



ARTIGO

Clima familiar e autopercepção de saúde de idosos(as)*Family climate and self-health care of elderly**Clima familiar y autopercepción de salud de idosos***Dóris Firmino Rabelo¹**orcid.org/0000-0002-0791-7781
drisrabelo@yahoo.com.br**Nara Maria Forte Diogo****Rocha²**orcid.org/0000-0001-5040-1492
narafdiogo@gmail.com**Recebido em:** 6 maio 2019.**Aprovado em:** 14 set. 2020.**Publicado em:** 15 mar. 2021.

Resumo: Investigou-se a coesão, o apoio, a hierarquia e o conflito relativos ao clima familiar percebido por idosos em sua relação com a autopercepção de saúde. Participaram 134 idosos do Recôncavo Baiano, a maioria composta por negros e mulheres, entrevistados em domicílio, utilizando-se Questionário de doenças e de sinais e sintomas autorrelatados, Questionário de autoavaliação de saúde e o Inventário do Clima Familiar. Foram feitas análises estatísticas descritivas e bivariadas. Os dados desta pesquisa mostraram que a maioria dos idosos fez uma avaliação mais negativa do clima familiar e da autopercepção atual da saúde; maior apoio e coesão e menor hierarquia familiar estão associadas a uma melhor saúde percebida. Os dados podem ajudar a compreender como o clima familiar do idoso pode impactar na saúde subjetiva e como a deterioração da saúde pode moldar os relacionamentos na família bem como podem colaborar com intervenções clínicas e sociais.

Palavras-chave: saúde, idoso, família

Abstract: It investigates the cohesion, the support, the hierarchy and the conflict related to the familiar climate perceived by the elderly in its relation with the self-perception of health. 134 elderly people from the Recôncavo Baiano participated, with an average age of 72 years, most of them blacks and women, interviewed at home, using a questionnaire for diseases and self-reported signs and symptoms, a health self-assessment questionnaire, and the Family Climate Inventory. Results showed that the majority of the elderly made a more negative evaluation of the family climate and the current self-perception of health; greater support and cohesion and lower family hierarchy are associated with better perceived health. The data may help to understand how the family climate of the elderly can impact on subjective health and how the deterioration of health can shape family relationships as well as collaborate with clinical and social interventions.

Keywords: health, elderly people, family

Resumen: Se investigó la cohesión, el apoyo, la jerarquía y el conflicto relativos al clima familiar percibido por ancianos en su relación con la autopercepción de salud. En la mayoría de los casos, la mayoría de los encuestados en el domicilio, utilizando el cuestionario de enfermedades y signos y síntomas autorrelatados, Cuestionario de autoevaluación de salud y el Inventario de salud Clima Familiar. Los datos de esta investigación mostraron que la mayoría de los ancianos hicieron una evaluación más negativa del clima familiar y de la autopercepción actual de la salud; mayor apoyo y cohesión y menor jerarquía familiar están asociadas a una mejor salud percibida. Los datos pueden ayudar a comprender cómo el clima familiar del anciano puede impactar en la salud subjetiva y cómo el deterioro de la salud puede moldear las relaciones en la familia así como pueden colaborar con intervenciones clínicas y sociales.

Palabras clave: salud, ancianos, familia



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.

² Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil.

O clima familiar é composto pela percepção dos membros sobre os relacionamentos intrafamiliares e tem como aspectos centrais a coesão (proximidade e ligação emocional entre os membros da família), o apoio (funções de dar e receber informações e auxílio material, instrumental e emocional), a hierarquia (relação de poder entre pessoas, subsistemas ou gerações, para a diferenciação de papéis na família e poder decisório) e o conflito (aspecto normativo das relações que indica dificuldade em equilibrar as necessidades individuais e as da unidade familiar) (Teodoro, Allgayer, & Land, 2009; Osoria & Mena, 2015, Rabelo & Neri, 2016). Diz respeito a um microcontexto que, na velhice, pode gerar um senso individual de ser amado e valorizado, de estar conectado ao grupo e ajuda a dar sentido às experiências de vida. Afeta a maneira pela qual os familiares percebem uns aos outros, informa sobre a expressão de sentimentos e sobre o atendimento das necessidades de seus membros.

Na velhice, elementos como receber suporte instrumental e emocional (Guedes, Lima, Caldas, & Veras, 2017; Hirve et al., 2014), viver com bom nível de coesão familiar (Gomes, Pereira, & Abreu, 2018; Rabelo & Neri, 2016) e sentir-se incluído pela família (Bookwala, Marshall, & Manning, 2014; Caldas & Veras, 2017) associam-se com uma autoavaliação positiva da saúde. A avaliação que os idosos fazem da própria saúde influencia no seu bem-estar físico e psicológico, seus hábitos de vida e de autocuidado.

