciadas anteriormente, e é mais provável esperar delas um cuidado se necessário (Araújo & Santos, 2012; Nunes, Brito, Duarte, & Lebrão, 2019).

O risco da percepção da relação familiar ser de baixa afetividade aumentou em 4.3 vezes se as pessoas idosas apresentarem alguma dependência em atividades instrumentais de vida diária. As atividades instrumentais não são consideradas de sobrevivência dos(as) idosos(as), portanto, os familiares podem não apresentar interesse, tempo, ou 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 a socialização dos(as) idosos(as) e por mais que não tenham o caráter de urgência e não ameacem a vida, merecem igualmente atenção e são necessidades. As pessoas idosas com dependência para utilizar o celular, usar transportes, fazer compras e cozinhar podem ter a ajuda necessária, sem que alguém faça por elas. É comum o relato da falta de paciência dos mais jovens em ensinar ou acompanhar um(a) idoso(a), por falta de tempo, de interesse, de recursos ou até por desconsiderarem como 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 et al., 2018; Pinto-Júnior et al., 2016).

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. A família tensiona a dinâmica entre autonomia e dependência e podem incentivar que seus familiares se resignem na velhice, período percebido como de declínio, reforçando

sua dependência (Araújo, Castro, & Santos, 2018). Nesse contexto, a autonomia é uma questão relevante e o quanto essa família possibilita uma condição afetiva e ambiental que a promova é um dado profícuo à promoção de saúde e bem-estar à população que envelhece. Dadas as perdas potenciais que pessoas idosas podem vivenciar, a exemplo de reduções de algumas capacidades físicas e de papéis, avaliar a afetividade familiar pela perspectiva das próprias pessoas idosas possibilita a geração de conhecimento para o desenvolvimento de propostas terapêuticas adequadas e capazes de atender às necessidades de cuidados no campo emocional a essa população. Por exemplo, a responsabilidade relacional e a co-construção do cuidado (Biagi & Rasera, 2018).

O presente estudo apresentou algumas limitações que precisam ser levadas em consideração. Primeiro, o instrumento utilizado para avaliar a afetividade, o Familiograma, avalia através de adjetivos positivos e negativos as díades familiares. No entanto, a afetividade pode abranger muitos outros aspectos da vida do(a) idoso(a) que não estão contemplados naquelas características. Nesse caso, por exemplo, uma avaliação qualitativa poderia aprofundar na compreensão da relação entre afetividade familiar e saúde na velhice, o que fica como sugestão para outros estudos. Outra limitação refere-se 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(as) idosos(as), 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.

### **Considerações Finais**

Este estudo mostrou que a faixa etária e a capacidade funcional são fatores de risco para a percepção de baixa afetividade. As atividades básicas são elementares para a sobrevivência e sua dependência é uma necessidade de cuidado que exige um reajustamento de todo o sistema familiar, demanda reorganização dos papéis,

adaptações, regulação emocional, assim como depende da história das relações nessa família. Já a necessidade de ajuda para as atividades instrumentais pode ser negligenciada, pois não exigem grandes mudanças na dinâmica familiar, e os familiares podem não as reconhecer como necessidade de ajuda e por isso, não implicam em alterações no fluxo dos recursos intergeracionais.

Para as pessoas idosas mais jovens a autonomia também é uma questão relevante que tensiona a percepção de afeto recebido por parte da família. O incentivo a projetos pessoais pode não ocorrer pelos familiares quando estes não consideram as possibilidades da pessoa idosa e o que ela ainda deseja e pode fazer. Por outro lado, a provável maior independência nessa faixa etária permite maior seletividade socioemocional, priorizando relacionamentos não familiares que trazem maior bem-estar.