No âmbito populacional, a autopercepção de saúde é um preditor importante de mortalidade e de morbidade em idosos (Lima-Costa, Cesar, Chor, & Proietti, 2012; Mavaddat, Valderas, Van der Linde, Khaw, & Kinmonth, 2014). É influenciada pela experiência com doenças, pelas expectativas em relação à saúde e pelo contexto psicossocial e cultural (Hirve et al., 2014; Pedreira, Andrade, Barreto, Junior, & Costa, 2016). Reflete as políticas sociais e as condições econômicas e é um indicador das demandas de assistência à saúde na velhice (Confortin, Giehl, Antes, Schneider, & D'Orsi, 2015). Autopercepções negativas da própria saúde associam-se a problemas crônicos que limitam as capacidades necessárias ao

desempenho de atividades de vida diária (Silva, Pinto Junior, & Vilela, 2014) e com depressão geriátrica (Carneiro et al., 2020).

Lindemann, Reis, Mintem e Mendoza-Sassi (2019) avaliaram adultos e idosos usuários do Serviço Único de Saúde e verificaram uma tendência à autopercepção negativa da saúde, sendo que os idosos, as mulheres e aqueles que não estavam trabalhando ou realizando atividade física foram os que percebem mais negativamente a própria saúde. Os autores destacaram que o convívio com outras pessoas pode melhorar a saúde percebida. Estudo de Nunes, Barreto e Gonçalves (2012), com idosos residentes em uma área de alta vulnerabilidade, mostrou que aqueles que fizeram uma avaliação negativa dos relacionamentos pessoais e que não podiam contar com alguém, caso ficassem acamados, tiveram mais chance de perceber a própria saúde como ruim.

Em pesquisa sobre qualidade de vida com idosos em situação de vulnerabilidade, Silva, Pinto Junior e Vilela (2014) destacaram a importância do apoio familiar para a construção de estratégias de promoção de saúde baseadas na regulação das perdas e das dificuldades sentidas no envelhecimento. Segundo Brito, Camargo e Castro (2017), idosas entre 75 e 84 anos, faixa etária na qual estavam as mais dependentes, sobretudo as viúvas, ressaltaram a importância do apoio familiar para a percepção de um bom envelhecer.

O papel crucial das características do contexto familiar, a compreensão do processo saúde-doença sob a perspectiva do próprio idoso e os possíveis impactos que as dimensões do clima familiar podem trazer para a saúde percebida são questões importantes, atuais e ainda pouco investigadas. Os dados gerados por este estudo podem interagir de forma produtiva com as intervenções clínicas e sociais. Um olhar complexo para a população brasileira que envelhece necessariamente implica a problematização dos ideários idílicos de família, assentados sobretudo na exclusão do conflito. Este estudo teve como objetivo investigar a coesão, o apoio, a hierarquia e o conflito relativos ao clima familiar percebido por idosos em sua relação com a autopercepção de saúde.

Método

O contexto da pesquisa e os participantes

Participaram idosos residentes em um município do Recôncavo da Bahia. O Território de Identidade do Recôncavo possui grandes desigualdades sociais (o índice de GINI do Recôncavo é de 0,574) que levam a um crescimento da pobreza, atingindo mais fortemente a população negra da região (SEI, 2016). 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. A Bahia é o segundo estado brasileiro com maior população negra, sendo 76,3% autodeclarados pretos e pardos; sendo 79% no Recôncavo (IBGE, 2010). Segundo dados do IBGE de 2015, a proporção de pessoas que se autodeclararam preta ou parda decresceu com o aumento do grupo etário, sendo que no grupo de 70 anos ou mais de idade chegou a 46,8% para homens e 42,4% para mulheres. Os dados informam sobre as especificidades do envelhecimento nesse território. Neste estudo, a amostra foi composta por 134 idosos da comunidade. A idade variou de 60 a 95 anos, com média de 72 anos (± 8) anos, sendo 66,4% na faixa etária de 60 a 74 anos e 33,6% com idade ≥ 75 anos. A maioria era negra (preta=29,9% + parda=38,8%) e do sexo feminino (77,6%).

Variáveis e instrumentos

Variáveis sociodemográficas. Foram registradas as idades em valores brutos, depois agrupados em duas faixas (60 a 74 e 75 anos ou mais) e o sexo (feminino ou masculino).

Clima familiar. Foi utilizado o Inventário do Clima Familiar – ICF (Teodoro, Allgayer, & Land, 2009). Inclui 22 itens (cinco itens para o apoio, cinco para a coesão, seis para o conflito e seis para a hierarquia) avaliados em uma escala de 5 pontos (1= de jeito nenhum; 2=pouco; 3=mais ou menos; 4=muito; 5=completamente) relativos a quatro domínios: apoio (suporte dado e recebido na família) coesão (vínculo emocional existente entre os membros da família), conflito (relação agressiva e conflituosa existente entre os mem-

bro da família) e hierarquia (nível de controle e poder no sistema familiar). Os dados foram agrupados e foi adotado o valor das medianas para dividir as distribuições em níveis de maior ou menor coesão (mediana=20; min=07 e máx=25), apoio (mediana=18; min=05 e máx=25), conflito (mediana=06; min=06 e máx=29) e hierarquia familiar (mediana=10; min=06 e máx=28).

Autopercepção de saúde. (i) *Questionário de doenças e de sinais e sintomas autorrelatados* (Assumpção, Borim, & Neri, 2019). Doenças crônicas (doenças cardíacas, hipertensão, derrame, diabetes, câncer, artrite/reumatismo, bronquite/enfisema, depressão e osteoporose) diagnosticadas por médico nos 12 meses anteriores à entrevista e de sinais e sintomas percebidos (dor, inchaço, falta de ar, vertigem, fadiga, tosse, transpiração excessiva ou sede persistente, quedas, ganho ou perda de peso involuntário, dificuldade de memória) pelos idosos no mesmo período, no qual as respostas eram dicotômicas (Sim x Não). Os dois conjuntos de respostas foram agrupadas por faixas (nenhuma, 1 ou 2 e 3 ou mais), seguindo o padrão adotado pelo Estudo FIBRA (Neri et al., 2013); (ii) *Questionário de autoavaliação de saúde* (Assumpção, Borim, & Neri, 2019) com quatro itens escalares que solicitavam que o idoso avaliasse: (a) sua saúde atual de modo geral (escolhendo uma das alternativas: péssima, regular, boa ou muito boa); (b) a saúde hoje comparada com outros da mesma idade (alternativas: melhor, igual ou pior); (c) a saúde hoje em comparação à que tinham há um ano (alternativas: melhor, igual ou pior); e (d) como acreditam que a saúde estará daqui a um ano (alternativas: melhor, igual ou pior).

Procedimentos de coleta de dados

Foi selecionada a Unidade Básica de Saúde da zona urbana do município que tinha o maior número de idosos cadastrados (14,5% do total de pessoas cadastradas e 16,8% dos idosos residentes na cidade). Com a ajuda de agentes comunitários de saúde, foi realizada a identificação dos domicílios com idosos localizados nas microáreas abrangidas pela USF selecionada. Os critérios de elegibilidade aplicados aos idosos foram: idade

igual ou superior a 60 anos; residência permanente na região e no domicílio; compreensão das instruções; interesse em participar e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Como critério de inclusão foi adotada a pontuação obtida por cada idoso no Miniexame do Estado Mental (MEEM), ajustada pelos anos de escolaridade, menos um desvio padrão (Neri & Guariento, 2011). Essa foi feita para não se correr o risco de que eventuais déficits em funções cognitivas básicas prejudicassem a confiabilidade das respostas de autorrelato dos idosos. Os critérios de exclusão foram: déficit auditivo ou visual grave; dificuldade de expressão verbal e de compreensão e estar temporária ou permanentemente acamado. O entrevistador treinado compareceu no domicílio dos idosos portando crachá de identificação e os formulários impressos. Os idosos foram convidados a participar da pesquisa, informados sobre os objetivos e sobre sua opção voluntária de aceitar ou não e foram certificados sobre o sigilo, riscos e benefícios. Após a resposta afirmativa em participar era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido. A coleta de dados foi realizada no ano de 2011, em duas ou três visitas de duas horas cada uma, em média, no domicílio do idoso.

Procedimentos de análise de dados

Os dados foram submetidos à análise estatística com a utilização do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*®), versão 19.0. Foram

feitas análises de frequência para variáveis categóricas e foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher (na presença de valores esperados menores que 5) para comparar as variáveis de interesse ($p \leq 0,05$).

Procedimentos éticos

A investigação ora relatada foi devidamente aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP da Faculdade Maria Milza (FAMAM), Bahia - protocolo n.º 034/2011), respeitando-se a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde do Brasil, vigente na época da pesquisa. Todos os procedimentos éticos referentes à coleta e análise de dados foram cumpridos segundo a resolução atual (n.º 466/2012).

Resultados

Com relação ao clima familiar, mais idosos pontuaram abaixo da mediana nos quatro domínios. Verificou-se maior frequência de idosos que avaliaram a própria saúde atual como razoável e péssima do que como muito boa e boa, assim como predominaram idosos com melhor avaliação da saúde hoje em comparação com outros da mesma idade, em relação com a de um ano atrás e com boa expectativa de saúde dentro de um ano. Mais idosos tinham uma ou duas doenças e três ou mais sinais e sintomas autorrelatados do que os das outras categorias consideradas (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto à autopercepção de saúde e ao clima familiar

Variáveis	Categorias	Amostra Total
		%
Autoavaliação global da saúde atual	Muito boa/Boa	35,8
	Razoável	46,3
	Péssima	17,9
Saúde comparada com outros da mesma idade	Melhor	53,0
	Igual	30,6
	Pior	16,4
Saúde comparada com a de 1 ano atrás	Melhor	23,9
	Igual	43,3
	Pior	32,8
Expectativa de saúde futura	Melhor	44,0
	Igual	35,1
	Pior	20,9
N° doenças autorrelatadas	1-2	52,3
	≥3	34,3
	Nenhuma	13,4
N° sinais e sintomas autorrelatados	≥3	59,7
	1-2	31,3
	Nenhum	9,0
Apoio familiar	Menor	58,2
Coesão familiar	Maior	41,8
	Menor	56,7
Conflito familiar	Maior	43,3
	Menor	50,7
Hierarquia familiar	Maior	49,3
	Menor	53,7
	Maior	46,3

A análise comparativa das variáveis mostrou que houve diferença significativa entre os grupos com relação à: (a) apoio: idosos com percepção de menor apoio familiar com pior expectativa de saúde futura e menor frequência de nenhum sinal ou sintoma autorrelatado; (b) coesão: idosos que perceberam menor coesão familiar com menor frequência de nenhuma doença autorrelatada;

(c) hierarquia: idosos que perceberam maior hierarquia familiar com maior frequência de três ou mais sinais e sintomas autorrelatados; idosos que perceberam menor hierarquia familiar com maior frequência de expectativa futura de saúde igual a saúde atual, de saúde igual a seus contemporâneos e de um a dois sinais e sintomas autorrelatados (ver Tabela 2).