Este estudo não se propôs a avaliar a percepção de afetividade dos outros membros das díades familiares, e priorizou dar voz à pessoa idosa 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 dessa 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

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), 858-865. [doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199910\)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8)

- Araújo, I., & Santos, A. (2012). Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 95-102. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239965012.pdf>
- 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), 14-23. [doi.org/10.24879/2018001200200130](https://doi.org/10.24879/2018001200200130)
- Baptista, M. N., Soares, T. F. P., & Grendene, F. (2018). Evidências de Validade de Construto do Inventário de Percepção de Suporte Familiar para Idosos – IPSF-ID. *Revista Kairós Gerontologia*, 21(2), 113-134. [doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i2p113-134](https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i2p113-134)
- Biagi, B. A. D., & Rasera, E. F. (2018). A construção da responsabilidade relacional em terapia familiar. *Pensando Famílias*, 22(1), 3-17. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2018000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000100002)
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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), 37-52. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702016000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200004)
- Lima, P. V., Valença, T. D. C., & Reis, L. A. (2017). Repercussões psicossociais da dependência funcional no cotidiano de idosos longevos. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(2), 293-309. [doi.org/10.5335/rbceh.v14i1.6370](https://doi.org/10.5335/rbceh.v14i1.6370)
- 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), 103-112. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>
- Moreira, M. D., & Caldas, C. P. (2007). A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Escola Anna Nery*, 11(3), 520-525. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000300019>
- Muniz, E. A. et al. (2016). Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia de Saúde da Família. *Revista Kairós Gerontologia*, 2(9), 133-146. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i2p133-146>
- Neri, A. L., & Guariento, M. E. (2011). *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas, SP: Alínea.
- Neri, A. L. et al. (2018). Fatores associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 52 (Supl 2), 16s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000613>

- Nunes, D. P., Brito, T. R. P., Duarte, Y. A. O., & Lebrão, M. L. (2018). Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21(Suppl. 2), e180020. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>
- Paiva, S. C. (2019). *Relações intergeracionais na família: análise da produção científica*. Monografia (Especialização), Universidade de Taubaté, Taubaté, SP, Brasil.
- 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), 201-208. Retrieved from <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n9/2635-2644/#ModalArticles>
- 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), 404-412. doi: [10.1590/1414-462x201600040229](https://doi.org/10.1590/1414-462x201600040229)
- 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), 259-272. Retrieved from [https://www.redalyc.org/pdf/4038/Resumenes/Resumo\\_403851250012\\_5.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/4038/Resumenes/Resumo_403851250012_5.pdf)
- 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), 45-58. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p45-58>
- Rabelo, D. F. (2016). Os idosos e as relações familiares. In: E. V. Freitas, & L. Py, (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1519-1525). 4<sup>o</sup>. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rabelo, D. F., Rocha, N. M. F. D., & Pinto, J. M. (2020). Arranjos de Moradia de Idosos: Associação com Indicadores Sociodemográficos e de Saúde. *Revista Subjetividades*, 20(Especial 1), e8873. <http://orcid.org/0000-0002-0791-7781>
- Rebouças, M. Coelho-Filho, J. M., Veras, R. P., Lima-Costa, M. F., & Ramos, L. R. (2017) Validade das perguntas sobre atividades da vida diária para rastrear dependência em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 84 (51), 1-9. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051006959>
- Reis, L. A., & Trad, L. A. B. (2015). Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 17(3), 28-41. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872015000300003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300003)
- 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. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(2), 590- 613. Retrieved

from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812011000200015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812011000200015)

- Santos, R. L., & Virtuoso-Júnior, J. S. (2008). Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais de vida diária. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(4), 290-6. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40811508010>
- Silva, E. P., Mafra, S. C. T., Fonseca, E. S., Barros, V. A. M., & Almeida, A. V. (2016). O Idoso no Contexto Familiar: uma abordagem a partir do banco de dados da CAPES. *Sociedade em Debate*, 22(2), 299-318. Retrieved from <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1409>
- 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), 1176-1185. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680625i>
- Tavares, D. M. S. (2014). Tendências e prioridades das pesquisas na saúde do idoso no contexto da enfermagem brasileira. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(2). 272-273. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i2.28772>
- Teodoro, M. L. M. (2006). Afetividade e conflito em díades familiares: avaliação com o familiograma. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(3), 385-590. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/284/28440313.pdf>
- Tur-Sinai, A., Halperin, D., Katz, R., & Lowenstein, A. (2017). Generational Solidarity in Europe. *Innovation Aging*, 1(Suppl 1), 378. [10.1093/geroni/igx004.1373](https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.1373)

Financiamento: O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Submetido em: 30.04.2021

Aceito em: 24.11.2021