Tabela 2 – Dimensões do clima familiar, considerando-se a faixa etária, o sexo e a autoavaliação de saúde

Variáveis	Apoio		Coesão		Conflito		Hierarquia	
	Menor	maior	menor	maior	menor	maior	menor	maior
Faixa etária								
60-74 anos	66,7	66,1	65,8	67,2	64,7	68,2	62,5	71,0
≥75 anos	33,3	33,9	34,2	32,8	35,3	31,8	37,5	29,0
Valor-p	0,943		0,860		0,670		0,301	
Sexo								
Feminino	74,4	82,1	73,7	82,8	77,9	77,3	80,6	74,2
Masculino	25,6	17,9	26,3	17,2	22,1	22,7	19,4	25,8
Valor-p	0,286		0,212		0,926		0,378	
Saúde global hoje								
Muito boa/Boa	58,3	41,7	58,3	41,7	52,1	47,9	60,4	39,6
Razoável	53,2	46,8	53,2	46,8	56,5	43,5	53,2	46,8
Péssima	70,8	29,2	62,5	37,5	33,3	66,7	41,7	58,3
Valor-p	0,332		0,710		0,153		0,321	
Saúde comparada com contemporâneos								
Melhor	60,6	39,4	59,2	40,8	45,1	54,9	46,5	53,5
Igual	53,7	46,3	56,1	43,9	65,9	34,1	70,7	29,3
Pior	59,1	40,9	50,0	50,0	40,9	59,1	45,5	54,5
Valor-p	0,772		0,747		0,064		0,032	
Saúde comparada com 1 ano atrás								
Melhor	53,1	46,9	62,5	37,5	37,5	62,5	50,0	50,0
Igual	53,4	46,6	50,0	50,0	56,9	43,1	63,8	36,2
Pior	68,2	31,8	61,4	38,6	52,3	47,7	43,2	56,8
Valor-p	0,262		0,389		0,205		0,105	
Expectativa de saúde futura								
Melhor	50,8	49,2	62,7	37,3	47,5	52,5	44,1	55,9
Igual	55,3	44,7	44,7	55,3	59,6	40,4	70,2	29,8
Pior	78,6	21,4	64,3	35,7	42,9	57,1	46,4	53,6
Valor-p	0,044		0,117		0,298		0,019	
N° doenças								
Nenhuma	15,4	10,7	19,7	5,2	14,7	12,1	15,3	11,3
1-2	52,6	51,8	50,0	55,2	55,9	48,5	50,0	54,8
≥3	32,0	37,5	30,3	39,6	29,4	39,4	34,7	33,9
Valor-p	0,665		0,045		0,475		0,759	
N° sinais e sintomas								
Nenhum	3,8	16,1	7,9	10,3	11,8	6,1	9,7	8,1
1-2	30,8	32,1	26,3	37,9	36,8	25,8	41,7	19,4
≥3	65,4	51,8	65,8	51,7	51,5	68,2	48,6	72,6
Valor-p	0,039		0,256		0,130		0,014	

Discussão

Para dar visibilidade a uma população que permanece fora das pautas de discussão, é importante iniciar destacando que a análise descritiva dos dados gerais mostrou que a maioria das pessoas idosas participantes deste estudo era composta por negros e mulheres. Verificou-se uma percepção negativa da própria saúde atual de modo geral, com alto número de sinais e sintomas autorrelatados e pelo menos uma doença crônica. Quando foi utilizado algum critério de comparação para julgar a própria saúde, a percepção foi mais positiva, especialmente quanto à expectativa de saúde no futuro.

Os dados mostraram uma avaliação mais negativa dessas idosas negras com relação à própria saúde do que a encontrada em outros estudos brasileiros realizados com a população idosa geral em cidades com melhor nível de desenvolvimento econômico e social (Neri, Borim, Barros, Yassuda, & Eulálio, 2013; Borges et al., 2014; Medeiros et al., 2016). Ainda, a saúde percebida é influenciada pela experiência prévia com doenças e está associada com a presença de problemas crônicos de saúde (Carneiro et al., 2020).

É preciso ter em mente que o racismo brasileiro e suas expressões institucionais em saúde bem como o sexismo advindo do patriarcado, que também marca esta sociedade, produzem iniquidades em saúde já reconhecidas em diversos estudos (Silverio, 2018; Ferreira, 2018; Silva & Monteiro, 2018). A discriminação no atendimento, a pseudo-representação em campanhas, a violência obstétrica, saúde mental mais abalada, dentre outros, têm a população negra e feminina como alvo. O fator etário também coloca idosas negras como uma população vulnerável. A probabilidade de autoavaliação negativa da saúde foi maior para as mulheres, para os mais velhos, os pretos e pardos, dentre outras variáveis, em estudo realizado com 2.697 idosos em 145 municípios do Brasil (Chiavegatto Filho & Laurenti, 2013). Pessoas idosas negras e de minorias étnicas relatam pior autoavaliação da saúde mesmo após o controle de desvantagens sociais e econômicas (Evandrou, Falkingham, Feng, & Vlachantoni, 2016).

Na avaliação do clima familiar, a maioria relatou percepção de menor apoio, menor coesão, menor conflito e menor hierarquia. Na velhice, relações de afeto, conflito e poder, com todas as suas ambivalências e contradições, são moldadas na história das famílias de maneira que o pessoal e o político, o privado e o público, o individual e o coletivo estão conectados. Macedo, Dimenstein, Sousa, Costa e Silva (2018) consideram o apoio familiar como importante aspecto do apoio social, ajudando a pensar a família dentro de uma rede mais ampla de cuidado. Deste modo, chamam atenção para o acesso das famílias aos serviços dentro dos territórios dos quais fazem parte. Não se trata apenas de arranjos intrafamiliares, mas o contexto de desigualdades de gênero e étnico-raciais prejudica mulheres e negros e atinge as famílias com relação ao acesso aos recursos sociais (Ferreira, 2018).

Segundo Leme et al. (2016), em revisão de literatura sobre solidariedade intergeracional, nas famílias coesas os membros referem ter proximidade emocional, engajamento e envolvimento entre si. Famílias com mais apoio e coesão têm melhores condições de proporcionar suporte mútuo, compartilhar sentimentos de dor, tolerar melhor as emoções negativas e prestar melhor apoio ao parente enfermo. Um aspecto relacionado a maior coesão familiar é a capacidade de adaptação diante de eventos que possam vir a afetar o sistema, como, por exemplo, as demandas de cuidado da pessoa idosa ou os eventos de vida críticos (Rabelo & Neri, 2016).

A hierarquia informa sobre mudanças na estrutura dos papéis e das regras familiares. Em todas as famílias, surgem os padrões que organizam a hierarquia do poder, e eles definem os caminhos que o sistema utiliza, para tomar decisões e controlar o comportamento de seus membros. Contudo, os padrões não são aleatórios e reproduzem as estruturas sociais fundadas no patriarcado e no racismo (Carloto & Nogueira, 2018). De modo geral, a percepção foi de baixo conflito familiar, mas também de menor apoio e coesão. A qualidade normativa e positiva do conflito é viabilizada na presença de afetividade e de proximidade emocional. Menor controle e poder no sistema também

podem implicar menor conflito intergeracional e disputa pelos recursos familiares. Gênero e raça podem ser objeto das disputas das relações familiares intergeracionais posto que colocam em pauta comportamento, descendência, tradições e valores compartilhados e em transformação (Rabelo, Silva, Rocha, Gomes, & Araújo, 2018).

Araújo, Castro e Santos (2018) apontam que os significados atribuídos pelos idosos à família são termos positivos relacionados ao cuidado, união e felicidade. Destacam o caráter irreversível dos laços familiares que marcam os sujeitos idosos de forma indelével, não sendo irrelevantes nem mesmo ao longo de todas as mudanças presentes na história de vida. A qualidade desses laços, devido à força dessas idealizações, impacta diretamente o desenvolvimento na velhice. A reorganização dos laços familiares pode causar desconforto aos idosos, pois se confronta com uma questão geracional, na qual a atual geração de idosos cultiva valores familiares estreitamente relacionados à permanência e ao vínculo a partir de laços de sangue, tornando difícil a aceitação de reconfigurações. A insatisfação devido à dependência é um fator encontrado no estudo citado, fazendo relação com a dependência aprendida. A necessidade de cuidado não partiria só do idoso, mas dos preconceitos e dos estereótipos familiares com relação à velhice.

A análise comparativa das variáveis mostrou que o número de doenças autorrelatadas foi menor entre aqueles com menor coesão familiar indicando que a proximidade emocional reflete no cuidado recebido e percebido nos casos dos idosos que convivem com múltiplas condições crônicas de saúde. As pessoas idosas estão cientes de seus recursos e limitações e organizam suas ações dentro do seu ambiente social em um esforço de minimizar a exposição a experiências negativas. Os relacionamentos coesos são um recurso potencial na velhice, moldados e regulados ao longo da vida através da seleção socioemocional, das interações sociais cotidianas e das trocas de suporte social (Rabelo, 2016).

O apoio e a coesão familiar possuem uma função de suporte emocional, na medida em que envolvem comportamentos, gestos e expressões

emocionalmente positivas e de intimidade, no âmbito interpessoal que favorecem o bem-estar. O bom funcionamento da família na velhice requisita uma flexibilidade na estrutura, papéis e respostas a novas necessidades e desafios desenvolvimentais, podendo favorecer um clima familiar positivo. Para Rabelo e Neri (2016), um clima familiar estável e afetivo proporciona aos seus membros laços emocionais de segurança indispensáveis para um bom funcionamento psicológico.

Os dados mostraram idosos com menor hierarquia familiar com um a dois sinais e sintomas autorrelatados, com melhor expectativa futura de saúde igual a saúde atual e de saúde igual a de seus contemporâneos. Quando os idosos detêm mais poder, autoridade e controle (emocional e financeiro) em relação aos membros da família tendem a se sobrecarregar ou a ter inúmeras tarefas e papéis a cumprir, apresentando maiores níveis de sinais e sintomas autorrelatados. Embora uma maior hierarquia seja importante para a manutenção do *status* dentro da família, pode representar rigidez no sistema e sobrecarga ao idoso e uma imposição de obrigações sociais não desejadas. Já um menor nível de hierarquia pode significar mais liberdade e disponibilidade de recursos relativos à autonomia e de condições de saúde do idoso.

Na organização familiar, os padrões de autoridade são aspectos particularmente importantes, pois carregam o potencial para a harmonia e o conflito, sendo desafiados, à medida que os membros da família crescem e se modificam (Rabelo, Rocha, & Pinto, 2020). Observa-se a importância de se refletir sobre os papéis, as funções da pessoa idosa na família e as relações de apoio intergeracional. Várias idosas, além de chefiarem seus domicílios e de se responsabilizarem pelo sustento financeiro da família, exercem o papel de cuidadoras dos netos, assumindo a função de avós guardiãs (Dias & Albuquerque, 2019; Rosa, 2018; Cunha, 2017). Pesquisadores (Saad, 2016; Rabelo, Rocha, & Pinto, 2020), indicaram que a intensidade e a direção do fluxo de apoio entre idosos e filhos adultos comumente estão associadas com os eventos do curso de vida; as características pessoais e o estado conjugal de ambas as partes; as diferenças de gênero; os re-

cursos econômicos que dispõem; e as condições de saúde, tanto de pais quanto de filhos; bem como, o número de filhos vivos que os idosos possuem. É preciso, ainda, pensar essa dinâmica em relação à estruturação de políticas públicas, sobretudo a partir dos anos 1990, que colocam a família como responsável pela construção do bem-estar social (Carloto & Nogueira, 2018), ao lado de um mercado cada vez mais predatório e de um Estado que reduz suas responsabilidades e, assim, viola direitos humanos.

No que se refere à dimensão conflito, nenhuma associação significativa com as outras variáveis foi encontrada. O conflito também não figurou significativamente nas representações de idosos a respeito da família em Araújo, Castro e Santos (2018). O conflito pode tanto afetar a maneira pela qual os familiares percebem uns aos outros e a sua disposição para dar assistência quanto pode ser um veículo de mudança e de reestruturação, aspectos indispensáveis para desenvolvimento das relações familiares. Experiências de conflito nos relacionamentos pessoais são relatadas com menor frequência por idosos do que por não idosos e têm implicações diferentes segundo a natureza do relacionamento: o conflito está associado a maior proximidade emocional entre membros familiares e a menor proximidade quando se trata de outros relacionamentos. Os relacionamentos conflituosos exigem maior esforço pessoal para a sua manutenção e a seletividade socioemocional prioriza o engajamento em relacionamentos emocionalmente mais positivos (Lang, Wagner, & Neyer, 2013).

Os dados realçam o papel crucial que a família desempenha em qualquer etapa do processo saúde-doença, sendo indispensável ao clima familiar que cada membro se sinta participando integralmente, de tudo o que tenha significado no núcleo familiar. Portanto, o clima familiar promove benefícios à saúde dos idosos dependendo da interação e da qualidade desses vínculos. Brito, Nunes, Duarte e Lebrão (2019) apontam para o fato de que uma assistência a idosos dependentes no Brasil nunca existiu. A família ainda centraliza esse papel, o que demanda tempo e recursos, daí a importância da qualidade dos vínculos e da rede de apoio social mais ampla.

Por fim, sinaliza-se que existem algumas limitações no presente estudo. Primeiro, a data da coleta de dados (2011) que pode limitar a aplicação dos achados na realidade atual. Destaca-se, ainda, a natureza transversal dos dados e a análise descritiva. Para futuros estudos recomenda-se, por exemplo, investigar as diades pais-filhos; avós-netos avaliando a percepção do nível de coesão familiar, da hierarquia e dos conflitos familiares. Destaca-se também a necessidade de situar a família com relação ao acesso a uma rede mais ampla de cuidados providos pelas políticas públicas.

Os dados desta pesquisa mostraram que a maioria da amostra, que é negra e feminina, fez uma avaliação mais negativa do clima familiar e da autopercepção atual da saúde. Isso tem relação com a rede mais ampla que as situa na base de processos de opressão em termos de todos os indicadores (são as maiores vítimas da violência, as que têm menos acesso à educação e as que têm também uma menor expectativa de vida em relação à população branca). Nesse sentido, ressalta-se a importância de problematizar as relações familiares assentadas no racismo e no patriarcado, e, portanto, adoecedoras, que estruturam esta sociedade.

Verificou-se, ainda, que maior apoio e coesão e menor hierarquia familiar estão associadas a uma melhor saúde percebida em idosos. Os dados podem ajudar a compreender como o clima familiar do idoso pode impactar na saúde subjetiva e como a deterioração da saúde pode moldar os relacionamentos na família. Quando experimentam mudanças na saúde ou nos relacionamentos pessoais com o envelhecimento esse conhecimento auxilia na identificação dos idosos que requerem suporte adicional para a manutenção do seu bem-estar.

Há a necessidade de, diante da demanda crescente por cuidados no envelhecimento, repensar a centralidade da família como cuidadora informal, situando essa família em uma rede mais ampla de apoio social que comporte também a responsabilização do poder público. Isso colabora com reflexões mais amplas a respeito da reprivatização da velhice que se traduz na desresponsabilização do Estado e em um retorno ao enfoque com base na

assistência familiar. Esse processo pode fragilizar sujeitos idosos que são posicionados em termos de marcadores de raça, gênero e classe social em relações hierarquizadas de prejuízo ao seu desenvolvimento ao longo da vida, culminando em um envelhecimento sem a devida atenção.

Referências

- Araújo, L. F., Castro, J. L. C., & Santos, J. V. O. (2018). A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. *Revista Psicologia em Pesquisa, 12*(2), 14-23. <https://doi.org/10.24879/20180001200200130>
- Assumpção, D., Borim, F. S. A., & Neri, A. L. (2019). *Octogenários em Campinas: dados do FIBRA 80+*. Campinas, SP: Alínea.
- Bookwala, J., Marshall, K. I., & Manning, S. W. (2014). Who needs a friend? Marital status transitions and physical health outcomes in later life. *Health Psychology, 33*(6), 505-515. <https://doi.org/10.1037/hea0000049>
- Borges, A. M., Santos, G., Kummer, J. A., Fior, L., Molin, V. D., & Wibelinger, L. M. (2014). Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 17*(1), 79-86. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100009>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo demográfico-2010*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/bahia>
- Brito, A. M. M., Camargo, B. V., & Castro, A. (2017). Representações Sociais de Velhice e Boa Velhice entre Idosos e Sua Rede Social. *Revista de Psicologia da IMED, 9*(1), 5-21. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i1.1416>
- Brito, T. R. P., Nunes, D. P., Duarte, Y. A. O., & Lebrão, M. L. (2019). Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Revista Brasileira de Epidemiologia, 21*(2), 1-15. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180003.supl.2>
- Caldas, C. P. & Veras, R. P. (2017). A saúde do idoso. *Physis Revista de Saúde Coletiva, 27*(4), 1185-1204. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400017>
- Carloto, C. M. & Nogueira, B. W. F. (2018). Família, gênero e proteção social. *Revista Em Pauta, 16*(42), 49-64. <https://doi.org/10.12957/rep.2018.39407>
- Carneiro, J. A., Gomes, C. A. D., Durães, W., Jesus, D. R., Chaves, K. L. L., Lima, C. A., Costa, F. M., & Caldeira, A. P. (2020). Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. *Ciência & Saúde Coletiva, 25*(3), 909-918. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-8123202025316402018>
- Chiavegatto Filho, A. D. P., & Laurenti, R. (2013). Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública, 29*, 1572-1582. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013001200010>
- Confortin, S. C., Giehl, M. W. C., Antes, D. L., Schneider, I. J. C., & D'Orsi, E. (2015). Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 31*(5), 1049-1060. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132014>
- Cunha, U. C. (2017). *Idosas que chefiam lares multigeracionais por recombinação: escolha ou falta de opção?* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pernambuco]. TEDE – Sistema de Publicação Eletrônica de Teses e Dissertações.
- Dias, C. & Albuquerque, K. (2019). Avós que detêm a guarda judicial dos netos: que lugar é esse? *Estudos Interdisciplinares em Psicologia, 10*(3), 121-140. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n3supl1p121>
- Evandrou, M., Falkingham, J., Feng, Z., & Vlachantoni, A. (2016). Ethnic inequalities in limiting health and self-reported health in later life revisited. *Journal of Epidemiology and Community Health, 70*, 653-662. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206074>
- Ferreira, C. A. A. (2018). Racismo: Uma Questão de Saúde Pública e de Gestão na Perspectiva de Gênero. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 7*(2), 143-156.
- Gomes, M. F. S., Pereira, S. C. L., & Abreu, M. N. S. (2018). Fatores associados à autopercepção de saúde dos idosos usuários dos restaurantes populares de Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva, 23*(11), 4007-4019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31072016>
- Guedes, M. B. O. G., Lima, K. C., Caldas, C. P., & Veras, R. P. (2017). Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 27*(4), 1185-1204. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400017>
- Hirve, S., Oud, J. H., Sambhudas, S., Juvekar, S., Blomstedt, Y., Tollman, S., & Ng, N. (2014). Unpacking self-rated health and quality of life in older adults and elderly in India: a structural equation modelling approach. *Social indicators research, 117*(1), 105-119. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0334-7>
- Lang, F. R., Wagner, J. & Neyer, F. J. (2009). Interpersonal functioning across the lifespan: two principles of relationship regulation. *Advances in Life Course Research, 14*, 40-51. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2009.03.004>
- Leme, V. B., Falcão, A. O., de Moraes, G. A., Braz, A. C., Coimbra, S., & Mendonça Fernandes, L. (2016). Solidariedade Intergeracional Familiar nas pesquisas brasileiras: revisão integrativa da literatura. *Revista da SPAGESP, 17*(2), 37-52.
- Lima-Costa, M. F., Cesar, C. C., Chor, D., & Proietti, F. A. (2011). Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10-year follow-up of the Bambui Cohort Study of Aging. *American journal of epidemiology, 175*(3), 228-235. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr290>
- Lindemann, I. L., Reis, N. R., Mintem, G. C., & Mendoza-Sassi, R. A. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. (2019). *Ciência & Saúde Coletiva, 24*(1) 45-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34932016>

Macedo, J. P., Dimenstein, M., Sousa, H. R. D., Costa, A. P. A. D., & Silva, B. Í. D. B. D. (2018). A produção científica brasileira sobre apoio social: tendências e invisibilidades. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(2), 258-278. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110206>

Mavaddat, N., Valderas, J. M., Van Der Linde, R., Khaw, K. T., & Kinmonth, A. L. (2014). Association of self-rated health with multimorbidity, chronic disease and psychosocial factors in a large middle-aged and older cohort from general practice: a cross-sectional study. *BMC family practice*, 15(1), 185. <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0185-6>

Medeiros, S. M., Silva, L. S. R., Carneiro, J. A., Ramos, G. C. F., Barbosa, A. T. F., & Caldeira, A. P. (2016). Fatores associados à auto percepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3377-3386. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.18752015>

Neri, A. L., Yassuda, M. S., Araújo, L. F., Eulálio, M. C., Cabral, B. E., Siqueira, M. E. C., Santos, G. A., & Moura, J. G. A. (2013). Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(4), 778-792. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400015>

Neri, A. L., Borim, F. S. A., Barros, M. B. A., Yassuda, M. S., & Eulálio, M. C. (2013). Avaliação subjetiva de saúde e fragilidade. In A. L. Neri (Org.), *Fragilidade e qualidade de vida na velhice* (pp. 51-64). Campinas, SP: Alínea.

Nunes, A. P. N., Barreto, S. M., & Gonçalves, L. G. (2012). Relações sociais e auto percepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2), 415-428. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200019>

Osoria, A. M. P., & Mena, A. C. (2015). Desarrollo del clima familiar afectivo y su impacto en el bienestar subjetivo de la familia. *Multimed*, 19(2), 1-13.

Pedreira, R. B. S., Andrade, C. B., Barreto, V. G. A., Pinto Junior, E. P., & Rocha, S. V. (2016). Auto percepção de saúde entre idosos residentes em áreas rurais. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(1), 103-119. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i1p103-119>

Rabelo, D. F. (2016). Os idosos e as relações familiares. In E. V. Freitas & L. Py. (Orgs.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1519-1525). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Rabelo, D. F. & Neri, A. L. (2016). Avaliação das Relações Familiares por Idosos com Diferentes Condições Sociodemográficas e de Saúde. *Psico-USF*, 21(3), 663-675. <https://doi.org/10.1590/1413-8271201621031>

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(Esp. 1), e8873. <http://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20iEsp.e8873>

Rabelo, D. F., Silva, J., Rocha, N. M. F. D., Gomes, H. V., & Araújo, L. F. (2018). Racismo e envelhecimento da população negra. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(3), 193-215. <http://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i3p193-215>

Rosa, N. M. D. (2018). *Avós guardiões: fronteiras e limites entre avosidade e parentalidade*. [Monografia de graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Lume – Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Saad, P. M. (2016). Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. *Séries Demográficas*, 3, 153-166.

Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia – SEI. (2016). *Perfil dos Territórios de Identidade/ Salvador: SEI*. Recuperado de <http://www.sei.ba.gov.br>

Silva, I. T., Pinto Junior, E. P., & Vilela, A. B. A. (2014). Auto percepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(2), 275-287. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000200006>

Silva, M. N. D. & Monteiro, J. C. D. S. (2018). Representatividade da mulher negra em cartazes publicitários do Ministério da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, 1-7. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018002203399>

Silverio, A. C. L. (2018). Abordagem da Saúde da População Negra nos cursos da área de Saúde. [Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal de Uberlândia]. Repositório Institucional UFU.

Teodoro, M. L. M., Allgayer, M., & Land, B. (2009). Desenvolvimento e validade fatorial do Inventário do Clima Familiar (ICF) para adolescentes. *Psicologia: teoria e prática*, 11(3), 27-39.

Dóris Firmino Rabelo

Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em Campinas, SP, Brasil; professora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), em Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.

Nara Maria Forte Diogo Rocha

Doutora em Educação pela Universidade Federal do Ceará (UFC), em Fortaleza, CE, Brasil; professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará em Fortaleza, CE, Brasil.

Endereço para correspondência

Dóris Firmino Rabelo

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Centro de Ciências da Saúde

Av. Carlos Amaral, 1015

Cajueiro, 44570-000

Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil