



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Diana Toipa da Silva

VINCULAÇÃO E ANSIEDADE FILIAL NA VIDA ADULTA: Contributos da Investigação para a Gerontologia Social

Curso de Mestrado em Gerontologia Social

**Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Carla Faria**

Investigação realizada no âmbito do Laboratório de Gerontologia Social Aplicada (LABGeroSOC), com o apoio da Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI).

Setembro de 2012

RESUMO

O envelhecimento é um processo complexo marcado por mudanças biopsicossociais que requerem atenção e cuidados específicos. Os filhos tendem a cuidar dos pais, uma vez que a prestação de cuidados se enraíza na história familiar. No entanto, quando estes percebem que os pais podem vir a necessitar de cuidados, podem evidenciar uma preocupação antecipada relativamente à sua capacidade para cuidar, bem como ao bem-estar dos mesmos. Cicirelli (1988) denominou esta preocupação por ansiedade filial, propondo que a mesma pode ser compreendida à luz da Teoria da Vinculação. A ansiedade filial parece desempenhar um papel importante na disponibilidade e qualidade do cuidado proporcionado na medida em que pode antecipadamente condicionar a capacidade do adulto para cuidar. Neste contexto, o presente estudo visa: (i) validar para a população portuguesa a *Filial Anxiety Scale* (EAF; Cicirelli, 1988) e (ii) analisar a relação entre a vinculação e ansiedade filial em adultos de meia-idade.

Participam neste estudo 130 adultos de ambos os géneros (64.6% do género feminino), com idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos ($M = 50.25$; $DP = 7.97$) e com pelo menos um familiar idoso vivo. Em termos de resultados, a versão portuguesa da EAF apresenta uma estrutura factorial válida, conforme a versão original. O mesmo se pode afirmar relativamente à fiabilidade da medida, testada através do *alfa de Cronbach*, tendo-se obtido .87 para a Escala total, .86 para a subescala Ansiedade Filial A e .84 para a subescala Ansiedade Filial B, respectivamente. No que diz respeito às relações entre vinculação e ansiedade filial verifica-se que adultos com um estilo de vinculação inseguro apresentam níveis significativamente mais elevados de ansiedade filial do que os adultos com estilo seguro. Observa-se ainda que as mulheres apresentam níveis superiores de ansiedade filial comparativamente aos homens e adultos mais escolarizados revelam valores médios mais baixos de ansiedade filial.

Considerando na sua globalidade, o presente estudo constitui um contributo relevante para a avaliação e intervenção gerontológica, com especial impacto no domínio da prestação de cuidados filiais, área que se tem vindo a assumir cada vez mais central nas dimensões micro e macrosistémicas da organização social.

Palavras-Chave: ansiedade filial, vinculação, cuidados filiais, gerontologia social, envelhecimento

ABSTRACT

Aging is a complex process marked by biopsychosocial changes that require special attention and specific care. Since caregiving is rooted in family history, children usually assume their parents' care. However, when they perceive that the parents are likely to need some care, they may show an anticipated concern, not only about how to take care of them but also about the parents' welfare. Cicirelli (1988) called it *filial anxiety*, suggesting that it may be understood in light of the *attachment theory*. Filial anxiety seems to play an important role in being able and available for caregiving, since it may confine the adult's ability for care. In this context, this study aims to: (i) validate the *Filial Anxiety Scale* (EAF; Cicirelli, 1988) for the Portuguese population in order to analyze the relationship between attachment and filial anxiety in middle-aged adults.

In this study participated 130 adults of both genders (64.6% female) aged between 35 and 64 years old ($M = 50.25$, $SD = 7.97$) and with at least one elderly relative living. In terms of results, the Portuguese version of EAF presents a valid factorial structure according to the original one. The same can be said regarding the reliability of the measure, tested through Cronbach's alpha, according to which the results were .87 for the Scale, .86 for the Anxiety Filial A subscale and .84 for the Filial Anxiety B subscale, respectively. Regarding the relationship between attachment and filial anxiety it has been demonstrated that adults with an insecure attachment style have significantly higher levels of filial anxiety than adults with a secure one. It has also been observed that women have higher levels of filial anxiety than men, and that better educated adults show lower average values of filial anxiety.

Considered as a whole, this study is an important contribution to gerontological assessment and intervention, with a particular impact in filial caregiving, an area that has increasingly been assumed as central in micro and macrosystemic dimensions of social organization.

Keywords: filial anxiety, attachment, filial care, social gerontology, aging

**Aos meus pais porque são a minha base segura
e sem eles nada disto seria possível.**

Agradecimentos

Esta é provavelmente uma das mais complexas e ingratas tarefas.

As palavras, nesta parte, nunca serão suficientes para mostrar a gratidão e o apreço a todas as pessoas que me acompanharam ao longo deste percurso e me foram essenciais na construção e no desenvolvimento deste que considero um momento essencial para o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha orientadora, Professora Doutora Carla Faria, muito obrigada por toda a confiança depositada em mim, pelas palavras de incentivo e de coragem. Muito obrigada por toda a calma, persistência, paciência, dedicação, orientação e total disponibilidade que sempre mostrou, de outra forma não conseguiria alcançar a confiança necessária para que este trabalho se tornasse possível. Obrigada por me ter ajudado a olhar para a Vinculação de outra forma.

À Professora Doutora Alice Bastos pelas suas palavras de encorajamento que, ao longo deste caminho, sempre foi mostrando.

Ao Dr. Diogo Lamela pela disponibilidade e pela prestável e incansável ajuda que sempre mostrou.

À Sónia, por seres a minha confidente e por dares sentido à palavra “casa”.

À Sandrina, por me teres ensinado o verdadeiro valor da amizade, por nunca teres desistido, por estares sempre presente independentemente da distância e por tornares os meus dias muito mais fáceis. Obrigada por tudo, mana.

À Raquel, muito obrigada pela amizade, companhia e confiança, pelas palavras e por toda a ajuda que me deste ao longo deste tempo. Espero no futuro voltar a trabalhar contigo.

À Tita, obrigada pela companhia e pela amizade demonstrada.

Por último, mas não menos importante, ao meu irmão, muito obrigada por nunca teres duvidado de mim, por acreditares que tudo isto era possível.

ÍNDICE GERAL

Resumo.....	III
<i>Abstract</i>	V
Agradecimentos.....	IX
Índice de figuras.....	XIII
Índice de tabelas.....	XIII
 Introdução.....	 17
 CAPÍTULO I – Vinculação e ansiedade filial: Enquadramento conceptual e empírico.....	 23
Teoria da vinculação: conceitos e modelos.....	25
O cuidar na perspectiva da vinculação.....	36
Maturidade, responsabilidade e ansiedade filial.....	42
Objectivos de estudo.....	61
 CAPÍTULO II – Método.....	 63
Participantes.....	65
Instrumentos.....	65
Ficha Sociodemográfica.....	66
Escala de Ansiedade Filial (EAF).....	66
Escala de Vinculação do Adulto (EVA).....	66
Escala de Desejabilidade Social – versão reduzida.....	67
Tradução e adaptação da EAF.....	68
Procedimentos de recolha de dados.....	68
Procedimentos de análise de dados.....	69
 Capítulo III - Apresentação dos resultados.....	 73
Descrição dos resultados.....	75
Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	75

Características psicométricas dos familiares idosos.....	76
Características psicométricas da versão portuguesa da EAF.....	77
Validade da Escala.....	78
Fiabilidade da Escala.....	82
Vinculação e ansiedade filial.....	83
Vinculação e variáveis sociodemográficas.....	83
Ansiedade filial e variáveis sociodemográficas.....	85
Vinculação e ansiedade filial.....	87
Capítulo IV – Discussão dos resultados e Conclusão.....	89
Discussão dos resultados e conclusão.....	91
Conclusão.....	105
Referências Bibliográficas.....	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Bidimensional da Vinculação Bartholomew e Horowitz (1991)	34
Figura 2 - Diferenças na Escala de Ansiedade Filial (A, B e Total) em função da escolaridade dos participantes	87

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	75
Tabela 2 - Análise das frequências dos itens na versão portuguesa da Escala de Ansiedade Filial (EAF).....	77
Tabela 3 - Distribuição factorial dos itens da versão portuguesa de EAF.....	78
Tabela 4 - Distribuição factorial dos itens da versão original da EAF (Cicirelli, 1988) e da versão portuguesa forçada a dois factores.....	80
Tabela 5 - Correlações de Pearson entre a Ansiedade Filial (A, B e Total) e a Medida de Desejabilidade Social.....	82
Tabela 6- Valores de consistência interna do total EAF e das subescalas Ansiedade Filial A e B na versão original (Cicirelli, 1988) e na versão portuguesa.....	82
Tabela 7 - Correlações dos itens das subescalas e alfa com a retirada de cada item das Subescalas de Ansiedade Filial A e B.....	83
Tabela 8 - Médias, Desvios-padrão e Testes t para as Dimensões de Vinculação em Função do Género.....	84
Tabela 9 - Médias, Desvios-padrão e Testes t para as Dimensões de Vinculação em Função dos Grupos de Idade.....	84
Tabela 10 - Médias, Desvios-padrão e Testes ANOVA para as Dimensões da Vinculação em Função da escolaridade.....	85
Tabela 11 - Médias, Desvios-padrão e Testes t para a EAF (A, B e Total) em Função do Género.....	85
Tabela 12 - Médias, Desvios-padrão e Testes t para a EAF (A, B e Total) em Função dos Grupos de Idade.....	86

Tabela 13 - Correlações de Pearson entre a EAF (A, B e Total) e as Dimensões da Vinculação (Ansiosa, Segura e Evitante).....	88
--	----

Introdução

A presente dissertação inscreve-se no âmbito da gerontologia social, mais especificamente na área do desenvolvimento adulto e envelhecimento. Neste sentido, a investigação aqui apresentada tem como finalidade o estudo de alguns dos componentes relevantes para os cuidados filiais. Ou seja, procura-se compreender a relação entre a vinculação e ansiedade filial em adultos de meia-idade potenciais cuidadores de familiares envelhecidos. A temática da prestação de cuidados classificados como informais (Paúl, 2012) tem sido alvo de interesse regular da teoria e investigação em gerontologia social. Paúl e Ribeiro (2012) consideram mesmo que os cuidados informais, nos quais se enquadram os cuidados filiais, é um dos assuntos que nos últimos anos tem sido alvo de interesse de investigadores uma vez que é profundamente relevante na formulação de políticas e serviços sociais e de saúde, na definição do papel, função e responsabilidade da família no suporte aos seus familiares mais velhos, e na clarificação do tipo de solidariedade social que desejamos na nossa sociedade. No entanto, a investigação tem-se focado essencialmente nas implicações ou consequências da prestação de cuidados para o cuidado informal e para o idoso, tendo sido profícua em reunir evidências relativas às consequências negativas da prestação de cuidados. Todavia, são relativamente escassos os estudos que se focalizam nos antecedentes do cuidar, isto é, nas variáveis ou dimensões que facilitam ou limitam a adaptação do papel de cuidador e que contribuem positiva ou negativamente para a qualidade dos cuidados proporcionados, assim como para o funcionamento (in)adaptativo do cuidador.

Os cuidados filiais têm vindo a assumir uma progressiva centralidade na investigação em gerontologia social em consequência das muitas transformações sociais a que temos vindo a assistir nas sociedades contemporâneas nos últimos anos. O aumento acentuado da longevidade e o pronunciado envelhecimento populacional têm vindo a colocar diversos e complexos desafios às diferentes estruturas (formais e informais) da sociedade e aos quais, investigadores e políticos têm procurado responder, nem sempre da forma mais adequada ou melhor (Paúl & Ribeiro, 2012).

A presente dissertação de mestrado não foi elaborada de acordo com o novo Acordo ortográfico que entrou em vigor em Janeiro de 2009, beneficiando do período de transição que decorre até 2015.

Como referem Paúl e Ribeiro (2012) existem actualmente “inúmeras questões fundamentais para responder no âmbito do envelhecimento que têm repercussões claras, a nível individual e colectivo, na organização económica e social das sociedades.” (pp. XVII). Uma destas questões prende-se claramente com a necessidade progressiva de cuidados que as pessoas mais velhas vão apresentando à medida que envelhecem, sendo que associada a esta questão temos duas outras. Por um lado a capacidade limitada que os sistemas formais de cuidados apresentam devido à limitação de recursos humanos e materiais e ao número elevado de solicitações decorrentes do aumento do número de pessoas mais velhas e à sua maior longevidade. E por outro lado, os constrangimentos, dificuldades e necessidades das famílias em passar a assumir um papel mais activo e continuado na satisfação destas necessidades de cuidado das pessoas mais velhas.

O envelhecimento associado a outras transformações sociais que pautaram a organização sociocultural das últimas décadas obriga a uma re-conceptualização do papel da família, e em particular dos filhos de meia-idade. A actual geração de meia-idade tem sido designada na literatura do domínio como “geração sandwich” no sentido de expressar a sua posição “entrincheirada” entre duas gerações: os filhos e os pais. Os filhos que ainda não “saíram de casa”, tardam em assumir a autonomia e independência, e consequentemente continuam a necessitar e depender dos cuidados dos pais. Os pais que com o aumento da longevidade vivem muitos mais anos e que durante muitos mais anos têm de lidar com as necessidades e experiências decorrentes do envelhecimento, não encontrando frequentemente respostas nos serviços formais existentes e por isso vendo-se obrigados a recorrer aos filhos para garantir os cuidados necessários. Assim, associadas às alterações e mudanças características do processo de envelhecimento existem tarefas e/ou desafios que obrigam à mobilização de recursos intra e interpessoais e que implicam transformações, muitas vezes profundas, no modo de vida e funcionamento da pessoa, da família, da comunidade e da sociedade. É nesta fase, segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), que os filhos adultos normalmente se reaproximam dos pais idosos, sendo por isso considerado pela maioria destes como elementos-chave.

Os filhos adultos quando se confrontam com o envelhecimento dos pais confrontam-se igualmente com a possível necessidade de estes virem a precisar de

cuidados. A prestação de cuidados está enraizada na história das famílias e é encarada como uma obrigação familiar (Sousa et al., 2006). A investigação neste domínio tem evidenciado aspectos positivos e negativos (consequências) no âmbito da prestação de cuidados. Os cuidadores consideram a prestação de cuidados a um familiar idoso uma tarefa emocionalmente gratificante e ainda uma oportunidade de enriquecimento pessoal, contudo é também reconhecido que esta tarefa acarreta consequências negativas (Figueiredo, 2007). Tal como Cicirelli (1988) refere, quando se proporciona suporte e apoio a pais idosos pode ser vivenciado algum tipo de *stress* pelos filhos adultos, resultando em sentimentos de sobrecarga. Ou seja, muitos filhos adultos enfrentam dificuldades em satisfazer as necessidades dos pais envelhecidos tanto a nível financeiro, como psicológico ou físico (Myers & Cavanaugh, 1995). Por outro lado, cuidar de alguém durante um longo período de tempo pode tornar-se física e psicologicamente esgotante, interferindo assim na saúde e no bem-estar do cuidador (Figueiredo, 2007). Nos estudos desenvolvidos sobre sentimentos de sobrecarga na prestação de cuidados, verificou-se que os filhos adultos sentiam algum tipo de tensão e de sentimentos negativos mesmo não estando a prestar nenhum tipo de cuidados (e.g., Zarit & Zarit, 1983). Cicirelli (1988), ao explorar estes sentimentos, constatou que alguns filhos adultos mostravam preocupação face à quantidade de ajuda que poderiam ser chamados a prestar no futuro e face à sua capacidade para lidar com tal exigência. Esta preocupação foi designada por *ansiedade filial*, tendo-a Cicirelli (1988) definido como um estado de preocupação antecipada sobre o declínio ou morte de um pai idoso, bem como uma preocupação antecipada sobre a capacidade de satisfazer as necessidades de cuidados, tanto antes como durante a prestação de qualquer tipo de cuidados.

A ansiedade filial, segundo Cicirelli (1988), pode ser compreendida à luz da Teoria de Vinculação de Bowlby (1969/1982) uma vez que na relação pais-filhos, os filhos de meia-idade desenvolvem um sentimento de protecção que desencadeia comportamentos que procuram evitar ou adiar a perda destas figuras de vinculação, bem como a história e qualidade da relação pais-filhos vai pautar a natureza e qualidade das interações actuais estabelecidas entre filhos adultos e pais envelhecidos. Na relação entre pais e filhos, os filhos adultos desenvolvem um sentimento protector decorrente da relação de vinculação, que os ajuda a planear e a

operacionalizar medidas que previnam ou adiem a perda das suas figuras de vinculação, ou seja, que ajudem a preservar ou a restaurar a existência destas figuras (Cicirelli, 1988).

Assim, quando os filhos adultos percebem que os pais evidenciam sinais de declínio, e na perspectiva da teoria de vinculação, é activado o sistema de prestação de cuidados que desencadeia comportamentos de protecção dos filhos face aos pais. Os filhos adultos começam então a perceber a complexidade e exigência inerentes às tarefas de cuidar necessárias para proteger os pais de um declínio contínuo e da consequente morte/perda, o que os leva a uma maior ansiedade face à perspectiva de falhar nesta tarefa e às consequências daí decorrentes (Cicirelli, 1988). Nesta lógica, Cicirelli (1988) defende que a ansiedade filial está enraizada na qualidade da relação de vinculação dos filhos adultos aos seus pais envelhecidos e no esforço que os primeiros fazem para preservar a vida dos segundos.

Uma vez que o quadro teórico da vinculação, segundo Cicirelli (1988), é útil para compreender a ansiedade filial, importa atender ao tipo e qualidade da vinculação no contexto da prestação de cuidados. Cuidar, na perspectiva da Teoria de Vinculação, significa estar disponível para o outro em momentos de dificuldade, ter sensibilidade para reconhecer quando o outro precisa de cuidados e ser capaz de lhe proporcionar esses mesmos cuidados (Faria & Bastos, 2010). Vários autores (e.g. Crispi, Schiaffino & Berman, 1997; Lechich, 1996; Magai, 2008; Magai & Cohen, 1998) referem que a vinculação e a prestação de cuidados tornam-se assuntos centrais no envelhecimento. Assim, alguns estudos têm investigado a relação entre estes dois conceitos no envelhecimento, isto é, quando os filhos adultos começam a cuidar dos pais envelhecidos, sendo que os resultados destes estudos sugerem que a vinculação está associada à disponibilidade para cuidar, à qualidade desses cuidados e ainda às consequências que resultam do cuidar. Cicirelli (1993) argumenta que quanto mais forte é a vinculação ao familiar idoso, mais forte será o comportamento de cuidado, ou seja, mais sensível e responsivo será o cuidador. Também Crispi, Schiaffino e Berman (1997) verificaram que adultos com uma vinculação preocupada evidenciavam maiores sentimentos de sobrecarga ou desgaste face à prestação de cuidados, enquanto adultos com vinculação segura evidenciavam maior capacidade de gestão dos acontecimentos stressantes decorrentes da prestação de cuidados. Considerando os

resultados da investigação neste domínio, o que parece estar em causa quando analisada a relação entre vinculação e cuidados filiais é a qualidade da vinculação construída no âmbito da relação pais-filhos desde a infância. No entanto, os estudos neste domínio são ainda muito escassos.

Em Portugal, devido ao actual aumento da população idosa torna-se pertinente o desenvolvimento da Gerontologia Social enquanto ciência multidisciplinar que tem como finalidade compreender o processo de envelhecimento e os aspectos sociais do idoso (Schroots, 1995). Mais particularmente, a Gerontologia Social é a ciência que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e velhice, bem como as consequências sociais e as acções sociais que podem optimizar o processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2000). Em Portugal, a investigação no âmbito da prestação de cuidados tem sido abordada por um conjunto de investigadores, mas a partir de quadros conceptuais distintos e essencialmente focalizados na área dos cuidados e dos cuidadores informais e nas consequências negativas da prestação de cuidados. No que se refere especificamente aos cuidados filiais perspectivados enquanto tarefa desenvolvimental da idade adulta, e enquadrados a partir da teoria da vinculação, não existe qualquer trabalho. Paralelamente, a compreensão dos cuidados filiais a partir de conceitos como a ansiedade filial reveste-se de um potencial que não deve ser ignorado, uma vez que alarga a grelha de leitura de todo este processo e, consequentemente, abre novas linhas de intervenção no sentido da preparação e potenciação dos cuidados filiais no âmbito do envelhecimento.

Atendendo às responsabilidades da gerontologia social, nomeadamente ao nível do estudo científico do envelhecimento e da translação desse conhecimento para a prática através da criação de serviços, programas e respostas socialmente inovadoras, torna-se profundamente pertinente, por um lado, a construção de instrumentos de medida que permitam conhecer o comportamento de variáveis ou dimensões relevantes para os cuidados filiais, nomeadamente a ansiedade filial; e por outro lado aprofundar a compreensão do processo de cuidar no âmbito da relação filial, enquadrada numa leitura desenvolvimental. Com base nas evidências reunidas criam-se pois condições mais robustas para sustentar propostas de políticas, programas e/ou serviços no domínio dos cuidados filiais.

A presente dissertação organiza-se em quatro capítulos: (i) Enquadramento conceptual e empírico - Vinculação e Ansiedade Filial; (ii) Método; (iii) Apresentação dos resultados e; (iv) Discussão dos resultados e Conclusão. O primeiro capítulo aborda de forma sistemática a conceptualização e as evidências empíricas relativamente a (i) aspectos nucleares da Teoria da Vinculação (conceitos e modelos), (ii) processo de cuidar na perspectiva da teoria da vinculação e (iii) maturidade, responsabilidade e ansiedade filial. Este primeiro capítulo é finalizado com a apresentação do objectivo de investigação. No segundo capítulo, relativo ao método, apresenta-se o modo como o estudo foi planeado, descrevendo os participantes, instrumentos de recolha de dados, procedimentos de recolha de dados, procedimentos de tradução e adaptação da Escala de Ansiedade Filial, bem como as estratégias de análise de dados. Já o terceiro capítulo descreve os resultados do estudo, nomeadamente as características psicométricas da versão portuguesa da EAF, as evidências relativas à correlação entre (i) vinculação e variáveis sócio-demográficas (e.g. género, grupos de idade, escolaridade), (ii) ansiedade filial e variáveis sócio-demográficas e (iii) vinculação e ansiedade filial. O quarto e último capítulo integra a discussão dos resultados obtidos no nosso estudo à luz do quadro conceptual e empírico traçado no primeiro capítulo e a análise das limitações do estudo, bem como as conclusões onde se destacam as implicações do estudo para o desenvolvimento da investigação no domínio, assim como para a prática gerontológica no âmbito do social.

Capítulo I

Vinculação e Ansiedade Filial: Enquadramento Conceptual & Empírico

As relações filiais na vida adulta parecem revestir-se de grande complexidade e especificidade, particularmente quando nos focalizamos na capacidade dos filhos adultos assumirem o cuidado dos seus pais envelhecidos. Esta é uma questão que assume particular interesse no actual contexto, pautado pelo acentuado envelhecimento humano. A compreensão das dinâmicas envolvidas no cuidado filial pode ser potenciada se for contextualizada na história da relação pais-filhos. E neste sentido, a teoria da vinculação assume-se como um quadro conceptual extremamente útil pelo ênfase que coloca nas dinâmicas das relações e nas suas implicações para o desenvolvimento humano.

Ao longo deste capítulo procurar-se-á rever os contributos teóricos e empíricos da teoria da vinculação para compreender as dinâmicas relacionais da vida adulta e do cuidado filial, assim como analisar os conceitos de maturidade, responsabilidade e ansiedade filial e a investigação associada.

1. Teoria da vinculação: conceitos e modelos

As relações interpessoais próximas que as pessoas estabelecem entre si poderão ter grande significado ao longo da vida. Estas relações podem ser significativas ao ponto de proporcionarem sentimentos de segurança e protecção fundamentais ao funcionamento adaptativo individual.

No início da década de 50 Bowlby destacou a relevância dos laços emocionais que os bebés/crianças formavam com os seus cuidadores, nomeadamente com a mãe, e a repercussão que a qualidade destas relações poderia ter no processo de desenvolvimento, nomeadamente em termos emocionais e relacionais, particularmente quando estes laços eram interrompidos ou fragilizados (Feeney & Noller, 1996, como citado em Vieira, 2008). Esta ligação afectiva estabelecida entre mãe-bebé foi denominada por Bowlby de vinculação.

Segundo a Teoria de Vinculação (Bowlby, 1969/1982), os seres humanos estão equipados de forma inata com sistemas comportamentais de vinculação e de cuidados, entre outros sistemas comportamentais, nomeadamente o exploratório e o sexual (Mikulincer, Shaver, Gillath & Nitzberg, 2005). São estes sistemas comportamentais que conferem ao ser humano as condições para assegurar a sobrevivência e a qualidade da(s) trajectória(s) desenvolvimental(ais) através do

estabelecimento de uma relação interpessoal específica com um ser mais competente que na fase inicial da vida tem como objectivo principal assegurar a protecção e segurança do bebé (ser dependente).

A relação de vinculação é, assim, estabelecida entre a díade criança-cuidador, sendo que segundo Bowlby (1980), o cuidador assume o papel de figura de vinculação, figura para qual a criança vai orientar os seus comportamentos de vinculação. A Teoria de vinculação proposta por Bowlby (1969/82, 1973, 1980) e Ainsworth (1977) sustenta-se em duas ideias centrais: (1) todo o ser humano precisa de estabelecer e manter vínculos afectivos singulares com figuras significativas ao longo do ciclo de vida; e (2) as experiências interpessoais precoces são fundamentais para o desenvolvimento psicológico futuro.

Bowlby (1969/1982) defende que a função do sistema de vinculação é regular os comportamentos e proteger o indivíduo do perigo, assegurando que este mantém o contacto com figuras que lhe proporcionam segurança, cuidados, suporte e protecção em momentos de ameaça, risco ou adversidade (Mikulince et al., 2005). Para Canavarro, Dias e Lima (2006), na infância o sistema de vinculação está sempre activo, mas num nível considerado mínimo, sendo apenas realmente activado quando existem situações alarmantes ou que não estejam previstas pelo bebé/criança, nomeadamente fome, frio, dor, cansaço, surgimento de uma figura estranha e ausência ou afastamento da mãe. Esta activação tem como função promover a manutenção da proximidade e do contacto com a figura de vinculação. Assim, quando a criança percebe que figura de vinculação está disponível e o ambiente que a rodeia é tranquilo, regressa à exploração do mundo que a rodeia de forma segura e confiante. A estes sentimentos proporcionados pela figura de vinculação Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978) designaram de base segura. Ou seja, a criança percepção na sua figura de vinculação a fonte de protecção e segurança que lhe permite avançar para a exploração de forma confiante e autónoma. Para além disso, a figura de vinculação é também percebida como porto de abrigo, ao qual a criança recorre em situações de insegurança ou *stress*. O facto de a criança confiar na disponibilidade e responsividade da figura de vinculação para a proteger origina o sentimento de segurança que lhe permite explorar autonomamente o ambiente que a rodeia e resolver problemas e desafios (Bretherton, 1985). Bowlby (1969) reforça esta ideia de

que a vinculação ou as relações de vinculação são importantes ao longo de todo o ciclo de vida, salientando, contudo, que a activação deste sistema é mais evidente durante a infância e a adolescência.

Ainsworth (1967, 1977) procurou avaliar e conhecer as diferenças individuais que existiam nas relações de vinculação na infância, mais concretamente a qualidade das relações de vinculação mãe-bebé. Neste sentido, Ainsworth e colaboradores (1978) criaram um procedimento laboratorial de avaliação da vinculação na infância denominado de *Situação Estranha*. Este procedimento tinha como objectivo activar o sistema comportamental de vinculação da criança permitindo, assim, observar as estratégias que a criança adopta para regular a proximidade com a figura de vinculação num contexto estranho e na presença de uma figura estranha. Com base nos resultados obtidos a partir da avaliação de crianças na *Situação Estranha* foi possível, identificar três estilos de vinculação na infância: i) seguro, ii) inseguro-evitante; iii) inseguro ansioso/ambivalente.

No estilo de vinculação seguro, a criança revela ser activa nas suas brincadeiras, recorrendo à figura de vinculação apenas em situações de ameaça ou perigo. Face à separação da figura de vinculação, a criança revela mal-estar e protesta, no entanto é capaz de se re-organizar do ponto de vista emocional e comportamental, regressando mesmo à exploração ou até aceitando o conforto da figura estranha na ausência da mãe. Quando a mãe regressa a criança revela satisfação pelo reencontro, procura o seu conforto, podendo efectuar contacto físico que parece proporcionar à criança uma sensação de segurança, o que lhe permite regressar à exploração do meio. A figura de vinculação é percebida como base segura e refúgio de protecção, uma vez que a criança recorre a esta quando experiencia algum tipo de perigo, restabelece os sentimentos de segurança e protecção e regressa depois à exploração.

No estilo de vinculação inseguro-evitante, a criança mostra-se activa nas suas explorações e brincadeiras, independentemente da presença da figura de vinculação. Quando esta se ausenta, a criança mostra alguma indiferença emocional e continua centrada nas suas brincadeiras. Pode aceitar a interacção com a figura estranha sem sinais de mal-estar ou incomodo. Quando se re-encontra com a figura de vinculação, a criança evita-a, não manifestando sinais de agrado ou satisfação com o seu regresso, não recorre à figura de vinculação para obter conforto e quando o contacto é feito

pela figura de vinculação parece existir uma tentativa de evitamento ou recusa. Neste estilo de vinculação a figura de vinculação não parece constituir uma fonte de conforto, tranquilidade, segurança e protecção para a criança em momentos de *stress* e ameaça.

Por fim, no estilo de vinculação inseguro ansioso/ambivalente, a criança apresenta uma reduzida activação do sistema de exploração, apresenta forte perturbação face à presença de pessoas estranhas e das situações novas e, revela ainda a necessidade constante de monitorização da presença/proximidade/disponibilidade da figura de vinculação, o que representa uma hiperactivação do sistema de vinculação. Quando a figura de vinculação se ausenta a criança é incapaz de se abstrair da separação e regressar à exploração do que a rodeia, fica muito perturbada emocionalmente, apresenta dificuldade em re-organizar-se emocionalmente e recusa o conforto da figura estranha. No re-encontro com a figura de vinculação a criança revela comportamentos mistos, ou seja, existe uma concomitante procura e resistência ao contacto com a figura de vinculação. A criança pode ainda, evidenciar comportamentos de irritabilidade e raiva, ou demonstrar uma enorme passividade perante o reencontro. Este tipo de comportamento condiciona a exploração do meio envolvente, bem como a interacção mãe-criança.

A teoria da vinculação assume que a qualidade de vinculação (segura ou insegura) depende da qualidade da interacção mãe-bebé, especialmente do modo como a mãe responde às necessidades e solicitações do bebé, destacando-se especialmente a responsividade, disponibilidade e consistência que a figura de vinculação demonstra no âmbito da prestação de cuidados à criança (Machado, 2011). É a partir desta disponibilidade e responsividade da figura de vinculação, e ainda através da qualidade da relação estabelecida entre ambos, que a criança desenvolve um sentimento de segurança e aprende acerca de si, dos outros e do mundo que a rodeia.

Como referido anteriormente, Bowlby (1969/1982) assume que a vinculação é relevante e que o sistema comportamental da vinculação se mantém activo ao longo de todo o ciclo de vida. Este salienta que a vinculação é uma dimensão nuclear do ciclo de vida pois tem um papel muito importante no desenvolvimento, no funcionamento intra e inter-individual e na adaptação do ser humano, tendo em consideração as

especificidades de cada período de vida e as respectivas tarefas desenvolvimentais. Bowlby propôs que o tipo de vinculação formado nos primeiros anos de vida tendia a estruturar-se e complexificar-se à medida que a pessoa progredia no seu processo desenvolvimental uma vez que os comportamentos de vinculação tendem a assumir uma natureza inconsciente e um funcionamento automático.

Assim, segundo a teoria da vinculação os seres humanos estabelecem laços afectivos íntimos com o intuito de assegurar a sobrevivência. No âmbito destes laços afectivos são construídas representações internas (mentais) acerca do *self*, dos outros e do mundo. Estas representações mentais foram designadas por Bowlby (1980) como **Modelos Internos Dinâmicos** (MID), sendo assumido que uma vez construídas estas representações orientam o comportamento da pessoa e ajudam a prever e interpretar o comportamento dos outros e o ambiente que a rodeia, facilitando também o envolvimento em comportamentos promotores da sobrevivência (Bretherton, 1985; Sroufe & Watters, 1977). Bowlby e outros autores (Bretherton, 1985; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985; Bowlby, 1980; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) também propuseram que as crianças acumulavam algum tipo de conhecimentos e desenvolviam uma série de expectativas acerca de si, dos outros significativos e do mundo (MID), a partir das experiências de vinculação precoces. Os MID baseiam-se na avaliação que o indivíduo faz relativamente à sua figura de vinculação, especificamente a disponibilidade e responsividade desta, e também relativamente a si mesmo em relação ao seu valor pessoal e competência para promover na figura de vinculação os cuidados que necessita (Feeney & Noller, 1996; Soares, 1996; Bowlby, 1973). Ou seja, um indivíduo que percebe a sua figura de vinculação como disponível e responsiva às suas necessidades (vinculação segura) desenvolverá um MID de si como competente, com valor e merecedor de cuidados e afecto e um MID da figura de vinculação como protector, de confiança e afectuoso. Além disso, este indivíduo abordará o mundo com confiança e irá procurar ajuda sempre que não se sentir capaz de lidar com uma situação potencialmente geradora de ameaça e insegurança. Desta forma, e como Collins e Read (1994) afirmam, pessoas com diferentes estilos/padrões de vinculação têm comportamentos diferentes, pois pensam e sentem de forma diferente. No entanto, apesar de os MID serem considerados relativamente estáveis ao longo do tempo é também possível que estes modelos sejam reformulados face a

experiências de vinculação significativas que permitem a revisão destas representações mentais e a sua re-construção, Um aspecto fundamental dos MID é o seu potencial para influenciar as relações futuras uma vez que moldam as expectativas que a pessoa constrói sobre si em termos de valor, competência, eficácia quer no âmbito relacional quer em outros domínios do funcionamento humano, quer ao nível das estratégias que desenvolve para lidar com as necessidades de vinculação e de cuidados, quer ainda ao nível dos próprios comportamentos de vinculação (Bretherton, 1985). Neste sentido, a leitura actualmente assumida por teóricos e investigadores no âmbito da teoria da vinculação é uma leitura probabilística por contraponto a uma leitura determinista. Isto é, as experiências na infância, segundo Sroufe (2005), não limitam ou condicionam a qualidade da trajectória desenvolvimental do indivíduo, estas são antes transformadas e complexificadas em função das tarefas desenvolvimentais, dos contextos de vida/desenvolvimento e dos acontecimentos de vida. Assim, pessoas seguras desenvolvem uma visão positiva de si, dos outros e do mundo. São pessoas mais auto-confiantes e que confiam também nos outros, estando por isso mais predispostos e confortáveis no desenvolvimento de relações íntimas com os outros. Consequentemente, são indivíduos que ao longo do ciclo de vida têm probabilidade de desenvolver mais recursos intra (e.g., empatia, sensibilidade, auto-estima) e interpessoais (e.g., redes sociais mais alargadas e responsivas). Do ponto de vista da capacidade para cuidar, tendem a ser sensíveis às solicitações de cuidados por parte dos outros significativos, respondendo de modo responsivo e consistente. Já os indivíduos com vinculação evitante têm uma visão positiva de si, mas negativa dos outros e do mundo. Ou seja, estes indivíduos têm confiança em si, no entanto, são incapazes de confiar e de demonstrar que precisam do outro para satisfazer as suas necessidades. As necessidades de vinculação são desactivadas, emergindo uma forte afirmação na auto-suficiência, assegurando-se assim que os outros nunca se tornam demasiado íntimos. Neste sentido, é expectável que do ponto de vista dos cuidados este tipo de pessoas não revele grande sensibilidade às necessidades dos outros e às solicitações de cuidados, sentindo-se mesmo ameaçados por este tipo de situações. Quando confrontados com a obrigatoriedade de cuidar, este é frequentemente pautado pelo distanciamento, frieza e focalizado na dimensão instrumental. Por último, os indivíduos com vinculação

ansiosa têm uma visão negativa de si, mas positiva dos outros e do mundo. Estes indivíduos têm mais probabilidade de demonstrarem uma exagerada preocupação e necessidade de aprovação e de intimidade com os outros, resultado da hiperactivação das necessidades de vinculação. Neste sentido, quando sujeito a alguma ameaça, activa os mecanismos de procura e de suporte imediato do outro. Por outro lado, a capacidade de cuidar destes indivíduos é frequentemente submetida ao serviço da satisfação das necessidades de vinculação, ou seja, podem tornar-se cuidadores “compulsivos” como estratégia para manter os outros próximos de si, criando uma relação paradoxal com o acto de cuidar e o alvo de cuidados.

Hazan e Shaver (1987) foram os primeiros a conceptualizar um paralelo entre a organização da vinculação na infância e na vida adulta, propondo mesmo que as relações amorosas na vida adulta seriam o protótipo das relações de vinculação adultas comparativamente às relações mãe-bebé enquanto relações de vinculação na infância. Neste sentido, o conceito de “*adult attachment style*” surgiu na investigação desenvolvida por estes autores (1987, 1990, 1994) no âmbito das relações românticas em adultos numa perspectiva da teoria da vinculação. O amor romântico nos adultos, segundo Hazan e Shaver (1987), é um processo de vinculação vivenciado de forma diferente por cada pessoa devido à sua história de vinculação passada. Os mesmos autores, tendo em conta os padrões de vinculação desenvolvidos inicialmente por Ainsworth e colaboradores (1978) desenvolveram um instrumento de avaliação da vinculação adulta constituído por três parágrafos que descreviam sentimentos, comportamentos e ideias características de cada um dos três estilos de vinculação em adultos. No âmbito da avaliação com este instrumento era solicitado a cada pessoa que escolhesse o parágrafo com qual mais se identificasse tendo em conta as suas experiências individuais no âmbito de relações românticas. Assim, para Hazan e Shaver (1987), a vinculação segura é caracterizada por sentimentos de felicidade e confiança. O indivíduo aceita e apoia a figura de vinculação independentemente das falhas que este possa ter cometido, facilita a aproximação e a dependência do e para com o outro e não se preocupa com o possível abandono. Por outro lado, a vinculação insegura-evitante é caracterizada pelo medo de intimidade, ciúme e por um inconstante nível de emoções, bem como este indivíduo tende a sentir-se desconfortável com a

proximidade dos outros e alguma dificuldade em confiar nos outros. E, por fim, a vinculação insegura ansiosa/ambivalente é caracterizada por sentimentos de insegurança face aos sentimentos dos outros sobre si mesmo, por uma necessidade exagerada de proximidade dos outros e também por uma obsessão, desejo de reciprocidade e união, um inconstante nível de emoções, e uma atracção sexual e ciúme acentuado.

Anos mais tarde, Collins e Read (1990) criticaram os estudos desenvolvidos por Hazen e Shaver (1987), uma vez que consideraram que estes utilizam um instrumento excessivamente genérico para avaliar a vinculação nos adultos. Collins e Read (1990) indicaram três limitações no instrumento de Hazen e Shaver, nomeadamente: (i) cada item do instrumento diz respeito a aspectos diferentes do relacionamento, o que compromete que o indivíduo ao seleccionar uma descrição limite a sua percepção com as outras dimensões apresentadas; (ii) uma vez que o indivíduo apenas pode seleccionar uma opção, não permite obter outro tipo de informação, nomeadamente o grau de identificação sentida pelo indivíduo, e (iii) não permite, à posteriori, verificar as relações entre os diferentes estilos de vinculação. Desta forma, para colmatar as limitações enunciadas, Collins e Read (1990) desenvolveram a *Adult Attachment Scale* que foi adaptada e validada em 1997 para a população portuguesa por Canavarro. A versão portuguesa, denominada por Escala de Vinculação do Adulto (EVA), mantém os mesmos itens (n = 18) cujas respostas são apresentadas numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, no qual o valor 1 representa “nada característico em mim” e o 5 “extremamente característico em mim” (Canavarro, 1997). A análise factorial identificou três dimensões: (i) *Anxiety* que avalia o grau de preocupação do indivíduo relativamente à possibilidade de ser abandonado ou rejeitado; (ii) *Depend* que avalia o grau em que o indivíduo considera que pode depender de outros e, (iii) *Close* que avalia o grau de conforto do indivíduo em estabelecer relações íntimas. Contudo, Canavarro (1997) renomeou as três dimensões encontradas após realizar a análise factorial, que ficaram com a seguinte designação: (i) vinculação ansiosa; (ii) vinculação segura e, (iii) vinculação evitante. A primeira dimensão é caracterizada pelo desejo de manter os parceiros próximos, revelando existir muitos cuidados ligados à separação, e a presença e a disponibilidade dos parceiros são sentidas como incertas; a segunda dimensão define-se pela facilidade com que é estabelecida relações com os outros, os

parceiros são percebidos como disponíveis para responder às necessidades do próprio quando necessário, conduzindo a sentimentos de bem-estar e segurança; por fim, a última dimensão é caracterizada pela diminuição da importância das relações com os outros sendo os parceiros percebidos como fontes de *stress* e de desconfiança.¹

Paralelamente, Bartholomew (1990; Bartholomew & Horowitz, 1991), com base no conceito de MID desenvolveu um modelo bidimensional constituído por dois eixos – MID do *self* e MID dos outros – que originaram quatro quadrantes (Figura 1). Estes quatro quadrantes representam quatro estilos de vinculação – seguro, preocupado, desligado e amedrontado. Assim, ao estilo seguro corresponde MID de si e dos outros positivos e é caracterizado por auto-estima positiva e por sentimentos de conforto perante as relações íntimas. No estilo desligado, o indivíduo possui um modelo positivo de si e um modelo negativo dos outros, evitando assim o contacto com os outros devido a expectativas negativas, no entanto mantém uma auto-estima positiva por negar, a nível defensivo, o valor e a necessidade das relações íntimas. Quanto ao estilo preocupado que se caracteriza por MID de si negativo e MID do outro positivo, é frequente a ocorrência de um envolvimento exagerado nas relações íntimas e uma elevada preocupação quanto à atenção e à aprovação dos outros. Por fim, no estilo amedrontado, representado por MID de si e dos outros negativos, o indivíduo é muito dependente da atenção e aprovação dos outros, mas ao mesmo tempo evita as relações íntimas, uma vez que é inseguro e tem medo de ser rejeitado (Bartholomew & Shaver, 1998). O modelo de Bartholomew e Horowitz (1991) tem-se constituído fundamental para o desenvolvimento de uma linha produtiva da investigação da vinculação no âmbito da investigação social e da personalidade que aborda os estilos de vinculação para compreender as relações adultas e a personalidade.

¹Existem outras formas de avaliação da vinculação nomeadamente entrevistas (AAI, George, Kaplan e Main, 1985) e tarefas (CIT, Collins, Hennighausen, Madsen & Roisman, 1998).

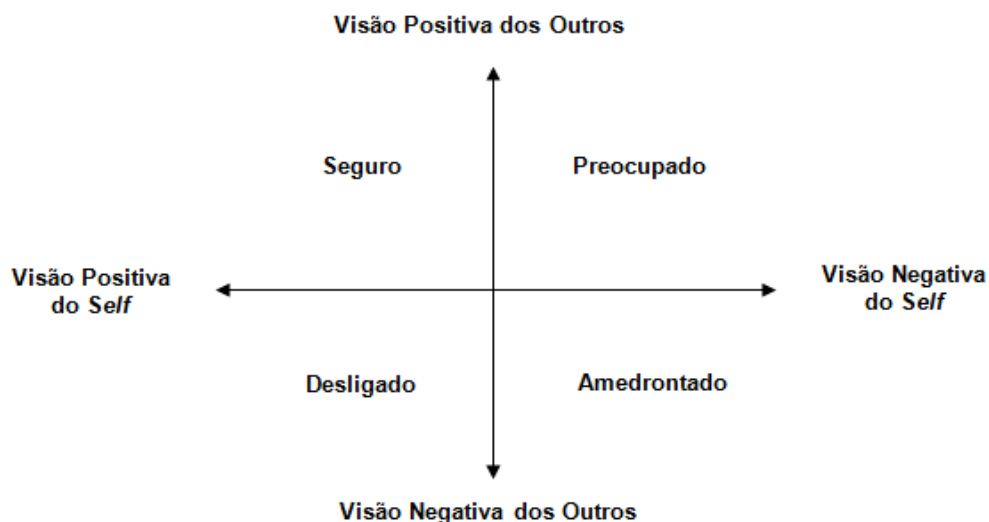


Figura 1. Modelo Bidimensional da Vinculação Bartholomew e Horowitz (1991).

Considerando a vinculação na infância e na vida adulta, do ponto de vista da sua natureza Bowlby (1969/1982) apontou para a existência de alguma similaridade, porém existem diferenças consideráveis que importa destacar. Durante a infância as relações de vinculação têm um carácter assimétrico e complementar, isto é, a criança procura cuidados, protecção e segurança junto da figura de vinculação, sendo completamente dependente desta, e a figura de vinculação proporciona cuidados e protecção, não sendo suposto que esta figura solicite cuidados à criança. Já na vida adulta, as relações de vinculação tornam-se mais proporcionais, recíprocas, simétricas e mútuas, ou seja, na relação de vinculação ambos os elementos da díade são fonte e receptor de apoio, cuidados e segurança emocional, alternando nos papéis de figura de vinculação e figura vinculada.

A ideia de que a vinculação adulta se encontra na continuidade da vinculação na infância foi elaborada por vários autores, nomeadamente, Weiss (1982). Este, durante os seus estudos, encontrou três argumentos que sustentam a ideia enunciada: (i) *similaridade de características emocionais*, ou seja, na infância e na idade adulta não se modifica o que activa os comportamentos de vinculação; (ii) *generalização da experiência*, isto é, as emoções ligadas à vinculação são as mesmas, particularmente na falta de confiança quanto à disponibilidade da figura de vinculação; (iii) *ligação temporal*, as relações com os progenitores, como figuras de vinculação principais, diminui, dando lugar à vinculação com os pares na idade adulta. No entanto, Weiss

(1982), analisando as diferenças entre vinculação na infância e na idade adulta, identificou três características fundamentais da vinculação adulta, especificamente: a) vinculação adulta é especificamente estabelecida entre pares; b) sistema comportamental de vinculação não se sobrepõe aos restantes sistemas comportamentais, visto que a questão principal não é a sobrevivência, pois o ser humano já é autónomo e capaz de satisfazer as suas necessidades básicas; e c) as relações de vinculação entre adultos contêm dimensões de envolvimento sexual. Cicirelli (1993) também afirma que os adultos não necessitam de um contacto físico tão frequente com as figuras de vinculação para se sentirem seguros e protegidos perante as ameaças, ao contrário das crianças.

Uma vez que o ser humano, enquanto adulto, tem desenvolvida a capacidade de representação que lhe permite a proximidade simbólica com a figura de vinculação, bem como, a capacidade para lidar com os problemas autonomamente, Hinde e Stevenson-Hinde (1986) salientam que para activar o sistema de vinculação são necessários acontecimentos indutores de *stress* mais fortes (Canavarro et al., 2006).

Segundo Berman e Sperling (1994), a vinculação no adulto pode ser conceptualizada de três formas distintas: a) vinculação como *estado*, que surge em situações de *stress*, na tentativa de reestabelecer/refazer o contacto com a figura de vinculação; b) vinculação como *traço* ou tendência para estabelecer relações de vinculação idênticas ao longo do ciclo de vida; e c) vinculação como um *processo de interação* no contexto de uma relação específica. A primeira forma de vinculação remete-nos para os trabalhos originais de Bowlby (1973) relativos à caracterização das respostas da criança quando confrontada com a separação da figura de vinculação. A investigação sugere que quando o adulto é exposto a situações de separação da figura de vinculação evidencia respostas idênticas às observadas nas crianças, o que para Weiss (1975, como citado em Berman & Sperling, 1994) são “*intolerable inaccessibility of the attachment figure*” (pp. 131). Quanto à segunda conceptualização de vinculação – vinculação como traço – a revisão da literatura aborda inúmeras formas de conceber a vinculação adulta, mas segundo Berman e Sperling (1994) a forma mais comum refere-se às diferenças individuais estáveis nos “estilos de vinculação”. Estes “estilos de vinculação” referem-se a MID específicos que determinam as respostas comportamentais dos indivíduos a reuniões ou separações reais ou imaginárias com a

figura de vinculação. Estes MID são entendidos como consistentes ao longo do ciclo de vida e dos vários contextos relacionais, e fundamentam-se nas relações precoces (Canavarro et al., 2006). Por fim, relativamente à vinculação enquanto *processo de interação* existe pouca literatura que compare as interações entre adultos e a figura de vinculação com as interações pais-crianças. Assim, nesta forma de vinculação, as relações mais estudadas são as relações íntimas entre casais, ou seja, as relações amorosas ou românticas. No entanto, são necessárias mais evidências da investigação para detalhar especificamente esta terceira forma de conceber a vinculação.

Resumidamente, a Teoria de Vinculação proposta por Bowlby (1969) e por Ainsworth (1977), baseia-se em duas ideias principais: a) todo o ser humano necessita de estabelecer e manter vínculos afectivos com figuras significativas ao longo da vida, e b) as experiências interpessoais na infância são essenciais para o desenvolvimento psicológico. Bowlby (1980) defende que a qualidade das relações de vinculação desenvolvidas na infância têm grande influência nas relações que os indivíduos adultos estabelecem, e de igual modo, as relações formadas na infância servem como um modelo/protótipo para as relações interpessoais posteriores, nomeadamente na relação que desenvolvem com os pais envelhecidos. Assim sendo, e como iremos analisar de seguida, a vinculação pode exercer uma grande influência sobre a forma como os adultos encaram o envelhecimento e a prestação de cuidados aos pais.

2. Cuidar na perspectiva da vinculação

A qualidade da prestação de cuidados proporcionados no âmbito das relações de vinculação é uma das suas dimensões nucleares. Tal como já referido, o desenvolvimento das relações de vinculação passa pela procura e prestação de cuidados. E é entre o cuidar e o ser cuidado que se desenvolve e estabelece a relação de vinculação (Faria & Bastos, 2010).

Para Bowlby (1969/1982), a vinculação e a prestação de cuidados são dois sistemas comportamentais distintos, no entanto estreitamente relacionados e complementares, uma vez que há uma forte reciprocidade entre ambos. Esta ideia é sustentada por Ainsworth (1985) que demonstrou existir ligações entre o tipo de

vinculação da criança e a sensibilidade e responsividade que as mães evidenciavam enquanto cuidadoras.

No âmbito da Teoria de Vinculação cuidar significa estar disponível para o outro em momentos de dificuldade, ter a sensibilidade para reconhecer quando alguém precisa de cuidados e providenciar-lhe esses mesmos cuidados (Faria & Bastos, 2010).

A capacidade para cuidar (caregiving) refere-se à disponibilidade nos momentos de necessidade, ao reconhecimento dos sinais de pedido de ajuda e ao desencadeamento dos procedimentos adequados e necessários para satisfazer essas mesmas necessidades. Para Cassidy (2001) a capacidade para cuidar reflecte-se na abertura, flexibilidade e aceitação. Segundo vários autores (e.g., Fraley & Shaver, 1998; Feeney, 1996; Kuncé & Shaver, 1994; Kobak & Hazan, 1991) esta capacidade encontra-se positivamente associada à vinculação segura.

Por outro lado, a procura de cuidados (care-seeking) refere-se à capacidade de um indivíduo demonstrar de uma forma adequada e explícita as suas necessidades emocionais e instrumentais, de maneira, a que a figura de vinculação responda sistemática e consistentemente. Esta procura de cuidados é necessária, uma vez que, se reconhece que os indivíduos adultos também passam por momentos de medo, raiva e dor, e tal como Bowlby afirma, o indivíduo, nestas alturas, está predisposto biologicamente para procurar cuidados. A procura de cuidados exige que o indivíduo se “abra” ao outro, partilhe sentimentos e características que lhe são íntimas, e ainda que confie no outro como um ser disponível, responsivo e sensível às suas necessidades validando-as e respeitando-as. Vários investigadores (e.g., Mikulincer, Florian & Weller, 1993; Feeney & Noller, 1990; Hazan & Shaver, 1987; Ainsworth, 1985) têm verificado que a vinculação segura está associada a uma procura de cuidados adequada, tanto na infância como na vida adulta.

Quando se avança no ciclo de vida e se chega à velhice, esta está associada a potenciais perdas e separações e, para alguns investigadores, estes aspectos fazem com que a vinculação ganhe uma relevância particular nesta fase. Assim, vários autores (Magai, 2008; Magai & Cohen, 1998; Crispi, Schiaffino & Berman, 1997; Lechich, 1996) defendem que a vinculação e a prestação de cuidados se tornam assuntos desenvolvimentais nesta última fase da vida. Neste sentido, vários estudos sobre o envelhecimento sugerem que a satisfação das necessidades de cuidados de

longo prazo em idosos tem sido da responsabilidade dos filhos adultos (Schultz & Schultz, 1998, como citado em Karantzas, Evans & Foddy, 2010).

A vinculação e a prestação de cuidados intergeracional, ou seja, quando os filhos cuidam dos pais envelhecidos, tem sido alvo de uma atenção particular, visto que algumas investigações evidenciam que a qualidade/tipo de vinculação está associada à disponibilidade para cuidar e à qualidade dos cuidados prestados por filhos adultos a pais idosos, bem como às consequências que advêm para os mesmos.

Como proposto por Cicirelli (1993), os filhos têm receio que a vulnerabilidade dos pais envelhecidos aumente perante o avançar da idade e da doença e, conseqüentemente, surja a morte. Assim, a necessidade de proteger os pais e adiar as perdas associadas ao envelhecimento e a posterior separação provocada pela morte promove comportamentos de cuidados. Cicirelli (1993) defende que a prestação de cuidados surge como tentativa de os filhos adiarem a perda dos pais pelo maior tempo possível, tendo denominado esta prestação de cuidados por “*protective behavior*” (pp. 479). Por outro lado, alguns autores também referem que sentimentos de obrigação filial (interpretado como um motivo normativo) ou ainda a tentativa de afastar sentimentos de culpa são também motivos para desenvolver comportamentos de prestação de cuidados (Faria & Bastos, 2010).

A relação entre o tipo de vinculação e a qualidade dos cuidados que os filhos proporcionam aos pais foi analisada por vários autores. Alguma evidência empírica disponibilizada por Cicirelli (1993) revela que quanto mais forte é a vinculação ao pai idoso, maior é o comprometimento com o cuidar. Tal é apontado também por Thompson e Walker (1984) quando referem que laços fortes de vinculação, ou seja, uma vinculação segura, estão associados a maior reciprocidade na prestação de cuidados entre mãe envelhecida e filha adulta.

Crispi, Schiaffino e Berman (1997) verificaram que filhos com vinculação preocupada evidenciam maiores sentimentos de sobrecarga ou de desgaste associados à prestação de cuidados a pais envelhecidos, enquanto filhos com vinculação segura se sentiam mais calmos perante acontecimentos stressantes associados à prestação de cuidados. Além disso, verificaram que o desgaste e a sobrecarga associados à prestação de cuidados estão relacionados com sentimentos de obrigação. Para Lechich

(1986), a vinculação segura que se desenvolve no âmbito da relação entre a mãe e a criança pode ser potenciadora de empatia em adultos cuidadores de idosos ou seja, uma relação de vinculação segura desenvolvida na infância promove no cuidador um comportamento de cuidado mais forte, mais sensível e mais responsivo (Cicirelli, 1993).

Já a vinculação evitante tem sido negativamente associada à prestação de cuidados (Collins & Feeney, 2000). Segundo vários autores (e.g. Magai, 2008; Feeney & Hohaus, 2001), indivíduos evitantes sentem-se desconfortáveis com a proximidade/intimidade e a falta de empatia limita uma prestação de cuidados sensível e responsiva. De forma semelhante, a vinculação ansiosa também interfere com a prestação de cuidados. Feeney e Hohaus (2001) verificaram que os indivíduos com vinculação ansiosa lidam de forma pobre com a prestação de cuidados e são menos capazes de cuidar de uma pessoa dependente. Collins e Feeney (2000) referem também que a inadaptação para prestar cuidados pode resultar do facto de os indivíduos ansiosos se centrarem nas suas próprias preocupações, desviando a atenção das necessidades do outro para se focarem em si mesmo. Assim, as tentativas de prestação de cuidados dos indivíduos com vinculação ansiosa poderão ser motivadas por razões egoístas, destinadas a manter a proximidade com a figura de vinculação.

No que diz respeito à relação entre vinculação, prestação de cuidados e sobrecarga subjectiva, Cicirelli (1993) afirma que a prestação de cuidados, pela sua natureza impõe uma sobrecarga objectiva no cuidador, mas também é esperada uma sobrecarga subjectiva generalizada. Os estudos que relacionam vinculação e obrigação de cuidar com sobrecarga subjectiva são limitados. Jarrett (1985) considera que a vinculação não é um motivo em si mesmo para a prestação de cuidados, isto porque uma vinculação muito forte pode levar a que um adulto sinta intensamente o declínio dos pais, levando-o a uma excessiva sobrecarga subjectiva. Mas, por outro lado, existem evidências de que a vinculação pode diminuir a sobrecarga subjectiva, porque a prestação de cuidados surge como consequência de um desejo genuíno de cuidar e por isso existe menos hipóteses de este ser encarado como uma verdadeira sobrecarga. Assim, Cicirelli (1983, 1993) verificou que a vinculação e a obrigação na prestação de cuidados estão negativamente associados com a sobrecarga subjectiva, mas a obrigação tem um efeito fraco indirecto através do seu impacto nos

comportamentos de vinculação. Ainda nos trabalhos de Cicirelli (1993) verificou-se que a quantidade de cuidados proporcionados aos pais envelhecidos, mesmo quando o adulto já havia assumido o papel de cuidador principal, é determinada por vários motivos e não apenas pela qualidade da vinculação ou por sentimentos de obrigação. Além disso, Cicirelli (1983, 1993, 1995) verificou que vinculação segura filhos-pais está positivamente relacionada com o compromisso de prestar cuidados no futuro aos pais envelhecidos. Também foi constatado que a atenção que os filhos adultos tinham relativamente às futuras necessidades dos pais idosos estava relacionada com a vinculação (Soerensen, Webster & Rogman, 2002). Segundo Hart, Shaver e Goldenberg (2005), os primeiros estudos sobre a relação entre vinculação e cuidados filiais confirmam que considerar que as figuras de vinculação estão sobre alguma ameaça faz com que os comportamentos e as cognições que aproximam os filhos da sua figura de vinculação sejam activos. O que parece estar em causa quando se analisa a relação entre vinculação e prestação de cuidados filiais é que a qualidade da vinculação construída na relação pais-filhos, nomeadamente a segurança da vinculação está correlacionada com comportamentos sociais que podem ser relevantes para o processo de antecipação das necessidades de um idoso, bem como, com o planeamento da prestação dos cuidados necessários. É também enunciado por vários autores que ter uma visão positiva e realista dos pais (associada à vinculação segura) é propício à antecipação da prestação de cuidados (Hazan & Shaver, 1987). A vinculação segura está também associada a um auto-relato de maior sociabilidade, empatia e responsabilidade, ao passo que vinculação insegura está negativamente relacionado com os aspectos enunciados previamente (Diehl, Elnick, Bourbeau, & Labouvie-Vief, 1998). Desta forma, pode-se assumir que a vinculação segura potencia a disposição, nos adultos, para proteger e cuidar no futuro dos pais envelhecidos.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o papel da vinculação adulta na preparação para a prestação de cuidados pode ser enquadrado como um exemplo específico à luz do modelo de *coping* por eles proposto. Isto é, os recursos materiais e sociais, as avaliações cognitivas e as estratégias de *coping* num momento stressante (como por exemplo, cuidar ou ser cuidado) podem ajudar a amortecer os potenciais efeitos negativos que se possam fazer sentir, dependendo do tipo de vinculação que um

adulto desenvolveu. No caso da vinculação segura, é esperado que o adulto lide melhor com o *stress*, ou seja, regule o *stress* de modo mais funcional através, por exemplo, de estratégias de *coping* como o suporte social. Enquanto, na vinculação evitante, é esperado que o adulto utilize estratégias de *coping* inadequadas como estratégias de recusa ou negação, e na vinculação ansiosa utilize estratégias de emoção focalizada.

No que se refere à associação entre a procura de cuidados por parte de pais envelhecidos e a qualidade da vinculação existem poucos estudos no domínio. No entanto, segundo os poucos estudos realizados, verifica-se que idosos com vinculação evitante geralmente não solicitam cuidados no âmbito das suas relações próximas (Karantzas et al., 2010), ao contrário dos idosos com vinculação segura que se sentem confiantes na procura de cuidados junto das suas relações próximas. Segundo Magai (2008), os indivíduos com uma vinculação ansiosa, por vezes mostram-se demasiado preocupados na procura de ajuda e segurança junto das figuras de vinculação, o que pode desencadear nos cuidadores (figura de vinculação) o afastamento devido à excessiva carência, intensidade emocional e persistência. Este comportamento (afastamento) tende a desencadear ainda mais insegurança nos idosos. Os indivíduos com vinculação insegura-evitante habitualmente negam o *stress*, logo evitam a procura de cuidados. Em ambos os casos, os pais idosos inseguros podem perceber um suporte menor, insuficiente ou inadequado.

Em síntese, durante o envelhecimento a vinculação e a prestação de cuidados aos pais envelhecidos apesar de serem entendidos como dimensões distintas podem ser consideradas em conjunto, uma vez que estes se assumem como estruturantes nesta fase da vida. São os filhos adultos, na maioria dos casos, que prestam cuidados aos pais e a investigação neste domínio tem procurado compreender o lugar/papel da qualidade da vinculação no processo de prestação de cuidados no âmbito da relação filial, quer em termos de antecipação e planeamento, quer ao nível da prestação efectiva e dos efeitos/consequências deste processo no cuidador e no alvo de cuidados. Contudo, como teremos oportunidade de verificar, não é só a qualidade da vinculação que deve ser considerada no âmbito do cuidar no domínio da relação filial. Como teremos oportunidade de analisar no tópico seguinte existem outras dimensões a considerar e às quais a investigação tem dedicado a sua atenção. Referimo-nos

especificamente a três construtos que na literatura no domínio têm surgido como interligados: maturidade filial, responsabilidade filial e ansiedade filial. No caso do último construto, a investigação, como veremos, tem encontrado também uma forte ligação com a Teoria de Vinculação.

3. Maturidade, responsabilidade e ansiedade filial

A esperança média de vida tem aumentado consideravelmente ao longo dos últimos anos. Este aumento associado com o elevado índice de envelhecimento que se verifica na população mundial tem mudado drasticamente a natureza e as dinâmicas das relações familiares (Farkas & Hogan, 1995; Hagestad, 1988).

A relação pais-filhos é uma das relações mais duradouras e com laços sociais emocionalmente mais intensos (Birditt, Fingerman, Lefkowitz & Dush, 2008; Noack & Buhl, 2004; Fingerman, 2001; Bowlby, 1980; Cairns, 1977). Esta relação reporta a uma tarefa desenvolvimental única, como pai e filho, que se desenrola durante a adultez e, muitas vezes, também na velhice (Mancini & Blieszner, 1989). Contudo, a literatura é escassa quando se tenta analisar este tipo de relação quando os filhos atingem a vida adulta.

Especialistas na área do envelhecimento referem que as experiências que os filhos adultos vivenciam aumentam os sentimentos de autonomia e de proximidade para com os pais durante a vida adulta (Fingerman, 2001). Esta ideia é também suportada por Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) quando referem que a relação pais-filhos é fortificada e torna-se menos conflituosa à medida que os pais envelhecem.

Considerando a centralidade da relação pais-filhos para o desenvolvimento e envelhecimento humano, teóricos e investigadores têm procurado analisar componentes desta relação, destacando-se a este nível o conceito de maturidade filial. Especificamente esta tem sido estudada com o objectivo de descrever as mudanças naturais e a qualidade da relação entre filhos adultos e pais envelhecidos (Fredriksen & Scharlach, 1996). Inicialmente desenvolvida por Blenker (1965), a maturidade filial tem sido usada nos domínios das relações sociais e envelhecimento (Brody, 1979; Weishaus, 1979), bem como nos cuidados familiares (Goldstein, 1989; Knipscheer, 1989; Cobe, 1985). Blenker (1965) considerava que a Teoria da Psicodinâmica de Freud

não oferecia um modelo teórico adequado para compreender o modo como os adultos de meia-idade enfrentam a grande tarefa de cuidar dos seus pais envelhecidos. Neste sentido, Blenker (1965) sugeriu que *“must begin conceiving of a stage beyond genital maturity”* (p. 57), introduzindo o conceito de maturidade filial que se caracteriza como *“healthy transition from genital maturity to old age”* (p. 57). Para Blenker (1965), a crise filial pode ocorrer na maioria dos indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos, quando os seus pais não podem ser mais perspectivados como uma fonte de apoio em tempos de crise emocional ou económica, podendo os próprios pais precisar de conforto e de suporte dos seus filhos. Uma realização bem-sucedida da tarefa filial ou o cumprimento do papel filial promove a maturidade filial. O cumprimento do papel filial também conduz e prepara para uma realização bem-sucedida das tarefas desenvolvimentais da terceira idade, como refere a mesma autora.

Para a maioria das pessoas, com o processo de envelhecimento e as perdas associadas a este período, é esperado que os filhos adultos sejam responsáveis por assegurar condições que facilitem, de alguma forma, a vida dos pais dependentes, nomeadamente a nível físico, emocional e/ou económico, uma vez que este tipo de cuidados também já foi proporcionado pelos pais quando os filhos eram mais novos (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). No entanto, no conceito de maturidade filial, a relação pais-filhos não significa *“inverter o papel”*, isto é, o filho adulto não passa a assumir o papel de pai do pai envelhecido, em vez disso, o filho adulto assume o papel filial (Blenker, 1965). Neste sentido, segundo Blenker (1965), a crise filial marca o fim da *“infância”* no qual é assumido um papel filial que significa *“being depended on and therefore being dependable insofar as his parent is concerned”* (p. 57). Uma resolução saudável da crise filial significa, para autora, o fim da *“rebeldia”* e da *“emancipação”* da adolescência e do início da adultez e, voltar-se, de novo, para os pais, não como uma criança, mas como um adulto maduro com um novo papel e um amor diferente, perspectivando os pais pela primeira vez como indivíduos com os seus próprios direitos, necessidades, limites e com uma história de vida.

Reconhecer que os pais começam a revelar algumas necessidades seja a nível cognitivo, psicológico e/ou físico, pode-se tornar verdadeiramente *stressante* para o filho adulto. Ao que acrescem outras mudanças que o filho adulto também tem que

enfrentar na sua realidade familiar, nomeadamente, a saída dos seus próprios filhos de casa (Perrig-Chiello & Sturzenegger, 2001), o que pode obrigar a redefinir as funções familiares (Sousa et al., 2006).

Numa posição diferente da conceptualização de maturidade filial, Brody (1979, 1985) sugeriu que os cuidados parentais deveriam ser considerados como uma experiência normativa nas famílias, uma vez que os filhos adultos prestam actualmente mais atenção e cuidados a longo-prazo aos pais idosos. Contudo, a prestação de cuidados não tem sido integrada, com sucesso, como uma tarefa normativa na conceptualização do desenvolvimento adulto. A mesma autora sugeriu que este conceito não tem sido encarado como uma tarefa normativa uma vez que a maturidade filial não é interpretada como estágio de desenvolvimento pois “cuidar dos pais” não está ligado a nenhuma idade em particular.

Prestar cuidados aos pais é entendido como uma tensão permanente entre as necessidades de dependência, independência e esforços dos adultos cuidadores. Esta tensão está enraizada na história familiar do cuidador (Marcoen, 1995). Nem todos os filhos adultos, segundo Brody (1985), têm a capacidade para permitir que os pais sejam dependentes, assim como, nem todos os pais têm a capacidade para ser dependentes, permitindo que os filhos adultos sejam cuidadores. Neste sentido, Marcoen (1995) defende que deve existir um equilíbrio entre a assistência que os filhos adultos estão preparados para proporcionar e a ajuda e suporte que os pais envelhecidos esperam e aceitam receber. Globalmente, os adultos enfrentam múltiplas responsabilidades no domínio da família, da profissão e do *self*. Quando os adultos são confrontados com a necessidade de ajuda e de suporte aos seus pais, estes têm que estabelecer um equilíbrio novo e diferente com o sistema de compromissos e de objectivos de vida que construíram quando mais novos. Assim, providenciar ajuda num sentido de maturidade psicológica implica a preservação da autonomia filial desenvolvida durante a vida adulta. A reciprocidade das relações entre os filhos e os pais mais velhos é também parte do sucesso da adaptação à situação de cuidador. Os filhos esperam que os seus pais aceitem e apreciem os seus cuidados e que estes contribuam construtivamente para que a situação de prestação de cuidados seja tão flexível quanto possível (Marcoen, 1995).

A maturidade filial idealmente co-ocorre com a continuação da maturação parental dos pais envelhecidos, sendo que, o desenvolvimento de ambas as formas de maturidade parece estar implícito no processo essencial de distanciamento e compreensão (Marcoen, 1995). A autonomia emocional (distanciamento) nos adultos foi considerada por Bruder (1988) como uma qualidade essencial do estado de maturidade filial, especialmente no contexto de cuidar de pais idosos que sofrem algum tipo de demência. Segundo Marcoen (1988, 1995), a maturidade filial é um construto multidimensional e tem como significado *“be willing to provide help voluntarily to one’s elderly parents and to actually help them, motivated by feelings of love and a sense of duty, without losing one’s autonomy in a reciprocal relationships and in the context of a well-functioning family network”* (p. 126). Neste sentido, a maturidade filial, segundo Marcoen (1995), integra sete componentes: i) *filial love*; ii) *filial obligation*; iii) *filial helpfulness*; iv) *filial help*; v) *filial autonomy*; vi) *parental consideration* e vii) *family solidarity and help*. O amor filial e a proximidade (*filial love* – primeiro componente) provenientes da vinculação na infância, e o sentimento de obrigação filial (*filial obligation* – segundo componente) são forças motivadoras que desencadeiam a vontade para cumprir com o papel de “cuidador” tanto no presente como no futuro (*filial helpfulness* – terceiro componente). Contudo, o compromisso voluntário do filho adulto para ajudar e prestar cuidados não é o único que determina a natureza e a quantidade/qualidade de cuidados que realmente é proporcionado (*filial help* – quarto componente) aos pais envelhecidos quando estes se tornam cada vez mais dependentes. Os sentimentos de autonomia filial (*filial autonomy* – quinto componente), o grau de reciprocidade entre o cuidador e o receptor de cuidados (*parental consideration* – sexto componente), e a colaboração entre irmãos no sistema familiar (*family solidarity and help* – sétimo componente) também determinam a quantidade e a qualidade da prestação de cuidados filiais. O mesmo autor acrescenta, ainda, que o construto de maturidade filial não se refere a uma norma absoluta ou socialmente definida quanto à natureza e à quantidade/qualidade de ajuda e suporte que deve ser proporcionada pelos filhos adultos aos pais envelhecidos. É, antes, um estado dinâmico de sucesso contínuo de *coping* com a tarefa desenvolvimental de cuidar dos pais. Foi através desta definição de maturidade filial e dos seus componentes que Marcoen (1995) construiu um instrumento para avaliar a

maturidade filial em adultos de meia-idade designado de *Louvain Filial Maturity Scale* (LFMS). Marcoen (1995) aplicou a LFMS a 298 adultos de meia-idade com o objectivo de compreender o modelo de maturidade filial e explorar diferentes variáveis que poderiam estar associadas a este conceito. Assim, no que diz respeito a diferenças de género e de escolarização, Marcoen (1995) encontrou diferenças significativas nas mulheres. Isto é, as mulheres com um nível de escolarização mais elevado estavam menos disponíveis para prestar cuidados aos seus pais idosos, evidenciando um maior distanciamento e/ou autonomia. Com este estudo, também foi possível verificar que os cuidados parentais são, de facto, uma tarefa exigente. Reconhece-se que uma crescente dependência dos pais pode afectar negativamente a disponibilidade das filhas cuidadoras para continuar a cuidar e manter a qualidade da comunicação e o entendimento recíproco. No que se refere à relação entre maturidade filial e à prática de actividades de lazer, verificou-se que este tipo de prática pode ter impacto no papel que as características da personalidade desempenham na prestação de cuidados. Isto é, a prática de actividades de lazer que aumentem os níveis de sociabilidade dos filhos adultos promove competências sociais que facilitam a prestação de cuidados aos pais ou que incentivam os filhos cuidadores a envolverem-se em actividades exteriores à família, reduzindo, desta forma, a sobrecarga decorrente da prestação de cuidados. Ainda neste estudo, relativamente à percepção das necessidades dos pais, verificou-se que também existem diferenças de género. Assim, os filhos de meia-idade ao verificarem que os pais precisam de ajuda e/ou de cuidados desenvolvem, de uma forma latente, orientações para este tipo de prestação. Ao passo que, as filhas de meia-idade ao serem confrontadas com a necessidade de ajuda por parte dos pais podem desenvolver reacções defensivas ou até mesmo aumentar os níveis de ansiedade filial, em relação à antecipação da prestação de cuidados, isto porque, na perspectiva do autor, é esperado/antecipado que a prestação de cuidados seja um papel a desempenhar por elas (Marcoen, 1995).

Hayes e Truglio-Londrigan (1985) realizaram um estudo relativo à forma como os enfermeiros, numa casa de saúde, ajudavam os filhos adultos de pais envelhecidos a atingir a maturidade filial. Estes autores verificaram que o grau com que os filhos adultos lidam objectivamente com os problemas dos pais depende do nível de maturidade filial. Se os filhos adultos alcançarem a maturidade filial apresentam mais

capacidades para lidar com mudanças, tanto a nível da saúde, como a nível comportamental, que os pais apresentam. Para Seelbach (1984) quando os filhos adultos alcançam a maturidade filial adquirem também a capacidade para negociar alguns recursos comunitários ou para mobilizarem o seu próprio sistema informal de suporte.

Posteriormente, Fredricken e Sharlach (1996) redefiniram o conceito de maturidade filial, defendendo que este integra a capacidade para se envolver numa relação pais-filho com compaixão, empatia, reciprocidade, e que também incluía a consciência por parte dos filhos das necessidades e das limitações dos pais envelhecidos. Outros autores referem ainda que uma conceptualização mais complexa da maturidade filial deveria incluir valores interpessoais e uma utilidade pública, tais como, aceitação e amor, relações interpessoais fortes, intimidade e mutualidade (Josselson, 1992; Allport, 1961).

Em estudos posteriores, a maturidade filial foi investigada com o objectivo de verificar se se assumia como um preditor da sobrecarga de filhos cuidadores principais de pais com demência (Stiens, Maeck & Stoppe, 2006). Assim, os autores do estudo avaliaram a relação entre a sobrecarga e a maturidade filial utilizando várias escalas, nomeadamente a *LFMS* desenvolvida por Marcoen (1995). Os resultados sugerem que o sentimento de sobrecarga dos cuidadores não é influenciado pela maturidade filial avaliado pela *LFMS*. Contudo, Stiens e colaboradores (2006) ao analisarem os componentes que a escala avalia, verificaram que uma elevada consideração parental revelava um menor sentimento de sobrecarga do cuidador, e que os filhos adultos que apresentavam um maior sentimento de obrigação filial continuavam a prestar cuidados aos pais com mais frequência, independentemente do grau de sobrecarga que sentiam.

Quando se estuda a relação pais-filhos e a prestação de cuidados existe um outro conceito também importante denominado na literatura de *responsabilidade* ou *obrigação filial* definido como a responsabilidade ou a obrigação dos filhos adultos em providenciar as necessidades e serviços básicos para a sobrevivência dos pais (Schorr, 1960, 1980; Seelbach & Sauer, 1977). A responsabilidade filial é um construto multidimensional que abrange várias dimensões, nomeadamente: comportamental, social, familiar e psicológica. Uma vez que estas dimensões estão intimamente

interligadas com a vida dos filhos adultos e dos seus pais envelhecidos, as manifestações de responsabilidade filial e de prestação de cuidados reflectem, segundo Donorfio e Sheehan (2001), as elaborações individuais ou colectivas de responsabilidade filial nas vidas dos filhos adultos.

De acordo com Seelbach (1984), uma das variáveis que contribui para a diversidade nos cuidados no âmbito da relação de prestação de cuidados entre mãe-filha diz respeito às “*filial responsibility expectations, realization of filial responsibility behaviors, and the contingent circumstances of older parents and their offspring*” (p. 102). Como é referido por Donorfio (1996), muitas das definições de responsabilidade filial referem-se a atitudes e crenças em que os filhos adultos são responsáveis por responder às necessidades dos pais envelhecidos (e.g., Donorfio & Sheehan, 2001).

Vários estudos sugerem que a maioria das pessoas, independentemente da idade e do estatuto familiar, assumem a responsabilidade filial (Donorfio & Sheehan, 2001). Outros estudos ao examinarem as atitudes dos filhos de meia-idade e/ou dos pais envelhecidos relativamente à responsabilidade filial verificaram que muitos pais envelhecidos e filhos adultos referem que a responsabilidade filial está presente quando o filho assume o papel de cuidador. Contudo, a investigação sugere que uma responsabilidade filial forte pode criar conflito com o desejo de os pais serem independentes e ainda, que demasiado apoio pode minar o sentimento de independência e de autonomia dos pais. Hamon e Bliezner (1990) referem que tanto pais como filhos têm conhecimento que demasiado empenho na prestação de cuidados é prejudicial para a relação.

Donorfio e Sheehan (2001) realizaram um estudo qualitativo com o objectivo de avaliar a responsabilidade filial em filhas adultas e explicar o modo como esta influenciava a prestação de cuidados. Os resultados evidenciaram três abordagens distintas de prestação de cuidados: *mutually balanced*, *undifferentiated*, *dispassionate*. Quando a abordagem era mutuamente equilibrada (*mutually balanced*) verificou-se que existia envolvimento mútuo, suporte emocional e companheirismo. Contudo, as filhas delimitavam a extensão da responsabilidade na prestação de cuidados, ou seja, quando a prestação de cuidados interferia significativamente com outros papéis, estas recorriam a outras opções para viabilizar a prestação de cuidados. As filhas, neste caso, pareciam ter reorganizado as relações com as suas mães e reconheciam as suas

limitações e necessidades. Estas também evidenciavam ter resolvido satisfatoriamente a crise da meia-idade, tendo alcançado então a maturidade filial. Na abordagem indiferenciada (*undifferentiated*), a prestação de cuidados era de natureza desesperada e compulsiva. A tentativa desesperada de manter as mães vivas fazia com que estas prestassem “demasiada” atenção às suas mães, o que acabava por lhes limitar ainda mais a autonomia e a autodeterminação. Quando as filhas eram casadas verificou-se que estas colocavam as necessidades das mães à frente das necessidades dos maridos, sendo que este total envolvimento na prestação de cuidados fazia com que as filhas não tivessem disponibilidade para prestar apoio ou cuidar dos maridos. Por fim, na abordagem desapaixonada (*dispassionate*), as filhas encaram a prestação de cuidados como um conjunto de tarefas instrumentais, acompanhadas de pouca emoção. Segundo Gubrium (1995), nesta abordagem tanto as mães como as filhas, nas tarefas do dia-a-dia, não evidenciavam acções/comportamentos indicadores de responsabilidade filial. Estas questões só surgiam quando se verificava algum tipo de mudança. Verificou-se também que na relação entre a mãe e a filha praticamente não existia troca de pensamentos e de sentimentos, o que por sua vez conduzia a que as mães não pedissem ajuda às filhas de forma a evitar uma maior sobrecarga destas. Assim, as filhas não alcançaram os aspectos mais complexos da responsabilidade filial. Este tipo de abordagem, ao contrário das anteriores, não atendia nem valorizava os sentimentos associados à prestação de cuidados (Donorfio & Sheehan, 2001).

Um outro estudo qualitativo desenvolvido por Donorfio e Kellett (2006) sobre a responsabilidade filial entre as filhas cuidadoras e respectivas mães teve como objectivo explorar o significado pessoal de responsabilidade filial experienciado por pessoas que estavam na altura efectivamente envolvidas numa relação de prestação de cuidados informais. Os resultados sugerem que o único factor que foi mencionado tanto pelas mães como pelas filhas foi pessoal (e.g. amor, respeito, culpa, poder, obrigação, ser responsável, companheirismo), este factor é bastante complexo, o que reflecte motivações básicas subjacentes à relação mãe-filha (Donorfio & Kellett, 2006). Para as participantes deste estudo, o significado de responsabilidade filial reflectia principalmente quatro factores influentes, nomeadamente: i) pessoal; ii) parental; iii) familiar e iv) religioso. Desta forma, como factor pessoal verificou-se que antes de existir uma relação de prestação de cuidados, as filhas já tinham alguma consciência

sobre a sua responsabilidade filial adquirida através de situações experienciadas por amigos ou no âmbito das suas redes sociais, ou ainda através de práticas e normas familiares. Quanto ao factor parental, observou-se que a maioria das participantes só pelo facto de serem pais ou terem um dos pais vivos, defenderam que a prestação de cuidados devia ser esperada e/ou proporcionada. Já, quanto ao factor familiar, a família nuclear, bem como a família alargada, foi vista como uma influência na prestação de cuidados, isto porque a família tem certos valores relativos à prestação de cuidados que diferem de outros grupos sociais. Por fim, no factor religioso, uma participante (mãe idosa) referiu a igreja como um promulgador da responsabilidade filial, uma vez que segundo esta, a igreja ensina a criança a ter responsabilidade para cuidar do seu familiar envelhecido.

Ainda, com o objectivo de verificar como as normas filiais estabelecidas para ajudar os pais mudavam ao longo da vida, Gans e Silversten (2006) realizaram um estudo longitudinal com três gerações (avós, pais e netos com 16 ou mais anos) ao longo de quinze anos (entre 1985 e 2000). Com os resultados obtidos foi, então, possível verificar que as normas filiais sofreram um enfraquecimento entre as décadas de 1980 e 1990. Tal deve-se, na perspectiva de alguns autores, ao facto de a família, enquanto instituição social, estar em declínio uma vez que existe uma desvalorização das relações familiares, nomeadamente do casamento e das relações com as pessoas mais velhas, verificando-se uma diminuição da proporção das pessoas idosas que vivem com os familiares (Casper & Bianchi, 2002). No que diz respeito ao género, verificou-se que as mulheres expressam mais fortemente as normas filiais desde a idade adulta até à velhice comparativamente aos homens, contudo estas normas, nas mulheres, começam a enfraquecer mais cedo do que nos homens. No que se refere à responsabilidade filial, Gans e Silversten (2006) referem que esta enquanto suporte filial diz pouco sobre as expectativas que os filhos adultos têm relativamente aos seus próprios pais. Estas expectativas podem, no entanto, ser o aspecto que medeia as normas filiais e a prestação de cuidados. Neste estudo em particular, verificou-se que proporcionar suporte a um dos pais estava positivamente relacionado com as normas filiais. Contudo, para Gans e Silversten (2006), não foi possível estabelecer uma relação causal entre as normas filiais e a prestação de cuidados, pelo que os autores

supuseram que esta prestação de cuidados é uma manifestação de normas assumidas e executadas, à semelhança do que os progenitores haviam feito no passado.

Em síntese e, como tivemos oportunidade de analisar, a maturidade filial é assumida num quadro desenvolvimental como uma tarefa desenvolvimental específica da meia-idade, sendo globalmente definida como estar disposto a proporcionar uma ajuda voluntária aos pais envelhecidos, motivada por sentimentos de amor e de dever, sem perder a autonomia na relação pais-filhos, e num contexto de uma rede familiar que funcione adaptativamente. No mesmo sentido, a responsabilidade filial é um construto multidimensional que diz respeito à responsabilidade ou obrigação filial dos filhos adultos prestarem ajuda nos serviços básicos para a sobrevivência dos pais. A investigação no domínio tem encontrado diferenças de género, do nível de vivência e expressão destas tarefas desenvolvimentais. Associado fortemente a estes construtos tem surgido na literatura um outro construto designado de ansiedade filial que, em nosso entender, pode ser perspectivado como o “outro lado da moeda” da maturidade filial. Passaremos de seguida a analisar este construto quer do ponto de vista conceptual quer empírico.

Em estudos desenvolvidos por Zarit e Zarit (1983) sobre sentimentos de sobrecarga relativamente à prestação de cuidados verificou-se que alguns filhos adultos que não se encontravam a prestar nenhum tipo de cuidados vivenciavam algum tipo de tensão e de sentimentos negativos. Quando Cicirelli (1981) explorou estes sentimentos constatou que alguns filhos adultos estavam preocupados com a quantidade de ajuda que poderiam ser chamados a prestar no futuro e se seriam capazes de lidar com tal exigência. Assim, esta preocupação dos filhos adultos foi designada por *ansiedade filial* e é definida pelo autor como um estado de preocupação antecipada sobre o declínio ou morte de um pai idoso, bem como uma preocupação antecipada sobre a capacidade de satisfazer as necessidades de prestação de cuidados, tanto antes como durante qualquer tipo de prestação de cuidados, e ainda na antecipação de outros declínios parentais e consequente necessidade aumentada de prestação de cuidados (Cicirelli, 1988).

Apesar de o conceito de ansiedade filial ter sido associado ao comportamento de filhos adultos que não estavam envolvidos na prestação de cuidados e que

evidenciavam sinais de ansiedade relativamente à possibilidade de providenciar cuidados a um dos pais envelhecidos no futuro, este conceito, segundo Cicirelli (1988), pode ser alargado a situações em que a prestação de cuidados parentais já está a ser assumida pelos filhos no sentido em que a ansiedade filial é uma resposta a condições actuais que sugerem um maior declínio e consequentemente uma maior necessidade de cuidados no futuro.

O termo “ansiedade” foi concebido por Cicirelli (1988) como integrando dois componentes: (i) preocupação emocional; (ii) preocupação cognitiva relativo a um evento futuro. A componente cognitiva engloba sentimentos de incapacidade para lidar com eventos futuros, dúvidas e culpas sobre si mesmo. Ainda sobre a componente cognitiva, Wine (1982) refere que esta é uma disposição estável que desencadeia um estado de activação emocional com uma componente fisiológica mais transitória. Na relação filho adulto e pai envelhecido, a ansiedade filial é entendida como uma componente cognitiva. No entanto, como alguns autores consideram que a ansiedade faz parte de uma teoria geral de *stress*, e neste sentido a ansiedade filial pode ser considerada como um componente psicológico em resposta a um *stress* futuro antecipado relativo ao declínio dos pais e à necessidade de cuidados. Uma vez que a componente emocional não se revelou relevante neste tipo de estudo, os autores em questão não desenvolveram este aspecto.

A ansiedade filial pode, segundo Cicirelli (1988), ser compreendida à luz da Teoria da Vinculação de Bowlby (1969/1982). Como já tivemos oportunidade de referir a vinculação refere-se a uma ligação afectiva ou emocional intensa e recíproca entre duas pessoas. Bowlby (1980) defende que os comportamentos de vinculação e os laços afectivos que se estabelecem estão presentes e activos ao longo do todo o ciclo de vida. No contexto da relação filhos adultos-pais envelhecidos, e com origem na qualidade da relação de vinculação, desenvolve-se nos filhos um sentimento de protecção para com os pais que vai activar um conjunto de comportamentos cuja finalidade é prevenir ou adiar a perda destas figuras de vinculação. Importa salientar que estes comportamentos assumem a natureza de comportamentos de cuidados. Assim, este sentimento protector é distinto e complementa o comportamento de vinculação e procura preservar ou restaurar a existência das figuras de vinculação (Cicirelli, 1988).

A qualidade da vinculação pode ser um elemento importante na preparação para a prestação de cuidados, uma vez que está relacionada com os estilos específicos para lidar com eventos *stressantes* (Mikulincer & Orbach, 1995; Simpson, Rholes & Nelligan, 1992).

Quando os filhos adultos se começam a aperceber dos sinais de declínio dos pais, segundo a teoria de vinculação, é activo o sistema de prestação de cuidados que se manifesta por comportamentos de protecção dos pais (Cicirelli, 1988). Os comportamentos de ajuda e de prestação de cuidados são vistos como uma garantia da sobrevivência da figura da vinculação e como uma forma de preservação dos laços emocionais (Bradley, Miller, Murtha, Parkinson, & Horst, 2008). Os filhos adultos começam então a perceber a complexidade e exigência inerentes às tarefas de prestação de cuidados necessárias para proteger os pais de um declínio contínuo e da consequente morte/perda, o que os leva a uma maior ansiedade face à perspectiva de falhar nesta tarefa e às consequências daí decorrentes (Cicirelli, 1988). Deste modo, para Cicirelli (1988) a ansiedade filial está enraizada na qualidade da relação de vinculação dos filhos adultos aos seus pais envelhecidos e no esforço que os primeiros fazem para preservar a vida dos segundos.

Neste sentido, e face à necessidade de avaliar a ansiedade filial, foi desenvolvida e validada por Cicirelli (1988) a *Filial Anxiety Scale* (Escala de Ansiedade Filial - EAF) que permite avaliar as preocupações individuais relativas ao pai idoso e a capacidade para continuar a proteger essa existência. Inicialmente foi desenvolvido um conjunto de 40 itens para avaliar as preocupações dos indivíduos relativamente ao envelhecimento dos pais idosos e à sua capacidade os proteger. Dos 40 itens iniciais foram seleccionados 16, contudo foram eliminados três itens. Dois dos itens eliminados reflectiam um sentimento de culpa, em vez de um sentimento de ansiedade, e o terceiro item eliminado reflectia respostas baseadas em factos e não em sentimentos de ansiedade. Assim, a versão final é um instrumento constituído por 13 itens cujas respostas são apresentadas numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, em que o 1 corresponde a “*not at all true, disagree completely*” e 5 corresponde a “*definitely true, agree completely*”, sendo que a pontuação total da escala varia entre 13 e 65 pontos.

O processo de validação da EAF foi desenvolvido por Cicirelli (1988) numa amostra de 71 filhos adultos cujos pais viviam na mesma cidade de forma

independente. A amostra era constituída por 50 mulheres e 21 homens com idade média de 46,2 anos (entre os 35 e os 64 anos) e os pais destes tinham idades compreendidas entre os 61 e os 94 anos, com idade média de 75,9 anos. A maioria dos participantes era vendedor, comercial, administrativo e empregado de profissões manuais.

Com base na análise factorial foram identificadas dois factores com um *eigenvalue* superior a um, que em conjunto, explicavam 55% da variância. Assim, as duas subescalas identificadas foram a) Escala de Ansiedade Filial A (EAF-A); b) Escala de Ansiedade Filial B (EAF-B). A primeira subescala é obtida através da soma dos primeiros sete itens e reflete a ansiedade dos filhos adultos relativamente à sua própria capacidade para desempenhar o papel de cuidador. A segunda subescala é obtida, então, pela soma dos últimos seis itens e refere-se à ansiedade relativamente ao bem-estar dos pais envelhecidos.

No que diz respeito à consistência interna, Cicirelli (1988) encontrou valores de *alfa de Cronbach* de 0.88 para a primeira subescala e de 0.77 para a segunda subescala. Estas subescalas apresentaram uma correlação de 0.32 entre si, o que indica que são suficientemente independentes para serem administradas independentemente. A pontuação média dos 71 sujeitos para a primeira subescala foi de 16.8 pontos com um desvio-padrão de 4,9 pontos, e a pontuação média para a segunda subescala foi de 20 pontos e o desvio-padrão de 4.2 pontos. Uma vez que a pontuação da EAF-A pode variar entre 7 e 35 pontos e a pontuação da EAF-B entre 6 e 30, o autor considera que os resultados médios anteriormente referidos indicam que uma proporção substancial da amostra demonstrou preocupações face à antecipação da prestação de cuidados e relativamente ao declínio parental. Com o intuito de determinar a estabilidade ao longo do tempo, um subgrupo de 30 participantes do primeiro estudo seleccionados aleatoriamente realizou um re-teste após um intervalo de duas semanas. Com este procedimento verificou-se que a fiabilidade do teste-reteste foi de 0.69 para a EAF-A e de 0.61 para a EAF-B. Ao analisar as mudanças nos resultados individuais no espaço de duas semanas verificou-se que a maioria dos resultados não variou mais do que um ou dois pontos em cada item. Segundo Nunnally (1967, como citado em Cicirelli, 1988) a fiabilidade apresentada encontra-se dentro do

esperado, ou seja, é considerada uma medida aceitável para ser utilizada em estudos futuros neste domínio.

Tendo em conta a Teoria de Vinculação, e na perspectiva de Cicirelli (1988), é esperado que a ansiedade dos filhos adultos relativamente ao bem-estar dos pais (EAF-B) seja maior quando (i) a vinculação do adulto ao pai é maior (segura) e (ii) os indicadores de declínio dos pais mais fortes. Por outro lado, também é esperado que a ansiedade nos adultos relativamente à sua própria capacidade para assumir o papel de cuidador (EAF-A) seja maior quanto (i) mais iminente for a necessidade da prestação de cuidados parentais e (ii) mais complexas forem as necessidades de prestação de cuidados. Neste sentido, Cicirelli (1988) baseou-se nas hipóteses conceptuais anteriores para testar a validade da escala. Para tal aplicou, a uma amostra de 53 indivíduos, a Escala de Ansiedade Filial conjuntamente com uma diversidade de instrumentos: Rubin Love Scale (Rubin, 1970), Internal-External Locus of Control Scale (Rotter, 1966), Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965), Death Anxiety Scale (Templer, 1970), Checklist de 42 sintomas comuns em idosos e Checklist de 11 itens que avaliam a mobilidade parental em actividades diárias (score elevado indica um nível elevado de mobilidade), Grelha de recursos dos filhos (nível educativo, estatuto ocupacional). Estes participantes tinham pelo menos um dos pais com 65 ou mais anos, não estavam na altura envolvidos na prestação de cuidados aos pais com excepção de ajudas ocasionais como compras, transporte ou outras tarefas do género. Além disso, nenhum dos pais destes adultos recebia ajuda em termos de cuidados pessoais, cuidados de saúde ou cuidados domésticos. A idade média destas participantes foi de 45.8 (DP = 4.3), variando entre os 33 e os 63 anos. Os resultados na EAF para estes participantes foram de 16.5 (DP = 5.4) na EAF-A e 20.5 (DP = 4.3) na EAF-B. Esta amostra apesar de ter sido diferente da amostra do primeiro estudo não apresentou resultados significativamente diferentes relativamente à EAF. Assim, através da aplicação dos instrumentos verificou-se que a ansiedade dos filhos adultos relativamente ao bem-estar dos pais era maior quando maiores fossem as evidências de declínio da saúde dos pais. Quanto aos recursos dos filhos adultos, verificou-se que os que apresentavam níveis superiores de educação e melhor emprego sentiam menos ansiedade relativamente à possibilidade de assumirem o papel de cuidador dos pais. Quanto aos recursos psicológicos foi verificado que os filhos que tinham um *locus* de

controlo interno relatavam menos ansiedade face ao papel de cuidador (EAF-A). Foi ainda verificado que quando os filhos adultos sentiam que as necessidades dos pais no futuro iam ser exigentes revelavam maior ansiedade quanto ao papel de cuidadores. Face aos resultados encontrados, Cicirelli (1988) sugeriu que a EAF apresenta uma boa validade de constructo.

Com o desenvolvimento da EAF e com o crescente interesse sobre este tema têm-se desenvolvido alguns estudos internacionais com o objectivo de perceber de que modo e até que ponto a ansiedade filial afecta os filhos adultos nos seus comportamentos enquanto cuidadores, bem como o modo como interfere no planeamento da prestação de cuidados.

Murray e colaboradores (1996) utilizaram a EAF com o objectivo de explorar a validade das subescalas da EAF, submeter a EAF a uma nova análise factorial e posteriormente comparar os resultados obtidos com os estudos originais de Cicirelli (1988). Neste estudo usou-se uma amostra de 596 indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos que foi avaliada através da EAF juntamente com outros três instrumentos, Formulário com informações demográficas, *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, 1983), e *Marlowe-Crowne Social Desirability* (Crowne & Marlowe, 1960). Assim, verificaram que do ponto de vista factorial a EAF é composta por duas subescalas que integram os mesmos itens que as subescalas originais. Os resultados, a nível geral, mostraram que a média da subescala Ansiedade Filial A foi de 16.82, com um desvio-padrão de 5.7, e da subescala de Ansiedade Filial B foi de 21.22, com um desvio-padrão de 4.8. Por outro lado, este estudo permitiu verificar que quanto maior a ansiedade do filho adulto no que diz respeito à sua capacidade de assumir o papel de cuidador, menor é a preocupação com a aprovação social. Foi também verificado que a preocupação relativa à aprovação social não estava relacionada com a ansiedade que o filho adulto sentia face ao aumento da fragilidade do pai envelhecido.

Na mesma altura, Myers e Cavanaugh (1995) realizaram um estudo com duas gerações da mesma família com o objectivo de investigar as diferenças de idade e de geração/coorte na ansiedade filial, bem como o conceito de ansiedade filial tendo em conta as relações familiares e as percepções de saúde e o comportamento dos pais. Além disso, como parte deste estudo, os autores replicaram o estudo desenvolvido por

Cicirelli relativamente à validação da EAF. Assim, para além da EAF, utilizaram um questionário com informação demográfica, *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970), *Self-Efficacy for a Caregiving, Filial Responsibility Scale* (Myers & Cavanaugh, 1995), *Family Relationships Index* (Myers & Cavanaugh, 1995), *Positive Affect Index* (Myers & Cavanaugh, 1995), *Perceptions of Health and Mobility* (Myers & Cavanaugh, 1995). No que se refere aos resultados relativos à validação da escala, os autores verificaram que quando a escala é utilizada em filhas jovens não se comporta do ponto de vista psicométrico da mesma forma que no estudo original de Cicirelli (1988). Ou seja, no caso dos resultados relativos ao grupo mais jovem, a solução encontrada para a organização dos itens da EAF foi uma organização de três factores ou subescalas: subescala de Ansiedade Filial A, subescala de Ansiedade Filial B e subescala de Ansiedade Filial C. A explicação avançada pelos autores para esta diferença face ao estudo psicométrico original é que como a EAF tem como objectivo principal avaliar/estudar a ansiedade que os filhos adultos sentem antes de virem a prestar algum tipo de cuidados aos pais envelhecidos e, como os indivíduos enquanto jovens podem ainda não ter atingido a maturidade e a responsabilidade filial que os “obriga” a pensar e a considerar a prestação de cuidados aos pais, é compreensível que os resultados da EAF sejam diferentes dos resultados originais obtidos por Cicirelli (1988). Contudo, os resultados deste estudo são muito consistentes com os resultados iniciais relativos à EAF quando utilizada em adultos de meia-idade, uma vez que com este grupo a solução encontrada foi de duas subescalas tal como no estudo original. No que se refere à ansiedade relativa à capacidade para prestar cuidados no futuro, Myers e Cavanaugh (1995) verificaram que mães e filhas mostravam-se mais ansiosas sobre a prestação futura de cuidados quanto menores fossem os sentimentos de solidariedade e de expressividade. Para Myers e Cavanaugh (1995), o facto de a pessoa ter de cuidar de um familiar do qual não se sente próximo pode estar associado a níveis mais elevados de ansiedade filial. Este resultado é também apoiado por outros estudos, uma vez que muitos autores referem que o processo de prestação de cuidados é muito *stressante*, mesmo quando os cuidadores se sentem muito próximos do alvo de cuidados. Por outro lado, no que se refere à ansiedade sobre o bem-estar dos pais envelhecidos, verificou-se neste estudo que o modo como os filhos se sentem em relação aos pais está pouco relacionado com a preocupação sentida relativamente

à saúde destes. Isto é, um filho pode-se sentir preocupado relativamente à saúde dos pais independentemente de estes terem uma relação próxima (Myers & Cavanaugh, 1995). Este estudo também evidenciou que as filhas que tinham uma percepção pobre das relações familiares apresentavam uma maior ansiedade/preocupação sobre a prestação de cuidados no futuro (Myers & Cavanaugh 1995). O que reforça a posição de Cavanaugh e Kinney (1994) quando referem que relações tensas interferem com a qualidade dos cuidados prestados.

Um outro estudo realizado por Laditka e Pappas-Rogich (2001), com 221 indivíduos com 60 ou mais anos, teve como objectivo explorar como as características pessoais (e.g. saúde, rendimentos, género) e a experiência na prestação de cuidados a familiares influenciam a ansiedade filial face à prestação de cuidados em homens e mulheres idosos. Os autores partiram da conceptualização desenvolvida por Cicirelli (1988) relativa à ansiedade filial formulando duas hipóteses: 1) mulheres e homens sem experiência de prestação de cuidados apresentarão níveis mais baixos de ansiedade filial comparativamente aos que prestam cuidados regulares ou aos que, no passado, já prestaram cuidados; e 2) as mulheres terão níveis mais elevados de ansiedade filial do que os homens. Os resultados deste estudo confirmaram as hipóteses, ou seja, mulheres e homens com experiência de prestação de cuidados apresentavam níveis mais elevados de ansiedade filial do que os que até então não tinham prestado qualquer tipo de cuidados. Este resultado reforça o que já foi referido anteriormente, ou seja, a prestação de cuidados pode ser uma experiência *stressante*, é possível que, quem prestou cuidados no passado tenha vivenciado algum tipo de *stress* enquanto cuidador, o que faz com que se preocupe com a perspectiva de assumir novamente este papel. Também se verificou, tal como hipotetizado, que o género feminino revelava um maior nível de ansiedade filial do que o género masculino. Além disso, relativamente às características pessoais em estudo, nomeadamente rendimento e saúde, o estudo permitiu concluir que tanto homens como mulheres que têm rendimentos mais elevados e boa saúde apresentam níveis mais baixos de ansiedade filial comparativamente a participantes que têm rendimentos mais baixos e um estado de saúde pobre. Segundo Laditka e Pappas-Rogich (2001), estes resultados podem sugerir que os indivíduos com baixos rendimentos estão preocupados com os custos financeiros associados à prestação de

cuidados e com a capacidade que têm para compensar os outros com os cuidados necessários. É também possível que os indivíduos com pior saúde estejam preocupados com a sua capacidade para cuidar de um familiar. Apesar deste estudo ter usado uma amostra diferente da utilizada por Cicirelli (1988), ou seja, uma amostra de pessoas idosas em que maioritariamente os cuidadores são conjugues, verificou-se que os resultados são consistentes com os obtidos de Cicirelli (1988).

Já mais recentemente, Bradley e colaboradores (2008) desenvolveram um estudo com o objectivo de, utilizando a EAF, avaliar o nível de ansiedade filial dos filhos adultos relativamente aos seus pais, e averiguar o tipo de acções que tendem a planear antes de surgir a necessidade de prestar cuidados. Assim, verificou-se que, independentemente da idade, género, raça ou rendimento, a maioria dos filhos adultos vivenciava um nível moderado de ansiedade filial. Este facto foi explicado por Bradley e colaboradores (2008) com base na incerteza, desconforto e ambivalência em relação aos itens apresentados na escala de ansiedade filial, uma vez que provavelmente os adultos em questão ainda não tinham equacionado a prestação de cuidados e o envelhecimento dos pais, o que se pode constituir como uma limitação do estudo. Já a saúde física e mental das mães idosas foram as variáveis parentais que mais contribuíram para os níveis de ansiedade filial, ou seja, os indivíduos que referiram que as mães tinham uma excelente saúde física e mental reportaram níveis de ansiedade filial menores do que aqueles que cujas mães tinham uma saúde física e mental pobre. Contudo, estes resultados diferem quando se reportam aos pais, uma vez que se verificou que não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre ansiedade filial e saúde física e mental dos pais. A este respeito os autores consideram que esta diferença pode estar associada ao facto de existir uma tendência para as mães viverem mais do que os pais. Como é esperado que as mães vivam mais, os filhos cuidadores podem ter grande dificuldade em lidar com o facto de as suas mães não viverem tanto quanto esperado, o que pode aumentar os seus níveis de ansiedade filial. Uma das questões centrais deste estudo era a compreensão do grau em que os filhos adultos, principalmente aqueles que reportavam elevados níveis de ansiedade filial, se envolviam no planeamento de comportamentos de cuidados que reduziam a ansiedade filial. Como sugerido por Cicirelli (1988), um moderado grau de ansiedade filial pode conduzir a uma maior motivação para cuidar, enquanto um

elevado grau de ansiedade pode impedir ou limitar o desenvolvimento de actividades relacionadas com a prestação de cuidados. No entanto, no estudo desenvolvido por Bradley e colaboradores (2008) não foram encontradas diferenças significativas no que diz respeito à ansiedade filial, isto é, enquanto níveis elevados de ansiedade filial não bloqueava os comportamentos de planeamento de cuidados, níveis moderados de ansiedade filial não aumentavam este tipo de comportamentos. Por outro lado, os resultados indicaram ainda que os indivíduos tinham mais probabilidade de planear actividades de prestação de cuidados quanto mais velhos fossem os pais. Como Bradley e colaboradores afirmam, planear a prestação de cuidados a uma pessoa de 60 anos pode não ter o mesmo grau de urgência e exigência como planear cuidados para uma pessoa com 80 ou mais anos. O planeamento de actividades, segundo os autores, também pode significar uma vontade que os filhos adultos têm em assumir o papel de cuidadores quando esta necessidade realmente surgir, numa tentativa de manter os laços de vinculação, preservando assim, a vida dos pais.

A ansiedade filial é definida como uma preocupação relativa à ajuda que os filhos adultos podem vir a ser chamados a proporcionar no futuro aos seus pais envelhecidos, bem como à sua capacidade para lidar com o declínio e perda dos pais. A vinculação, enquanto ligação afectiva intensa entre duas pessoas, pode ajudar a compreender este tipo de ansiedade, uma vez que esta está presente e influencia a qualidade da relação filhos adultos pais envelhecidos e o esforço que os primeiros estabelecem para proteger a vida dos segundos. A investigação neste domínio, apesar de escassa, tem reunido evidências relativas ao modo como a ansiedade filial influencia os filhos adultos nos seus comportamentos de preparação para a prestação de cuidados e de prestação efectiva de cuidados, bem como acerca do papel de diferentes variáveis neste processo, nomeadamente qualidade da vinculação pais-filhos, género, educação/formação, estatuto socioeconómico, experiência prévia enquanto cuidador entre outras. Neste sentido, a ansiedade filial parece ser uma dimensão relevante a considerar no âmbito dos cuidados filiais, particularmente no contexto social actual e futuro, pautado pelo acentuado envelhecimento populacional e pela limitação da capacidade de assegurar os cuidados por parte dos sistemas formais de cuidados.

Objectivo do estudo

Considerando o quadro conceptual previamente apresentado, assim como as evidências científicas reunidas no domínio, o presente estudo, organizado em torno dos cuidados filiais na meia-idade, tem como objectivo: (1) Tradução e adaptação da *Filial Anxiety Scale* (FAS, Cicirelli, 1988) com vista ao estudo da relação entre vinculação e ansiedade filial em adultos de meia-idade.

Capitulo II

Método

Método

Participantes

Considerando o objectivo do presente estudo, a selecção dos participantes obedeceu a um conjunto de critérios. Em primeiro lugar, os participantes foram seleccionados de forma a obter uma amostra que reunisse as condições necessárias à validação da Escala de Ansiedade Filial. Assim, foi definido que o número de participantes a integrar o estudo deveria ser o necessário para a condução das análises estatísticas exigidas no processo de adaptação e validação da Escala. Este critério seguiu as orientações metodológicas e estatísticas recomendadas por Field (2009), sendo que, em termos dos procedimentos de análise de dados foram seguidas as recomendações para a determinação da dimensão amostral exigida para a realização da análise factorial exploratória. Além disso, a inclusão dos participantes no estudo foi conduzida no sentido de garantir uma amostra o mais heterogénea possível. Paralelamente, a selecção dos participantes seguiu ainda os critérios utilizados originalmente pelo autor do instrumento, nomeadamente, o limite mínimo e máximo de idade, respectivamente 35 e 64 anos, e ter pelo menos um dos pais (ou outro familiar idoso directo) vivo. Cicirelli (1988) para o estudo de construção e validação da escala original seleccionou 71 adultos com idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos (com uma idade média de 46.2, DP = 9.9) que tivessem um dos pais vivos, sem preocupações relativamente à distribuição do género na amostra.

Instrumentos

O protocolo de recolha de dados é constituído por: i) Ficha Sociodemográfica; ii) *Filial Anxiety Scale* (Cicirelli, 1988); iii) Escala de Vinculação do Adulto (EVA, versão portuguesa de Canavarro, 1990; *Adult Attachment Scale*, Collins & Read, 1990); iv) Escala de Desejabilidade Social – versão reduzida (Carvalho, 2000; versão portuguesa da *Marlow-Crowne Social Desirability Scale*; Ballard, 1992).

Ficha Sociodemográfica

A Ficha Sociodemográfica foi desenvolvida para obter informação relativa a características sociodemográficas pertinentes, tais como género, idade, escolaridade, estado civil, composição e características do agregado familiar, número de idosos na família, distância da residência do familiar idoso de referência, regularidade de contacto com o mesmo, e ainda a experiência prévia e/ou actual na prestação de cuidados a familiares idosos.

Escala de Ansiedade Filial

A *Filial Anxiety Scale* (EAF) foi desenvolvida por Cicirelli, em 1988, com o objetivo de avaliar a ansiedade experienciada por adultos de meia-idade face à possibilidade de virem a cuidar dos seus pais ou outros familiares envelhecidos. Este é um instrumento constituído por 13 itens cujas respostas são apresentadas numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, em que 1 corresponde a “*not at all true, disagree completely*” e 5 corresponde a “*definitely true, agree completely*”, sendo que a pontuação total da Escala varia entre 13 e 65 pontos.

Esta Escala é constituída por duas subescalas: i) subescala de Ansiedade Filial A (EAF-A), composta pelos primeiros sete itens e que avalia a ansiedade dos filhos de meia-idade face à capacidade pessoal para assumir o papel de cuidador e; ii) subescala de Ansiedade Filial B (EAF-B), composta pelos últimos seis itens e que se refere à ansiedade dos filhos de meia-idade face ao envelhecimento e declínio dos pais.

Quanto à consistência interna da Escala total e das suas subescalas, Cicirelli (1988) encontrou valores de *alpha* de *Cronbach* de .88 para a primeira subescala e de .77 para a segunda subescala. Estas subescalas apresentaram uma correlação de .32 entre as duas, o que indica que são suficientemente independentes para serem administradas independentemente.

Escala de Vinculação do Adulto

A Escala de Vinculação do Adulto (EVA) é a adaptação portuguesa da *Adult Attachment Scale* (AAS, Collins & Read, 1990) e permite avaliar três estilos de vinculação: seguro, preocupado, evitante. Esta Escala é constituída por 18 itens cujas respostas são apresentadas numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, no qual o valor 1

corresponde a “nada característico em mim” e 5 “extremamente característico em mim” (Canavarro, 1997).

A EVA foi adaptada e validada para a população portuguesa por Canavarro (1997) mantendo os mesmos itens da Escala original. Relativamente à fiabilidade da Escala, Canavarro (1997) nos seus estudos verificou que os valores de consistência interna eram adequados com um *alpha de Cronbach* de .74.

A análise factorial realizada permitiu identificar três dimensões: (i) *Anxiety* que avalia o grau de preocupação do indivíduo relativamente à possibilidade de ser abandonado ou rejeitado; (ii) *Depend* que avalia o grau em que o indivíduo considera que pode depender de outros e, (iii) *Close* que avalia o grau de conforto do indivíduo em construir relações íntimas. No entanto, Canavarro (1997) renomeou as três dimensões encontradas após realizada a análise factorial, assim: (i) vinculação ansiosa, caracterizada pelo desejo de manter os parceiros próximos, revelando existir grande preocupação com a separação, sendo a presença e disponibilidade dos parceiros sentidas como incertas; (ii) vinculação segura, caracterizada pela facilidade em estabelecer relações com os outros, os parceiros são percepcionados como disponíveis para responder às necessidades do próprio quando necessário, conduzindo a sentimentos de bem-estar e segurança; (iii) vinculação evitante, caracterizada pela minimização da importância das relações com os outros, em que os parceiros são percepcionados como fontes de *stress* e alvos de desconfiança.

Escala de Desejabilidade Social – versão reduzida

A Escala de Desejabilidade Social de Carvalho (EDS, Carvalho, 2000) desenvolvida por Ballard (1992) e denominada de *Marlow-Crowne Social Desirability Scale –Short Form* (MCSDS-SF), é uma medida que avalia as respostas socialmente desejáveis para adultos, isto porque existe uma tendência para que o indivíduo forneça respostas socialmente desejáveis, independentemente de estas serem, ou não, verdadeiras para o mesmo. Esta é uma versão reduzida da escala original, constituída por 13 itens com um formato de resposta dicotómico (1 - Verdadeiro e 0 - Falso). No resultado, quando somados todos os itens, quanto mais elevada a pontuação, mais elevados são os níveis de desejabilidade social (Carvalho, 2007). No que se refere à consistência interna da escala, o autor refere que na versão original o valor obtido foi de KR-20 igual a .70

(Ballard, 1992), enquanto que na versão portuguesa de Carvalho (2000) obteve-se um valor KR-20 igual a .65.

Tradução e adaptação EAF

Com o intuito de adaptar a *Filial Anxiety Scale* (Cicirelli, 1988) para a população portuguesa foi necessário contactar o autor no sentido de solicitar o seu consentimento para a tradução e validação da mesma para a população portuguesa. Após obtido o consentimento, seguiram-se as orientações da *International Test Commission* (Hambleton, Merenda & Spierberger, 2005; Hambleton, 1994) para a tradução e adaptação de instrumentos psicométricos.

Assim, para a tradução e adaptação da Escala de Ansiedade Filial foi utilizado o método de *traduções independentes* (Gudmundsson, 2009). Seguindo as recomendações propostas pelo método utilizado, foram realizadas três traduções independentes e paralelas por investigadores do projecto. Estes tradutores, segundo a literatura, têm de ser fluentes na língua portuguesa e na língua inglesa e/ou têm que ter conhecimento especializado no conteúdo científico do construto avaliado pela medida a traduzir. Após as traduções realizadas, estas foram comparadas com o intuito de verificar o seu grau de consistência, e foi então criada uma única versão da escala. Um terceiro investigador da equipa de investigação influente na língua portuguesa e na língua inglesa e com conhecimento especializado no domínio confrontou a versão final da tradução realizada com a versão original, introduzindo algumas melhorias e/ou alterações. Por fim, esta última versão foi analisada em grupo por investigadores na área do envelhecimento, psicologia do desenvolvimento adulto, vinculação e prestação de cuidados com o objectivo de gerar um consenso sobre as alterações introduzidas, de modo a obter-se a versão final da Escala em língua portuguesa.

Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados realizou-se segundo os princípios éticos propostos pela *Associação Americana de Psicologia* (American Psychological Association, 2002, 2010). Além disso, em termos específicos, o presente projecto de investigação foi aprovado pela Comissão Científica do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico

de Viana do Castelo. Após esta aprovação foram, então, aplicados os procedimentos de consentimento informado, tendo sido apresentados aos participantes os objectivos do estudo, uma breve descrição do mesmo, bem como a garantia de confidencialidade, privacidade e anonimato dos mesmos. Todas estas informações foram apresentadas em formato escrito num formulário denominado Consentimento Informado que, uma vez lido e analisado, foi assinado pelos participantes. A ordem dos instrumentos no protocolo não foi fixa, isto é, a sequência dos instrumentos no protocolo foi sendo alternada sistematicamente de modo a controlar o efeito de ordem, evitando deste modo que as respostas aos instrumentos fossem influenciadas pelo efeito da fadiga, impaciência/saturação ou falta de tempo dos participantes.

A recolha de dados realizou-se entre Março e Junho de 2012, mediante uma selecção intencional dos participantes, ou seja, foram desenvolvidos contactos informais pelos membros da equipa de investigação de modo a obter a amostra pretendida.

Todos os protocolos, sem excepção, foram auto-administrados, tendo-se obtido um total de 130 protocolos de investigação.

Procedimentos de análise de dados

De forma a avaliar a sensibilidade dos resultados procedeu-se à análise da distribuição das respostas dos participantes para todos os itens da Escala. A sensibilidade dos itens é aferida se todas as categorias de resposta estiverem representadas. Com o objectivo de examinar a validade de constructo foi conduzida uma análise factorial exploratória (AFE) a fim de testar a estrutura factorial da EAF. O método de extracção utilizado foi o de componentes principais, seguida de rotação *Varimax*. Considerando os princípios conceptuais da EAF, este tipo de rotação factorial é o mais adequado, uma vez que permite assegurar que os factores se mantêm independentes e não-correlacionados durante a rotação (Field, 2009). A selecção dos componentes principais foi conduzida através da aplicação do critério de Kaiser (1958), em que foram considerados os componentes principais com *eigenvalue* (valor-próprio) superior a 1. Adicionalmente, o critério utilizado para saturações significativas dos itens foi de $>.30$ (Straub, 1989). O teste de esfericidade de Bartlett e a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foram utilizados para aferição da adequação da amostra

para condução da análise factorial. Um valor significativo no teste de esfericidade de Bartlett, bem como um valor de KMO superior a .70 indicam a adequação da amostra para a análise factorial. Mais concretamente, de acordo com Field (2009), um valor de KMO menor ou igual a .50 é considerado inaceitável, um valor entre .50 e .70 medíocre, entre .70 e .80 bom, entre .80 e .90 óptimo e maior que .90 é considerado soberbo.

A fiabilidade da escala foi avaliada através da análise da consistência interna medida pelo *alfa de Cronbach* (α) e pela correlação corrigida item-total da escala (Field, 2009). No que se refere à consistência interna, valores do *alfa de Cronbach* inferiores a .60 são considerados inaceitáveis, entre .60 e .65 indesejáveis, entre .65 e .70 minimamente aceitáveis, entre .70 e .80 respeitáveis e entre .80 e .90 muito bons (DeVellis, 2011).

Em termos do cálculo da validade da EAF foram ainda calculadas correlações de Pearson entre as subescalas e a escala total da EAF e a medida selecionada para avaliar a validade discriminante (DeVellis, 2011). Neste caso, segundo Heppner, Kivlighan e Wampold (2008), a validade discriminante é assegurada caso forem encontradas correlações não significativas e/ou significativas de fraca magnitude ($r < .20$) entre as subescalas e o total da EAF e a Escala de Desejabilidade Social.

No que se refere ao estudo da relação entre a Ansiedade Filial e Vinculação foram primeiramente, conduzidos testes *t* de Student para amostras independentes, para averiguar se existiam diferenças quer nas médias das dimensões da vinculação avaliadas pela EVA, quer nas médias das subescalas e total da EAF, em função do género e de grupos de idade. Seguidamente foram conduzidas análises de variância (ANOVA *one way*) para examinar se existiam diferenças estatisticamente significativas quer ao nível das dimensões da vinculação avaliada pela EVA, quer ao nível das subescalas e total da EAF, em função da escolaridade dos participantes. Em caso de diferenças estatisticamente significativas, testes *post-hoc* foram conduzidos a fim de identificar as diferenças entre os grupos. O teste Tukey-Kramer foi utilizado para análise das diferenças *post-hoc* entre os grupos. Finalmente, foram realizadas correlação *Pearson* entre as subescalas e total da EAF e as subescalas da EVA. Todas as análises estatísticas foram conduzidas com recurso ao *software* estatístico IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS® - versão 20.0). Uma vez que a

normalidade da distribuição dos dados das variáveis consideradas se encontrou garantida, foram utilizados testes paramétricos para a condução das análises estatísticas.

Capítulo III

Apresentação dos resultados

Descrição dos resultados

Neste capítulo, apresentar-se-ão os resultados que se obtiveram neste estudo de investigação, sendo que num primeiro momento apresenta-se os resultados relativos ao estudo psicométrico da EAF, e num segundo momento os resultados relativos à relação entre vinculação e ansiedade filial.

Caracterização sociodemográfica dos participantes

Tal como é possível verificar na Tabela 1, participaram no estudo 130 indivíduos com idade média de 50.25 ($DP = 7.97$), em que 64,6% é do sexo feminino e 80% casada. Quanto à escolaridade, verifica-se que a maioria possui entre o 10º e o 12º ano (28,5%), seguido de 23,8% com licenciatura. No que se refere à prestação de cuidados, 50% dos participantes revela ter prestado cuidados a um familiar idoso no passado, no entanto, quando questionados sobre a prestação actual de cuidados com carácter regular e sistemático, 68,5% respondeu negativamente (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica dos participantes

		<i>N (130)</i>	<i>(%)</i>
Idade		<i>M = 50.25 (DP = 7.97)</i>	
Género	Masculino	46	35.4%
	Feminino	84	64.6%
	Total	130	100%
Estado Civil	Solteiro	8	6.2%
	Casado	104	80%
	União de facto	2	1.5%
	Divorciado	11	8.5%
	Viúvo	4	3.1%
	Total	129	99.2%

		<i>N (130)</i>	(%)
Escolaridade	Saber ler e/ou escrever	2	1.5%
	1-4 anos	8	6.2%
	5º-6ºano	17	13.1%
	7-9º ano	19	14.6%
	10-12º ano	37	28.5%
	Estudos universitários	31	23.8%
	Formação pós-graduada	14	10.8%
	Total	128	98.5%
Prestação de cuidados a um familiar idoso no passado	Sim	65	50%
	Não	64	49.2%
	Total	129	99.2%
Prestação de cuidados regulares e sistemáticos, no tempo presente	Sim	40	30.8%
	Não	89	68.5%
	Total	129	99.2%

Caracterização dos familiares idosos

Da totalidade dos participantes, 53% (Grupo A, $n = 69$) relataram ter apenas um familiar idoso, enquanto 47% (Grupo B, $n = 61$) afirmaram ter mais de um familiar idoso no momento de avaliação.

No Grupo A existiam 69 familiares idosos com uma idade média de 79.5 anos ($DP = 7.08$), variando entre os 65 e os 97 anos. Destes, 23.2% ($n = 16$) são do sexo masculino com a média de idade de 79.93 anos ($DP = 8.44$ anos), e 76.8% ($n = 53$) são do sexo feminino, apresentando uma média de idade 79.37 anos ($DP = 6.73$ anos). No que se refere ao grau de parentesco com o participante, 75.4% dos idosos ($n = 52$) são pai ou mãe, 11.6% sogra ou sogro ($n = 8$), 4.3% avô ou avó ($n = 3$), 8.5% ($n = 6$) tio/tia, irmã/irmão, cunhado/cunhada ou outro tipo de familiar.

No Grupo B cada participante afirmou ter, em média, 2.46 familiares idosos. A idade média dos familiares idosos é de 78.22 anos ($DP = 7.6$ anos), variando entre 60 e 98 anos. Relativamente ao género, 50% dos idosos ($n = 75$) são do sexo masculino. A média de idade dos idosos do sexo masculino é de 80.04 anos ($DP = 7.93$) e a dos idosos de sexo feminino de 76.41 anos ($DP = 7.24$). Ao nível do grau de parentesco

com o participante, 53.3% dos idosos ($n = 80$) são pai ou mãe, 34.7% sogro ou sogra ($N = 52$), e os restantes 12% tio/tia ($n = 9$), cunhada/cunhado ($n = 2$), avô/avó ($n = 1$), irmão/irmã ($n = 1$), ou outro tipo de familiar ($n = 3$).

Características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Ansiedade Filial

A análise da distribuição das frequências de resposta aos itens da EAF (Tabela 2) foi executada com o intuito de avaliar a sensibilidade dos itens. Esta análise demonstrou que as categorias de resposta estavam representadas em todos os itens, o que significa que cada item tem sensibilidade para diferenciar os participantes. A Tabela 2 apresenta os resultados da análise descritiva (média e desvio-padrão) de cada item da versão portuguesa da EAF.

Tabela 2

Análise das frequências dos itens na versão portuguesa da Escala de Ansiedade Filial (EAF)

Item	Escala de resposta					<i>M</i>	<i>DP</i>
	1	2	3	4	5		
1	53	23	28	14	12	2.31	1.34
2	19	21	39	23	28	3.16	1.33
3	12	16	27	40	35	3.53	1.26
4	27	20	26	34	23	3.05	1.40
5	32	33	35	15	15	2.60	1.29
6	22	25	26	28	29	3.14	1.41
7	54	38	20	10	8	2.01	1.20
8	11	16	19	38	46	3.70	1.30
9	3	9	12	44	62	4.18	1.02
10	4	6	21	37	62	4.13	1.05
11	8	13	16	39	54	3.91	1.22
12	8	18	23	35	46	3.71	1.25
13	18	23	35	28	26	3.17	1.32

Validade da Escala

De modo a examinar a replicabilidade do modelo de dois factores da versão original da EAF foi efectuada uma Análise Factorial Exploratória, com o método de extracção de Componentes Principais (ACP), seguida de rotação *Varimax*, procedimento este adoptado por Cicirelli (1988) aquando da construção da Escala original. O teste de esfericidade de Bartlett ($p < .001$), bem como a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (0.836), atestaram a factoriabilidade da matriz de correlações. Da ACP, foram identificados três factores com *eigenvalues* (valor-próprio) iguais ou superiores a 1, que, em conjunto, explicavam 65% da variância (Tabela 3).

Tabela 3

Distribuição factorial dos itens da versão portuguesa de EAF

Item	Factores		
	1	2	3
1. Se o meu familiar precisar de ajuda, não sei como serei capaz de lidar com a situação.			.77
2. Quero ajudar o meu familiar, mas preocupo-me com o que poderá acontecer na minha vida.		.70	.33
3. Receio que o meu familiar necessite de mais ajuda do que aquela que eu posso dar.		.77	
4. Preocupo-me com o facto de me poder “ir abaixo” se o meu familiar precisar de muita ajuda.		.81	
5. Receio que ajudar o meu familiar esgote todos os meus recursos.		.68	.45
6. Preocupo-me com o momento em que terei que ajudar o meu familiar.	.38		.70
7. Não sei o que farei se o meu familiar pedir a minha ajuda.		.32	.80
8. Sinto-me desconfortável em estar afastado do meu familiar por muito tempo, agora que ele está a envelhecer.	.71		
9. Preocupo-me com o que poderá acontecer ao meu familiar no futuro.	.76		

Item	Factores		
	1	2	3
10. Sinto que devo estar em contacto próximo com o meu familiar para ter a certeza de que nada está mal.	.81		
11. Perturba-me pensar na possibilidade do meu familiar ficar em situação de necessidade na velhice.	.76		
12. Sinto uma preocupação constante relativamente ao meu familiar.	.81		
13. Nem consigo encarar a ideia do meu familiar ficar doente por um longo período de tempo.	.41	.56	
Valor próprio	5.11	2.36	1.00
% Variância	39.3	18.2	7.7

Considerando, por um lado, a estrutura bifactorial da versão original, por outro o facto de os três itens que saturam no terceiro factor pertencerem ao mesmo factor na escala original (factor 1) e, por outro lado ainda, o valor-próprio do terceiro factor (1.00) não ser superior ao recomendado pelo critério de Kaiser (1958) para a selecção dos componentes principais, procedeu-se à condução de uma nova ACP, seguida de rotação *Varimax*, forçada a dois factores. Os factores extraídos na ACP forçada de dois factores explicaram 57% da variância. A Tabela 4 apresenta os itens distribuídos pelos dois factores, de acordo com os resultados da versão original e os resultados obtidos na população portuguesa.

Tabela 4

Distribuição factorial dos itens da versão original da EAF (Cicirelli, 1988) e da versão portuguesa forçada a dois factores

	Versão original		Versão Portuguesa	
	Factores		Factores	
	1	2	1	2
1. Se o meu familiar precisar de ajuda, não sei como serei capaz de lidar com a situação.	.76		.72	
2. Quero ajudar o meu familiar, mas preocupo-me com o que poderá acontecer na minha vida.	.56		.74	
3. Receio que o meu familiar necessite de mais ajuda do que aquela que eu posso dar.	.84		.68	
4. Preocupo-me com o facto de me poder "ir abaixo" se o meu familiar precisar de muita ajuda.	.79		.69	
5. Receio que ajudar o meu familiar esgote todos os meus recursos.	.81		.80	
6. Preocupo-me com o momento em que terei que ajudar o meu familiar.	.77		.60	.33
7. Não sei o que farei se o meu familiar pedir a minha ajuda.	.77		.78	
8. Sinto-me desconfortável em estar afastado do meu familiar por muito tempo, agora que ele está a envelhecer.		.79		.69
9. Preocupo-me com o que poderá acontecer ao meu familiar no futuro.		.69		.77
10. Sinto que devo estar em contacto próximo com o meu familiar para ter a certeza de que nada está mal.		.72		.84
11. Perturba-me pensar na possibilidade do meu familiar ficar em situação de necessidade na velhice.		.66		.78
12. Sinto uma preocupação constante relativamente ao meu familiar.		.56		.79
13. Nem consigo encarar a ideia do meu familiar ficar doente por um longo período de tempo.		.62	.45	.47
Valor próprio	> 1		-	-
% Variância	55%		39.2	18.2

Tal como se pode verificar na Tabela 4, a distribuição factorial dos itens da versão portuguesa corresponde à distribuição encontrada na versão original. Por conseguinte, o Factor 1 integrou os primeiros 7 itens e foi denominada por Ansiedade Filial A, mantendo-se, assim, a designação adoptada pelo autor da escala original. Por sua vez, o Factor 2 agrupou os últimos 6 itens e foi denominado por Ansiedade Filial B, em concordância com a designação original. Verificou-se, no entanto, que dois itens (6 e 13) apresentavam saturações iguais ou superiores a .30 em ambos os factores. Neste sentido, optou-se pela sua inclusão no factor no qual apresentava maior valor de saturação. Adicionalmente, para o item 13, devido aos valores de saturação semelhantes em ambos os factores, optou-se pela sua inclusão no factor de pertença na versão original. Assim, de acordo com Cicirelli (1988), o conteúdo dos itens da subescala Ansiedade Filial A reflectem a ansiedade do filho adulto relativamente às suas capacidades pessoais para desempenhar o papel de cuidador dos pais, enquanto os itens da subescala Ansiedade Filial B avaliam a ansiedade do filho adulto sobre o bem-estar dos pais em processo de envelhecimento.

Os valores totais médios para subescala de Ansiedade Filial A foram de 19.9 ($DP = 6.7$), para subescala de Ansiedade Filial B de 22.8 ($DP = 5.3$) e para o total da Escala de Ansiedade Filial de 42.6 ($DP = 10.2$). Estes valores médios parecem não diferir qualitativamente daqueles obtidos pela versão original quer para a subescala de Ansiedade Filial A ($M = 16.8$, $DP = 4.9$), quer para a subescala de Ansiedade Filial B ($M = 20.0$, $DP = 4.2$) (Cicirelli, 1988). Adicionalmente, a correlação de Pearson entre as duas subescalas foi de .42 ($p < .001$) na versão portuguesa (Tabela 5), o que parece sugerir que as duas subescalas são suficientemente independentes, constituindo-se, dessa forma, como duas dimensões separadas.

Tal como hipotetizado, foram encontradas correlações não significativas entre a Escala de Desejabilidade Social – versão reduzida e a subescala de Ansiedade Filial A e Total da Escala da Ansiedade Filial. Foi encontrada, igualmente, uma correlação positiva, significativa, porém de magnitude fraca, entre a Escala de Desejabilidade Social – Versão Reduzida (MDS-R) e a subescala de Ansiedade Filial B (Tabela 5).

Tabela 5

Correlações de Pearson entre a Ansiedade Filial (A, B e Total) e a Medida de Desejabilidade Social

	1.	2.	3.	4.
1. Subescala Ansiedade Filial A	–			
2. Subescala Ansiedade Filial B	.42**	–		
3. Escala de Ansiedade Filial (Total)	.88**	.80**	–	
4. MDS-R	-.06	.18*	.06	–

* $p < .05$. ** $p < .001$.

Fidelidade da Escala

A análise da consistência interna da versão portuguesa da EAF avaliada através do cálculo do *alpha de Cronbach* mostrou valores de .86 para a subescala de Ansiedade Filial A e o .84 para a subescala de Ansiedade Filial B. Quanto ao total da Escala, o valor de consistência interna encontrado foi excelente ($\alpha = .87$). Os valores de consistência interna da Escala original e da Escala na sua versão portuguesa são descritos na Tabela 6.

Tabela 6

Valores de consistência interna do total EAF e das subescalas Ansiedade Filial A e B na versão original (Cicirelli, 1988) e na versão portuguesa

Subescalas	<i>Alpha</i> de Cronbach (versão original)	<i>Alpha</i> de Cronbach (versão portuguesa)
Ansiedade Filial A	.88	.86
Ansiedade Filial B	.77	.84
Ansiedade Filial (Total)	--	.87

A análise de consistência interna demonstrou que as subescalas de Ansiedade Filial A e B evidenciavam níveis bastante satisfatórios de homogeneidade, com valores próximos (subescala Ansiedade Filial A) ou superiores (subescala de Ansiedade Filial B) aos encontrados na Escala original. Tal como pode ser analisado na Tabela 7, apenas na subescala de Ansiedade Filial B, a eliminação do item 13 aumentaria muito residualmente o valor de consistência interna. Por outro lado, na subescala de Ansiedade Filial A, a eliminação de qualquer item diminuiria os valores de consistência

interna. Na Tabela 7, são apresentados os valores de correlação corrigida de cada item com o total da sua respectiva subescala.

Tabela 7

Correlações dos itens das subescalas e alfa com a retirada de cada item das Subescala de Ansiedade Filial A e B

Subescala	Item	Correlação corrigida do item com o total	Alpha de Cronbach da escala com a eliminação do item
Ansiedade Filial A ($\alpha = .86$)	1	.53	.84
	2	.64	.83
	3	.60	.84
	4	.63	.83
	5	.74	.82
	6	.56	.84
	7	.63	.83
Ansiedade Filial B ($\alpha = .84$)	8	.57	.83
	9	.62	.82
	10	.68	.81
	11	.74	.79
	12	.68	.80
	13	.47	.85

Vinculação e ansiedade filial

Vinculação e variáveis sociodemográficas

Os valores médios dos participantes nas três dimensões da vinculação avaliadas pela EVA encontram-se descritos na Tabela 8. Não foram encontradas diferenças ao nível da vinculação ansiosa, vinculação segura e vinculação evitante em função do género e do grupo etário dos participantes (Tabelas 8 e 9).

Tabela 8

Médias, Desvios-padrão e Testes t para as Dimensões da Vinculação em Função do Género

Variável	Total da amostra (<i>N</i> = 129)		Gênero				<i>t</i> (127)
			Feminino (<i>n</i> = 84)		Masculino (<i>n</i> = 45)		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Vinculação ansiosa	2.2	.92	2.23	1.05	2.07	.60	.95
Vinculação segura	3.6	.55	3.65	.52	3.48	.59	1.72
Vinculação evitante	2.5	.84	2.54	.95	2.37	.57	1.10

Tabela 9

Médias, Desvios-padrão e Testes t para as Dimensões da Vinculação em Função dos Grupos de Idade

Variável	Grupos de idade				t(127)
	Grupo 1		Grupo 2		
	(35-50 anos)		(51-64 anos)		
	(n = 61)		(n = 68)		
	M	DP	M	DP	
Vinculação ansiosa	2.19	1.01	2.16	.83	.21
Vinculação segura	3.66	.51	3.54	.58	1.26
Vinculação evitante	2.55	1.06	2.4	.57	.84

Com o objectivo de examinar as diferenças nas dimensões da vinculação avaliadas pela EVA em função da escolaridade dos participantes, foram conduzidas três testes ANOVA. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões ansiosa, segura e evitante da vinculação em função da escolaridade (Tabela 10).

Tabela 10.

Médias, Desvios-padrão e Testes ANOVA para as Dimensões da Vinculação em Função da Escolaridade

Variável	Escolaridade								F (3, 127)
	≤ 6º ano		7-9º ano		10-12º ano		Estudos universitários		
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Vinculação ansiosa	2.50	1.29	1.99	0.69	2.11	0.63	2.14	0.93	1.41
Vinculação segura	3.71	0.51	3.73	0.59	3.50	0.61	3.55	0.51	1.08
Vinculação evitante	2.60	0.54	2.66	0.63	2.38	0.61	2.41	1.15	.73

Ansiedade filial e variáveis sociodemográficas

Considerando o género foram encontradas diferenças marginalmente significativas em homens e mulheres ao nível da subescala Ansiedade Filial B e da Escala de Ansiedade Filial (total), sendo que, as mulheres apresentaram níveis marginalmente superiores de ansiedade filial face ao bem-estar dos pais (Ansiedade Filial B) e níveis globais superiores de ansiedade filial. As médias e desvios-padrão obtidos pelos participantes em função do género nas subescalas e total da EAF, bem como os resultados dos teste-*t* estão descritos na Tabela 11.

Em relação à idade não foram encontradas diferenças significativas entre os participantes do grupo entre os 35 e os 50 anos e os participantes do grupo entre os 51 e os 64 anos ao nível das subescalas da EAF e da EAF total (Tabela 12). De igual forma, a idade não se encontrou significativamente correlacionada com subescala de Ansiedade Filial A, subescala de Ansiedade Filial B e EAF Total (todos $p = ns$).

Tabela 11

Médias, Desvios-padrão e Testes t para a EAF (A, B e Total) em Função do Género

Variável	Género				t(128)
	Feminino		Masculino		
	(n = 84)		(n = 46)		
	M	DP	M	DP	
Ansiedade Filial A	20.4	6.92	18.9	6.42	1.27
Ansiedade Filial B	23.5	5.20	21.6	5.52	1.91 [†]
Escala de Ansiedade Filial (Total)	43.9	10.5	40.5	9.43	1.85 [†]

Nota. [†] $p < .10$.

Tabela 12

Médias, Desvios-padrão e Testes t para a EAF (A, B e Total) em Função dos Grupos de Idade

Variável	Grupos de idade				<i>t</i> (128)
	Grupo 1		Grupo 2		
	(35-50 anos)		(51-64 anos)		
	(n = 61)		(n = 69)		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Ansiedade Filial A	20.4	6.7	19.4	6.8	.89
Ansiedade Filial B	22.4	5.0	23.1	5.7	-.70
Escala de Ansiedade Filial (Total)	42.9	10.2	42.5	10.3	.22

Com o objectivo de examinar as diferenças na Escala de Ansiedade Filial (A, B e Total) em função da escolaridade dos participantes, foram conduzidas três testes ANOVA. Para a subescala de Ansiedade Filial A, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando considerada a escolaridade dos participantes, $F(3, 127) = 8.03$, $p < .001$ (Figura 2, Painel A). O teste post-hoc Tukey-Kramer revelou que os participantes com estudos universitários exibiram valores significativamente mais baixos nesta escala que os participantes dos restantes grupos. Em relação aos outros três grupos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre si. Para a subescala de Ansiedade Filial B, o teste ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas em função da escolaridade, $F(3, 127) = 2.71$, $p < .05$ (Figura 2B). O teste post-hoc Tukey-Kramer evidenciou que os participantes com estudos universitários se diferenciavam significativamente dos participantes com escolaridade entre o 7º e o 9º ano. Não foram encontradas diferenças significativas entre os restantes grupos.

Finalmente, foram identificadas diferenças significativas na Escala de Ansiedade Filial Total em função dos grupos de escolaridade considerados, $F(3, 127) = 7.19$, $p < .001$ (Figura 2C). Mais concretamente, de acordo com o teste post-hoc Tukey-Kramer, os participantes com estudos universitários mostraram valores significativamente inferiores de ansiedade filial total do que os participantes de todos os restantes grupos. O teste post-hoc não revelou nenhuma outra diferença estatisticamente significativa entre os grupos em análise.

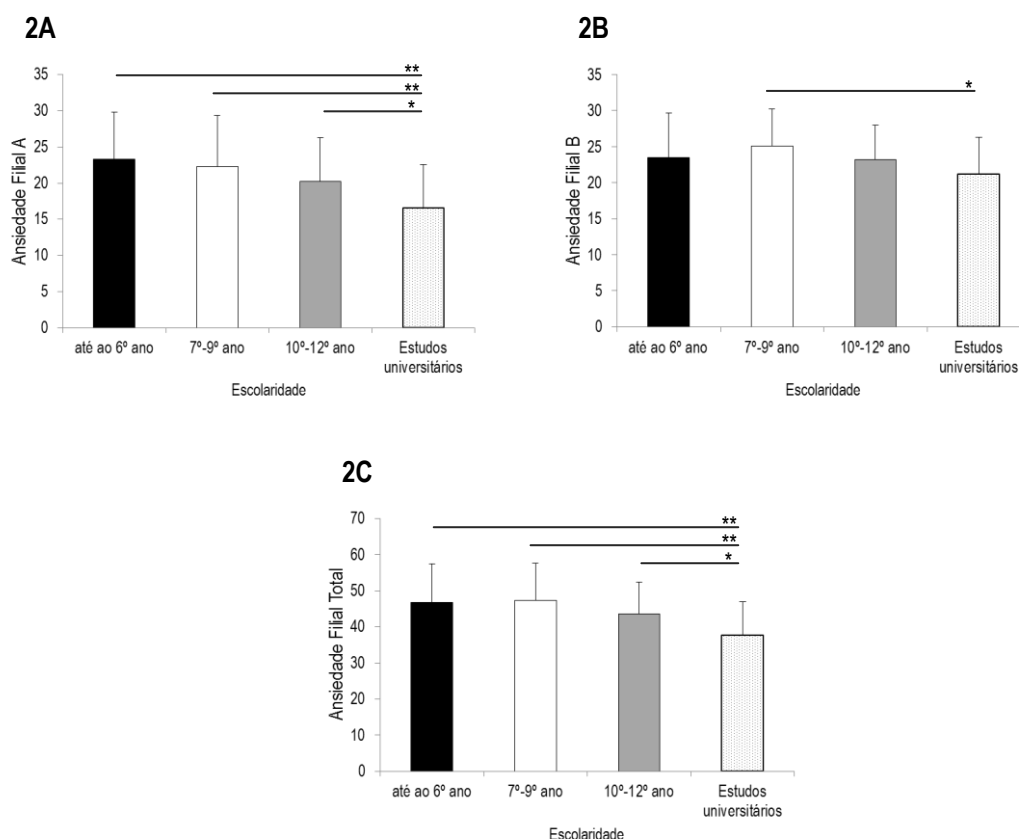


Figura 2. Diferenças na Subescala de Ansiedade Filial A, Subescala de Ansiedade Filial B e Escala de Ansiedade Filial Total em função da escolaridade dos participantes.
Nota. $N = 128$ ($n = 27$ até ao 6º ano; $n = 19$ entre 7º-9º ano; $n = 37$ entre 10-12º anos; $n = 45$ estudos universitários).

* $p < .05$. ** $p < .001$.

Vinculação e ansiedade filial

Com base na teoria da vinculação e nos resultados encontrados por Cicirelli (1988), seria esperado que a ansiedade filial face às capacidades pessoais para prestar cuidados aos pais (subescala Ansiedade Filial A) e face ao bem-estar dos pais em processo de envelhecimento (subescala Ansiedade Filial B) estariam significativamente associadas à vinculação ansiosa.

Como pode ser observado na Tabela 13, a dimensão da vinculação ansiosa mostrou uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a subescala Ansiedade Filial A e com Escala de Ansiedade Filial Total, mas não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a subescala de Ansiedade Filial B e esta dimensão da vinculação. Por seu lado, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as Escalas de Ansiedade Filial (A, B e Total) e a

dimensão de vinculação segura. Finalmente, as correlações de Pearson demonstraram que a dimensão da vinculação evitante estava associada à subescala de Ansiedade Filial A e o total da Escala, no entanto, não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre esta dimensão e a subescala de Ansiedade Filial B.

Tabela 13

Correlações de Pearson entre a EAF (A, B e Total) e as Dimensões da Vinculação (Ansiosa, Segura e Evitante)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Ansiedade Filial A	–					
2. Ansiedade Filial B	.42**	–				
3. Escala de Ansiedade Filial (Total)	.88**	.80**	–			
4. Vinculação ansiosa	.29**	.17	.28**	–		
5. Vinculação segura	.15	.14	.17	-.09	–	
6. Vinculação evitante	.22*	.07	.18*	.37**	-.06	–

Nota. * $p < .05$. ** $p < .001$.

Em síntese, os resultados apresentados revelam bons indicadores psicométricos da EAF, assim como associação significativa entre ansiedade filial e vinculação.

Capitulo IV

Discussão dos resultados & Conclusão

Discussão dos resultados

No presente capítulo procedemos à discussão dos resultados do estudo, procurando analisar e contrastar os resultados que nos parecem mais relevantes quer com o quadro teórico subjacente, quer com os resultados da investigação no domínio a nível internacional ou nacional. A discussão dos resultados encontra-se estruturada tendo em conta o objectivo de investigação enunciado, considerando as limitações subjacentes ao mesmo, assim como as implicações decorrentes dos resultados obtidos para a investigação e intervenção no domínio da gerontologia social. Finalizaremos o capítulo com considerações finais, onde procuramos reflectir sobre o trabalho desenvolvido no âmbito da presente dissertação, situado no quadro conceptual e metodológico adequado

Globalmente, importa salientar que a tradução e avaliação das características psicométricas da EAF apresentaram resultados similares aos do trabalho original desenvolvido por Cicirelli (1988). Ao mesmo tempo e, como seria esperado, a vinculação não se encontra associada as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, género, idade e escolaridade. Já a ansiedade filial encontra-se significativamente associada ao género e à escolaridade, sendo que o género feminino e pessoas com baixa escolaridade são os que apresentam níveis mais elevados de ansiedade filial. Já no que se refere à relação entre vinculação e ansiedade filial, os nossos resultados sugerem a existência de uma associação significativa positiva entre a vinculação insegura e ansiedade filial.

A ansiedade filial é definida como um estado de preocupação antecipada que os filhos adultos podem evidenciar relativamente (1) à sua capacidade para responder adequadamente às necessidades de cuidados aos pais envelhecidos e relativamente (2) ao declínio e morte dos pais. O conceito de ansiedade filial pode, segundo Cicirelli (1988) ser compreendido à luz da teoria da vinculação. Sendo a vinculação uma ligação afectiva ou emocional de carácter recíproco entre duas pessoas e que tem implicações relevantes na capacidade individual de desenvolvimento e adaptação ao longo do ciclo de vida (Bowlby, 1980), teóricos e investigadores da teoria da vinculação têm reunido evidências que apontam para a relação entre a qualidade da vinculação e a capacidade de auto-regulação emocional e de relacionamento interpessoal da pessoa. Neste

contexto, Cicirelli (1988) propõe que os filhos adultos, na relação familiar pais-filhos, desenvolvem um sentimento de protecção que lhes permite desencadear medidas/comportamentos que evitem ou adiem a perda de figuras de vinculação relevantes (pais). Assim, a qualidade da vinculação pode ser um elemento fundamental na preparação para e na prestação efectiva de cuidados visto que está associada a formas ou modos específicos para lidar com acontecimentos *stressantes* como os que se encontram associados a esta tarefa desenvolvimental da meia-idade.

Neste contexto, e como já tivemos oportunidade de salientar previamente, a principal finalidade deste estudo centra-se na tradução e avaliação das características psicométricas da versão portuguesa da *Filial Anxiety Scale* (Cicirelli,1988) e no estudo da relação entre os dois construtos – vinculação e ansiedade filial.

Considerando os resultados obtidos no âmbito da validação da versão portuguesa da *Filial Anxiety Scale* (Cicirelli,1988), importa salientar a sensibilidade de todos os itens que compõe a Escala verificada pela distribuição das frequências de resposta em todas as categorias de resposta dos 13 itens. Ou seja, todos os pontos da escala de resposta de todos os itens foram assinalados pelos participantes no estudo o que sugere que cada item revelou sensibilidade para diferenciar os participantes.

Uma vez que o nosso estudo com a população portuguesa procurou replicar o estudo inicialmente realizado por Cicirelli em 1988, foram utilizados critérios similares de inclusão/exclusão dos participantes, no entanto, a amostra utilizada foi significativamente maior devido, por uma lado à extensão do Protocolo de Recolha de Dados, e por outro às exigências metodológicas decorrentes do tipo e natureza de análises estatísticas a efectuar (Gudmundsson, 2009).

Os resultados relativos à avaliação da estrutura factorial da Escala parecem-nos bastante satisfatórios, quer pelos valores de saturação obtidos, quer por ter sido encontrada uma solução similar à encontrada na versão original do instrumento. Contudo importa analisar um aspecto que nos parece relevante. A solução inicialmente encontrada era distinta da versão original uma vez que foram identificados três factores com *eigenvalues* iguais ou superiores a um, que explicavam 65% da variância. Assim, no nosso estudo verificou-se que três itens (1, 6 e 7) saturaram num terceiro factor. Analisando estes itens é possível verificar que os itens

1 ('Se o meu familiar precisar de ajuda, não sei como serei capaz de lidar com a situação'), 6 ('Preocupo-me com o momento em que terei que ajudar o meu familiar') e 7 ('Não sei o que farei se o meu familiar pedir a minha ajuda') referem-se à situação concreta de proporcionar ajuda ao familiar idoso. Ou seja, ao modo como a pessoa se posiciona face à necessidade de proporcionar ajuda. O que estes resultados podem sugerir é que muito provavelmente na realidade portuguesa a questão efectiva de proporcionar ajuda e/ou cuidados representa uma fonte relevante de preocupação ou ansiedade, razão pela qual estes três itens aparecem associados de modo consistente, originando um novo factor. A este propósito parece-nos relevante referir os resultados que Myers e Cavanaugh (1995) obtiveram num estudo de validação da Escala de Ansiedade Filial. Assim, estes autores ao utilizarem uma amostra constituída por participantes norte-americanos, com uma média de idades de 18.7 encontraram também uma estrutura factorial de três factores. A explicação avançada pelos autores remete-nos para o principal objectivo da Escala. É provável que os jovens adultos ainda não tenham desenvolvido a capacidade para pensar e considerar a prestação de cuidados aos pais como uma tarefa a ser assumida por si, aspecto reforçado pelo facto de estes ainda não evidenciarem qualquer sinal de declínio, razões pelas quais, muito provavelmente, os 13 itens se organizaram em três factores. Contudo, como foi nosso interesse proceder à replicação dos trabalhos originais de Cicirelli (1988) e considerando: a) a estrutura de dois factores da versão original; b) os três itens que saturavam no terceiro factor pertenciam, na Escala original, ao factor um, e c) o *eigenvalue* (valor-próprio) do terceiro factor (1.00) não ser superior ao valor recomendado pelo critério de Kaiser (1958) para a selecção dos componentes principais – realizou-se uma nova ACP, seguida de rotação *varimax*, forçada a dois factores. Esta nova distribuição factorial (com dois factores) explica 57% da variância (resultado mais próximo de Cicirelli, 1988) e é idêntica à distribuição factorial da versão original. Assim, tal como na versão original, o Factor 1 denomina-se por Ansiedade Filial A e engloba os primeiros sete itens que reflectem a ansiedade do filho adulto relativamente às suas capacidades pessoais para desempenhar o papel de cuidador. O Factor 2, composto pelos últimos seis itens, designa-se de Ansiedade Filial B e refere-se à ansiedade sentida pelo filho adulto relativamente ao bem-estar dos pais em processo de envelhecimento e potencial perda. Contudo, na versão

portuguesa encontrámos dois itens (6 e 13) que apresentaram saturações iguais ou superiores a .30 nos dois factores, tendo-se optado por incluir o item no factor em que apresentava o valor de saturação mais elevado, o que se verificou estar de acordo com a versão original de Cicirelli (1988). Analisando o item 6 ('Preocupo-me com o momento em que terei que ajudar o meu familiar.') e o item 13 ('Nem consigo encarar a ideia do meu familiar ficar doente por um longo período de tempo.') é possível que estes tenham saturado nos dois factores devido a questões linguísticas e culturais. Assim, em estudos futuros, deverá ter-se em consideração uma revisão da tradução, em particular, destes dois itens, atendendo à realidade cultural e sociolinguística da população portuguesa.

Ainda no âmbito da validação da Escala para a população portuguesa verifica-se que os resultados médios para a subescala de Ansiedade Filial A foram de 19.9 (DP = 6.7) e para a subescala de Ansiedade Filial B de 22.8 (DP = 5.3). Apesar de os resultados obtidos na versão original não se revelarem muito distintos, são, no entanto, ligeiramente inferiores, assim na versão original a subescala de Ansiedade Filial A apresentou um valor médio de 16.8 (DP = 4.9) e a subescala de Ansiedade Filial B de 20.0 (DP = 4.2) (Cicirelli, 1988). Ou seja, na população portuguesa o constructo parece apresentar um comportamento ligeiramente distinto, com níveis mais elevados de Ansiedade Filial A e B comparativamente à população americana utilizada no estudo original. Este facto pode dever-se ao aumento exponencial da esperança média de vida e ao aumento do índice de envelhecimento que se tem verificado nas últimas décadas, o que obriga a pessoa, enquanto adulto de meia-idade, a considerar e repensar a prestação de cuidados numa outra perspectiva, nomeadamente com um carácter de maior extensão no tempo e consequentes exigências em termos pessoais e materiais, aumentando assim a ansiedade face a este processo. Além disso, também questões culturais podem contribuir para este aspecto. Muito provavelmente os valores e expectativas sócio-culturais característicos da sociedade portuguesa colocam uma maior exigência sobre os filhos adultos face à sua responsabilidade para assumir a prestação de cuidados aos pais envelhecidos, ao contrário do que acontece na cultura americana tipicamente descrita como mais individualista, competitiva e orientada para a realização profissional (Bengtson, Gans, Putney, & Silverstein, 2009). Já a cultura portuguesa claramente enraizada em valores culturais latinos aparece como mais

propensa a assumir o cuidado pelos seus familiares mais velhos, aspecto que é corroborado pela investigação que tem reunido evidências que demonstram que casais adultos afro-americanos e latinos têm consistentemente mais probabilidade de proporcionar ajuda aos seus familiares envelhecidos (Wilson, Shuey & Elder, 2003)

Um aspecto que nos parece relevante decorre das correlações positivas entre as duas subescalas (.42, $p < .001$) encontradas, valor idêntico (.32, $p < .05$) ao encontrado na versão original (Cicirelli, 1988). Estes resultados indicam que as duas subescalas são suficientemente independentes, representando assim duas dimensões distintas e independentes, o que significa que podem ser usadas independentemente e reforçando, assim, a natureza multidimensional do construto ansiedade filial.

Os resultados relativos à relação entre a Escala de Ansiedade Filial e a Escala de Desejabilidade Social – Versão Reduzida (Carvalho, 2007; Versão Portuguesa da *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*, Ballard, 1992) são também relevantes na medida em que sugerem que se tratam de dois constructos distintos e independentes, reforçando a validade externa da Escala. Assim, a Escala de Desejabilidade Social Marlowe-Crowne – Versão Reduzida avalia a desejabilidade social enquanto construto único, conceptualizado como uma necessidade de aprovação social. A este propósito parece-nos útil destacar os resultados do estudo conduzido por Murray e colaboradores (1996) em que também a Escala de Desejabilidade Social – Versão Reduzida foi utilizada para testar a validade discriminante da Escala de Ansiedade Filial. Estes autores encontraram ausência de correlação entre a subescala B da Escala de Ansiedade Filial e a Escala de Desabilidade Social e uma correlação negativa entre a subescala A e a Escala de Desabilidade Social. Ou seja, quanto maior é a ansiedade do filho adulto no que se refere à capacidade para assumir o papel de cuidador (Ansiedade Filial A), menor é a preocupação com a aprovação social, e do mesmo modo, a preocupação relativa à aprovação social não estava relacionada com a ansiedade que o filho adulto sentia face ao aumento da fragilidade do pai envelhecido (Ansiedade Filial B).

Os resultados relativos à fiabilidade da Escala são muito adequados, assim o *alpha de Cronbach* para a subescala de Ansiedade Filial A é de .86, .84 para a subescala de Ansiedade Filial B e .87 para a Escala global. Estes valores permitem-nos verificar que ambas as subescalas apresentavam níveis bastante satisfatórios de

homogeneidade, com valores semelhantes aos obtidos na versão original, e neste sentido podemos afirmar que a EAF se constitui como um instrumento adequado para avaliação da ansiedade filial em adultos portugueses. Também Murray e colaboradores (1996) no seu estudo de validação da *Filial Anxiety Scale* obtiveram valores de fiabilidade semelhantes, especificamente para a subescala de Ansiedade Filial A obtiveram um *alpha de Cronbach* de .86 e para a subescala de Ansiedade Filial B de .78.

Globalmente, parece-nos que podemos assumir que a EAF foi validada com sucesso para a população portuguesa, sendo que as diferenças encontradas no comportamento psicométrico podem dever-se a questões espaço-temporais e culturais diferenciadoras da realidade dos Estados Unidos da América e Portugal.

Passaremos agora a discutir primeiramente a relação entre vinculação e ansiedade filial, analisando especificamente os resultados de cada variável em função de variáveis sociodemográficas e os valores de correlação encontrados entre vinculação e ansiedade filial.

No que se refere aos estilos de vinculação, importa desde já destacar que os valores médios encontrados no nosso estudo são similares a outros encontrados em estudos nacionais e internacionais com população não clínica ou de baixo risco, com o estilo seguro a apresentar o valor médio mais elevado, seguido do estilo evitante e finalmente do estilo ansioso (e.g., Faria, 2008; Bernier, Larose & Boivin, 2007; Soares & Dias, 2007; Spangler & Zimmermann, 1999; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Além disso, também não foram encontradas diferenças significativas nos estilos de vinculação em função do género, idade e escolaridade à semelhança do que se tem verificado em estudos nacionais e internacionais no domínio (e.g., Faria, 2008; Spangler & Zimmermann, 1999; Moreira et al., 1998), de tal forma que actualmente é assumido no âmbito de teóricos e investigadores no domínio da vinculação que a distribuição do estilo da vinculação é independente de variáveis sociodemográficas.

Os resultados relativos à associação entre ansiedade filial e as variáveis sociodemográficas sugerem que existem diferenças significativas entre os homens e as mulheres no que diz respeito à Ansiedade Filial (B e Total), com as mulheres a apresentar níveis de ansiedade filial superior aos homens. Estes resultados são

consistentes com outros encontrados em estudos desenvolvidos no domínio, nomeadamente no estudo de Laditka e Pappas-Rogich (2001) em que o género feminino apresentou um nível superior de ansiedade filial comparativamente ao género masculino. Tal como Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) argumentam são as mulheres as principais cuidadoras na família, devido essencialmente a questões históricas e culturais, logo é espectável que a mulher demonstre mais preocupação com o processo de envelhecimento dos que lhe são próximos e que antecipe maiores exigências a este nível. Outra explicação possível para esta diferença de género pode dever-se ao actual estatuto social da mulher. Ou seja, actualmente, e apesar de a mulher continuar a ser a principal cuidadora, passou também a assumir muitos outros papéis de vida, nomeadamente a nível profissional, logo é possível que a antecipação da necessidade de assegurar cuidados aos familiares envelhecidos seja percebida pela mulher como um fonte de preocupação face à possível interferência desta nova tarefa e papel nos seus restantes papéis de vida, nomeadamente no papel de mulher, mãe e profissional entre outros. Este tipo de preocupação acrescida muito provavelmente não se coloca de forma tão acentuada nos homens, pois o seu estatuto social tem-se mantido muito similar ao longo dos anos e a probabilidade de ter de assumir o papel de cuidador principal dos seus familiares idosos é muito menor comparativamente à mulher.

A ausência de diferenças significativas entre ansiedade filial e idade encontradas no nosso estudo não nos surpreendeu, uma vez que todos os participantes se situam na meia-idade. Estes resultados vão de encontro à conceptualização no domínio, especificamente no âmbito da maturidade e a responsabilidade filial. Assim, os teóricos no domínio propõem que é na meia-idade que os indivíduos estão capazes para voluntariamente proporcionar ajuda e suporte aos pais idosos, motivados por afetos positivos, sem no entanto deixarem de perspectivarem os pais como pessoas independentes com vontades, interesses e idiossincrasias específicas. Quando tal ocorre considera-se que os adultos de meia-idade desenvolveram uma competência desenvolvimental específica da meia-idade – a maturidade filial. Logo estando todos os nossos participantes na meia-idade, e apesar de não termos avaliados directamente maturidade filial, podemos assumir que do ponto de vista desenvolvimental não seria espectável encontrar diferenças em termos da ansiedade filial, assumida como o

reverso da medalha da maturidade e responsabilidade filial. Já no estudo desenvolvido por Myers e Cavanaugh (1995) em que foi utilizada uma amostra que integra também jovens adultos verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre jovens e adultos de meia-idade, com estes últimos a apresentar níveis mais elevados de ansiedade filial nas subescalas A e B e no valor total da escala.

Por fim, as diferenças significativas encontradas na ansiedade filial em função da escolaridade dos participantes são também similares com os resultados prévios dos estudos neste domínio. Assim, os participantes com escolaridade ao nível da formação superior apresentam níveis inferiores de ansiedade face à sua capacidade para prestar cuidados e face ao declínio e perda dos pais comparativamente a participantes com níveis de escolaridade inferiores. Estes resultados reforçam a leitura de Cicirelli (1988) a este respeito, no sentido em que o autor propõe que níveis superiores de escolaridade constituem-se como recursos facilitadores da capacidade de os adultos assumirem o seu papel de cuidadores, experienciando consequentemente sentimentos menos intensos de ansiedade filial. Ou seja, adultos de meia-idade com níveis educativos superiores estarão muito provavelmente em condições mais favoráveis de desempenhar actividades profissionais mais diferenciadas com salários acima da média, o que pode constituir um recurso facilitador para assumir a tarefa de cuidador. Cuidar de um familiar envelhecido representa frequentemente uma sobrecarga financeira (Sousa et al., 2006) logo pessoas com actividades profissionais melhor remuneradas poderão sentir-se em melhores condições para enfrentar as exigências associadas a esta nova tarefa. Por outro lado, pensamos que mais escolaridade pode também significar maior domínio sobre competências cognitivas essenciais para a procura, processamento e análise de informação por exemplo, que é essencial quando a pessoa se vê confrontada com necessidade de cuidar de um familiar envelhecido, bem como para compreender o próprio processo de envelhecimento dos familiares idosos. Ou seja, estes adultos podem ter mais ferramentas cognitivas para antecipar e lidar de forma mais adequada e assertiva com o declínio e as perdas dos familiares idosos. Neste sentido, também estes aspectos podem estar a contribuir para a diferença encontrada na ansiedade filial ao nível da escolaridade.

Considerando, agora, a relação entre a vinculação e a ansiedade filial, o nosso estudo permitiu identificar três resultados relevantes, nomeadamente: (i) correlação positiva entre a vinculação insegura e a ansiedade filial (subescala A e total), (ii) ausência de correlação entre vinculação e a subescala de Ansiedade Filial B e (iii) uma ausência de correlação entre a vinculação segura e a EAF.

Um dos aspectos mais relevantes no âmbito da relação entre vinculação e ansiedade filial é a associação positiva encontrada entre insegurança da vinculação e níveis elevados de ansiedade filial A e ansiedade filial total. Revendo a relação entre vinculação ansiosa e prestação de cuidados, a revisão da literatura neste domínio sugere que indivíduos com este tipo de vinculação lidam de uma forma pobre com a prestação de cuidados, isto é, possuem poucos recursos internos e externos para lidar eficazmente com a prestação de cuidados. No mesmo sentido, a literatura também refere que esta inadaptação para prestar cuidados decorre do facto de estes indivíduos se centrarem excessivamente nas suas necessidades de vinculação e preocupações, limitando assim a atenção e recursos que poderiam disponibilizar na prestação de cuidados ao familiar idoso. Ou seja, de acordo com a literatura no domínio, a prestação de cuidados é frequentemente assumida como uma estratégia secundária para obter atenção dos outros e satisfazer as necessidades pessoais. Ainda por outro lado, sabemos que o estilo de vinculação na vida adulta tem como base a qualidade das experiências de vinculação estabelecidas na infância com o pai e/ou mãe. Assim, é provável que um indivíduo de meia-idade com um estilo de vinculação ansioso tenha desenvolvido, durante a infância, uma relação de vinculação também ansiosa com as suas figuras de vinculação, pelo que a antecipação de cuidados aos pais no presente seja percebido pelo indivíduo como uma forma de activação de experiências, memórias e sentimentos desagradáveis, o que pode contribuir para o aumento dos níveis de ansiedade filial. Já no que se refere à associação positiva entre vinculação evitante e ansiedade filial A e total parece-nos que o que poderá estar em causa é mais uma vez a expressão do padrão habitual de funcionamento deste tipo de pessoas. Ou seja, o estilo evitante caracteriza-se pelo evitamento de relação íntimas, pelo evitamento de experiências de proximidade, de expressão de afecto ou de qualquer tipo de experiência que represente um compromisso face ao outro com um envolvimento regular e algum grau de dependência e responsabilidade. Ora a

possibilidade de ter de vir a assegurar a prestação de cuidados a um familiar envelhecido, particularmente pais, será muito provavelmente percebida por este tipo de pessoas como uma situação que reúne muitas das características ou condições geradoras de ameaça e as quais normalmente procura evitar, portanto com elevado potencial de gerar perturbação emocional como ansiedade. Além disso, o estilo evitante caracteriza-se pelo foco acentuado no trabalho/actividade profissional como estratégia de “desactivação” das necessidades de vinculação e como forma de “alimentar” o sentimento de competência pessoal. A possibilidade de ter de vir a cuidar dos pais idosos pode ser percebida como potencialmente geradora de perturbação na actividade profissional, minando o sentimento de competência que pessoas com este estilo de vinculação obtêm do exercício profissional.

Um outro aspecto dos resultados vinculação-ansiedade filial que nos parece merecer alguma análise refere-se à ausência de relação entre os três estilos de vinculação e a subescala de Ansiedade Filial B. Ou seja, nem indivíduos seguros nem inseguros parecem diferenciar-se no que se refere à ansiedade face ao bem-estar dos pais em processo de envelhecimento. Este resultado não era esperado, quer considerando os pressupostos teóricos, quer algumas das evidências decorrentes de estudos prévios. Do ponto de vista conceptual seria esperado que, por exemplo, adultos com estilo de vinculação seguro ou ansioso apresentassem níveis elevados de ansiedade filial, mas por motivos distintos. Assim, no caso dos seguros a percepção de declínio pode ser interpretada como um sinal de perda iminente da figura de vinculação e esse facto (a perda) ser um activador de sentimentos de ansiedade. Já no caso dos adultos com estilo de vinculação ansioso a percepção de declínio dos pais pode ser gerador de ansiedade uma vez que estes adultos muito provavelmente terão com os seus pais uma relação pautada pela dependência emocional, logo a possibilidade da perda dos pais é profundamente ameaçador. Também em termos empíricos os resultados do trabalho de Cicirelli (1983) demonstram que a intenção de cuidar era prevista/predita por comportamentos e sentimentos de vinculação, ou seja, adultos com comportamentos e sentimentos de vinculação seguros mostravam-se mais receptivos face à possibilidade de vir a cuidar dos seus pais envelhecidos. Também Soerensen e colaboradores (2002) verificaram que a segurança da vinculação estava associada a maior preparação para cuidar, ao passo que vinculação ansiosa e

evitante estava associada a níveis mais baixos de preparação para cuidar. Assim, considerando o exposto pensamos que o que poderá estar a contribuir para a ausência de relação entre vinculação e a subescala da ansiedade filial B são algumas das características dos pais. Ou seja, os familiares idosos do nosso estudo têm uma média de idades de 79.5 (Grupo A) e de 78.22 anos (Grupo B), o que indica que estão terceira idade. Actualmente existe consenso na literatura no domínio do envelhecimento que o declínio é mais evidente na quarta idade (Paúl, 2007), estando a terceira idade relativamente preservada do declínio, mantendo níveis de autonomia e funcionalidade relativamente razoáveis. Ora neste sentido, poderá ocorrer que a ausência de sinais explícitos de declínio dos pais envelhecidos esteja a esbater a activação da ansiedade ou preocupação dos adultos de meia-idade face ao bem-estar dos pais. Como Cicirelli (1988) afirma, quando os pais começam a evidenciar alguns sinais de declínio os filhos adultos, à luz da teoria de vinculação, activam o sistema de prestação de cuidados que se manifesta em comportamentos de protecção aos pais. No nosso estudo, uma vez que provavelmente os sinais de declínio não estão tão evidentes, os adultos também ainda não se viram confrontados com a possibilidade de declínio e perda dos familiares idosos, logo não evidenciam indicadores de ansiedade filial relevantes. A este propósito parece-nos pertinente referir que teria sido importante incluir na avaliação uma medida da percepção dos adultos face ao bem-estar dos pais, no entanto esta opção iria sobrecarregar ainda mais o protocolo de avaliação já de si bastante extenso.

Por fim, importa discutir os resultados relativos à relação entre vinculação segura e ansiedade filial. Assim, este é um resultado não esperado na medida em que quer do ponto de vista conceptual, quer empírico seria esperada uma relação significativa entre as duas variáveis. Ou seja, do ponto de vista conceptual é assumido que a vinculação segura é um recurso pessoal importante na preparação dos adultos para a prestação de cuidados aos familiares envelhecidos. Tal como Cicirelli (1983, 1993) propôs a disponibilidade e motivação dos adultos para cuidar dos seus familiares envelhecidos é “alimentada” pela qualidade dos laços afectivos existentes entres estes. Assim, um adulto com vinculação segura muito provavelmente terá desenvolvido uma relação de vinculação segura com os seus pais logo face à antecipação de cuidar não deveria sentir-se perturbado, mas antes motivado pois perspectiva a prestação de cuidados como uma forma de preservar estes laços

afectivos positivos que são altamente relevantes para si. Neste sentido, o que seria esperado era uma associação negativa entre vinculação segura e Ansiedade Filial A e uma associação positiva entre vinculação segura e Ansiedade Filial B. Mais uma vez, o estudo já referido de Soerensen e colaboradores (2002) reúne evidências relevantes, uma vez que a segurança de vinculação estava associada a maior preparação para cuidar de pais envelhecidos. Também no trabalho original de Cicirelli (1988) foi entrada uma associação entre a força da vinculação avaliada pela Rubim Love Scale e as subescalas de Ansiedade Filial A e B. Neste sentido, parece-nos que os nossos resultados podem dever-se mais à forma como a vinculação segura é avaliada pela EVA. Ou seja, a EVA avalia o estilo de vinculação face a relações actuais no âmbito de relações entre pares, nomeadamente relações amorosas. Apesar de as relações de vinculação na vida adulta serem proporcionais, reciprocas, simétricas e mútuas, em que ambos os intervenientes são fonte e receptor de apoio, cuidados e segurança emocional, consideramos que não se deve avaliar da mesma forma a relação de vinculação entre pais envelhecidos e filhos adultos e relações de vinculação entre pares. Muito provavelmente as dinâmicas relacionais no âmbito da relação filial filhos adultos-pais envelhecidos é caracterizada por aspectos que a EVA pode não conseguir captar, como por exemplo a responsividade dos filhos face às necessidades dos pais de correntes do processo de envelhecimento ou o tipo de comportamentos de ajuda. Esta é uma questão que tem sido discutida no âmbito da teoria da vinculação actualmente, tendo vários teóricos e investigadores apontado para a necessidade de desenvolver procedimentos de avaliação da vinculação específicos para este tipo de relação neste período de vida em particular (Magai, 2008). Desta forma, em estudos futuros será pertinente considerar estes aspectos relativos à avaliação da vinculação entre filhos adultos e pais envelhecidos quando se estudar a relação da vinculação com ansiedade filial ou outro aspecto do cuidar na velhice.

Neste estudo, houve por parte dos investigadores uma tentativa de prever e minimizar questões que dificultassem, de alguma forma, o desenvolvimento do mesmo. No entanto, ao longo do estudo fomos reconhecendo algumas limitações que devem ser tidas em conta, particularmente no desenvolvimento de estudos desta natureza no futuro.

Em primeiro lugar, a tradução e a adaptação dos itens da *Filial Anxiety Scale* revelou-se um aspecto limitador, uma vez que, apesar de o nosso trabalho ter seguido as orientações recomendadas para a tradução e adaptação de instrumentos psicométricos (Hambleton, Merenda & Spierberger, 2005; Hambleton, 1994) consideramos que, algumas questões culturais e linguísticas não se conseguiram contornar, particularmente nos itens 6 e 13, o que pode ter condicionado o resultado no que se refere à distribuição factorial dos itens forçada a dois factores.

Uma outra limitação que se verificou prendeu-se com a utilização da EVA para o estudo da relação entre vinculação e ansiedade filial. Como já tivemos oportunidade de referir, a EVA avalia o estilo de vinculação no âmbito das relações actuais entre pares (e.g. relações amorosas), e neste estudo específico as relações em causa são relações familiares, entre familiares idosos e filhos adultos, reguladas por dinâmicas e especificidades diferentes das relações entre pares. Ou seja, a EVA, neste estudo, devido à sua constituição, possivelmente não permitiu aferir dinâmicas relacionais específicas no âmbito da relação pais-filhos neste período de vida particular, o que se reflectiu nos resultados encontrados.

Uma outra limitação do estudo deveu-se à idade dos pais dos participantes. Como também já foi enunciado, uma vez que a idade média se situa na terceira idade, muito provavelmente os filhos adultos ainda não se depararam com sinais relevantes de declínio dos pais logo também ainda revelaram sinais de preocupação com a eventual perda dos mesmos, não tendo, desta forma, equacionado as implicações do processo de envelhecimento dos pais para o seu funcionamento relacional.

Assim, apesar das limitações apontadas, parece-nos que o nosso trabalho poderá representar um contributo relevante no âmbito da Gerontologia Social, nomeadamente na construção de uma linha de investigação muito relevante e com fortes implicações para a intervenção.

Conclusão

O trabalho de investigação apresentado organiza-se em torno dos cuidados filiais na velhice, concebidos como uma das tarefas desenvolvimentais da fase intermédia da vida adulta, e procura compreender uma dimensão que parece desempenhar um papel relevante neste processo - ansiedade filial. O posicionamento que assumimos deste processo enquadra-se numa leitura desenvolvimental, ou seja, o modo como cada pessoa lida com as exigências associadas ao cuidado filial encontra-se profundamente articulado com a natureza e qualidade da relação filial, com o modo como esta relação foi sendo construída ao longo do ciclo de vida e com a qualidade da relação parental. É neste contexto que a teoria da vinculação se assume como uma grelha de leitura extremamente útil para ler todo este processo. Somos da opinião que situar os cuidados filiais nesta linha desenvolvimental permite uma compreensão mais abrangente e articulada, e simultaneamente potencia diversas possibilidades do ponto de vista da intervenção.

Assim, os resultados obtidos no presente estudo evidenciam por um lado algumas especificidades da ansiedade filial, como por exemplo a sua associação com o género feminino ou com o nível de escolaridade, e por outro reforçam a relevância da teoria da vinculação para a compreensão deste processo, particularmente pela associação encontrada entre vinculação insegura e ansiedade filial. Neste sentido, parece-nos que, de um modo global, podemos assumir que o objectivo do nosso estudo foi atingido. Ou seja, para além de termos validado para a população portuguesa um instrumento de avaliação da ansiedade filial, conseguimos avançar numa nova área de cruzamento de campos teóricos que até à actualidade não haviam sido investigadas no nosso país e que mesmo ao nível internacional reúne ainda um número limitado de estudos apesar do reconhecimento da acentuada relevância desta temática para a gerontologia social. Neste sentido, parece-nos fundamental que em estudos futuros se procure avançar no sentido de uma leitura mais compreensiva da relação entre vinculação e ansiedade filial. Para tal importa, por um lado, desenvolver procedimentos de avaliação da relação de vinculação filhos adultos-pais envelhecidos uma vez que do ponto de vista desenvolvimental esta relação assume dinâmicas e características específicas que a tornam distintiva da relação de vinculação na infância/adolescência e na juventude. Este é claramente um dos maiores desafios da

investigação no âmbito da vinculação para o qual vários investigadores de referência têm chamado a atenção (e.g. Magai, 2008), mas que pela exigência e complexidade subjacente exigirá um trabalho muito sistemático e demorado. Por outro lado, importa aprofundar o conhecimento acerca da ansiedade filial na população portuguesa e compreender as suas implicações para a (1) disponibilidade dos filhos adultos em assumirem o cuidado dos pais, (2) a qualidade dos cuidados proporcionados, e (3) as implicações do cuidar para os cuidadores, quer do ponto de vista intra como interpessoal. Na nossa perspectiva reunir evidências a este respeito implica avançar em desenhos de investigação mais elaborados/complexos, nomeadamente de carácter longitudinal e que integrem uma abordagem quantitativa com uma abordagem qualitativa para desta forma dar conta das dimensões universais e específicas deste processo/fenómeno.

Assim, parece-nos que deste estudo emergem dois focos relevantes: (1) o papel da vinculação enquanto recurso desenvolvimental potenciador de condições pessoais e relacionais centrais à vivência das tarefas e exigências da meia-idade; (2) o papel da ansiedade filial na disponibilidade e qualidade do cuidado filial, assim como nas implicações de cuidar para a vida do adulto cuidador.

Neste contexto, e considerando a natureza eminentemente aplicada da Gerontologia Social (Alley, Putney, Rice & Bengtson, 2010), importa salientar as implicações dos resultados obtidos para a prática gerontológica. Assumindo que o envelhecimento se manterá como um tema central da organização social da maioria das culturas e sociedades actuais e futuras enquanto fenómeno pautado por grande complexidade e heterogeneidade que obriga a que se encontrem novas possibilidades para lidar com os seus efeitos, parece-nos que qualquer trabalho que reúna evidências que ajudem a compreender as dinâmicas a ele associadas será de grande utilidade. Para além de dar resposta a uma das responsabilidades da gerontologia social, isto é, “encontrar respostas científicas que expliquem o envelhecimento humano e fazer a sua translação para a prática através da criação de serviços inovadores para uma sociedade inclusiva e solidária, onde o envelhecimento não seja visto como um problema, mas uma conquista produtiva do ser humano” (Paúl & Ribeiro, 2012, pp. XVII), Como tivemos já oportunidade de referir as estruturas/serviços formais de cuidados estarão sempre condicionadas na sua capacidade de resposta. Ou seja, não é

exequível assumir que estes serviços terão capacidade para assegurar os cuidados de grande parte das pessoas mais velhas, pelo que cada vez mais as estruturas informais, nomeadamente a família, serão chamadas a assumir esta responsabilidade.

Neste sentido, conhecer e compreender variáveis, que podem limitar e/ou potenciar a capacidade dos familiares para assumir o cuidado dos seus familiares mais velhos é essencial, uma vez que permitirá desenvolver estratégias e recursos que aumentem ou melhorem a capacidade das famílias cuidarem. Esta é muito provavelmente uma transformação relevante nos papéis de vida dos adultos de meia-idade pelo que preparar estes adultos para esta tarefa poderá constituir uma estratégia relevante. Esta preparação poderá assumir um carácter educativo de natureza desenvolvimental em que de um modo mais ou menos formal é analisada e discutida com os potenciais cuidadores esta tarefa, o modo como prespectivam as exigências, necessidades e implicações a ela associadas, criando um contexto favorável à aceitação da tarefa, à potenciação da disponibilidade e à “prevenção” ou minimização de consequências negativas que coloquem quer o adulto cuidador quer o idoso em risco.

Por outro lado, conhecer o fenómeno de ansiedade filial poderá permitir a sua “normalização” junto de adultos de meia-idade, reduzindo o seu impacto na disponibilidade para cuidar e na qualidade dos cuidados proporcionados. Além disso, situar o fenómeno de ansiedade filial na teoria de vinculação e ler este fenómeno no contexto mais abrangente da história relacional pais-filhos poderá potenciar a compreensão das dinâmicas envolvidas no cuidado filial, alargar as possibilidades de intervenção junto de cuidadores e alvos de cuidado. Por fim, resultados sistemáticos da investigação neste domínio poderão converter-se em contributos relevantes para o desenvolvimento de políticas sociais que vão de encontro às especificidades culturais e sociais da população portuguesa, particularmente no actual contexto em que o Estado Social vive uma crise profunda e a sociedade portuguesa é desafiada a “repensar ou refundar” a actual organização e funcionamento do Estado Social. Efectuar mudanças sustentadas em evidências científicas e não apenas em ideologias políticas ou pressões financeiras, poderão constituir uma via mais segura para garantir condições mínimas para apoiar o processo de envelhecimento individual e populacional, assegurando o direito a envelhecer com dignidade.

Em síntese, a teoria e a investigação no âmbito da gerontologia social pautadas por grande diversidade e complexidade à semelhança do seu objecto de estudo – o envelhecimento, a velhice e a pessoa mais velha, constituem-se como grades de referência para a intervenção neste domínio. Claramente, num tempo de profundas transformações e complexos desafios, a investigação em gerontologia social assume uma relevância nuclear, particularmente no âmbito dos cuidados filiais, área onde se cruzam por excelência duas gerações e onde o passado, presente e o futuro se conjugam para assegurar a sustentabilidade da coesão social e solidariedade intergeracional.

Referências bibliográficas

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. (1977). Infant development and mother-infant interaction among Ganda and American families. In P. H. Leiderman & S. Tulkin (Eds.), *Culture and infancy: Variations on human experience*. New York: Academic Press.
- Ainsworth, M. (1985). Attachment across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792-812.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Alley, D., Putney, N., Rice, M., & Bengtson, V. (2010). The increasing use of theory in social gerontology: 1990–2004. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B (5), 583–590
- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- American Psychological Association. (2010). 2010 amendments of the 2002 ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 65, 493.
- Ballard, R. (1992) Short forms of the Marlowe Crowne Social Desirability Scale. *Psychological Reports*, 71, 1155-1160.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-17.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bartholomew, K., & Shaver, P. (1998). Methods of assessing adult attachment. Do they converge? In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). New York: Guilford Press.
- Bengtson, V., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (2009). *Handbook of Theories of Aging* (2nd. Edition). New York: Springer.
- Bernier, A., Larose, S., & Boivin, M. (2007). Individual differences in adult attachment: Disentangling two assessment traditions. *European Journal of Developmental Psychology*, 4, 220-238.

- Berman, W., & Sperling, M. (1994). The structure and function of adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults – clinical and developmental perspectives* (pp. 3-28). New York: Guilford Press.
- Birditt, K., Fingerman, K., Lefkowitz, E., & Kamp Dush, C. (2008). Parent perceived as peers: filial maturity in adulthood. *Journal Adult Development*, 15, 1-12.
- Blenker, M. (1965). Social work and family relations in later life with some thoughts on filial maturity. In E. Shanas & G. F. Streib (Eds.), *Social structure and the family: Generational relations* (pp. 46-59). Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Attachment*. London: Basic Books (Edição revista, 1982).
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bradley, S., Miller, J., Murtha, B., Parkinson, J., & Horst, S. (2008). Filial anxiety among adult children: An exploratory study of planning behaviors. *Praxis*, 8, 37-45.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No. 209).
- Brody, E. (1979). Aged parents and aging children. In P. IC Ragan (Ed.), *Aging parents* (pp. 267-287). Los Angeles: University of Southern California Press.
- Brody, E. M. (1985). Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25, 19-29.
- Bruder, J. (1988). Filiale Reife: Ein wichtiges Konzept flit die familire Versorgung Kranker, insbesondere dementer alter Menschen [Filial maturity: An important concept in familycare of frail, especially of demented old persons]. *Zeitschrift far Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 1, 95-101.
- Cairns, R. (1977). Beyond social attachment. The dynamics of interactional development. In T. Alloway, P. Pliner, & L. Krames (Eds.), *Attachment behavior* (pp. 1–24). New York: Plenum.
- Canavarro, M. (1997). *Relações Afectivas ao longo do Ciclo de Vida e Saúde Mental*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Coimbra, Portugal.
- Canavarro, M., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: uma revisão critica a proposito da aplicação da adult attachment scale-r (AAS-R) na população portuguesa.
- Carvalho, M. (2000). *O modelo informação-motivação-aptidões comportamentais: Estudo dos determinantes dos comportamentos preventivos na transmissão do VIH em jovens*

- adultos. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde não publicada. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Carvalho, M. (2007). *Vinculação, Temperamento e Processamento da Informação: Implicações nas Perturbações Emocionais e Comportamentais no início da Adolescência*. Tese de Doutoramento não publicada. Braga: Universidade do Minho.
- Casper, L., & Bianchi, S. (2002). *Continuity and change in American Family*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cassidy, J. (2001). Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective. *Attachment & Human Development*, 3, 121 – 155.
- Cavanaugh, J., & Kinney, J. (1994). *Marital satisfaction as an important factor in spousal caregiving*. Paper presented at the 7th International Conference on Personal Relationships, Groningen, The Netherlands.
- Cicirelli, V. (1981). *Helping elderly parents: Role of adult children*. Boston, MA: Auburn House.
- Cicirelli, V. (1983). A comparison of helping behavior to elderly parents of adult children with intact and disrupted marriages. *The Gerontologist*, 23, 619 – 625.
- Cicirelli, V. (1988). A measure of filial anxiety regarding anticipated care of elderly parents. *The Gerontological Society of America*, 28, 478-482.
- Cicirelli, V. (1993). Attachment and obligation as daughters' motives for caregiving behavior and subsequent effect on subjective burden. *Psychology and Aging*, 8 (2), 144-155.
- Cicirelli, V. (1995). A measure of caregiving daughters' attachment to elderly mothers. *Journal of Family Psychology*, 9 (1), 89-94.
- Cobe, G. (1985). Family of the aged: Issues in treatment. *Psychiatric Annals*, 15, 343-347.
- Collins, N., & Feeney, B. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and care giving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053-1073.
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Collins, N., & Read, S. (1994). Cognitive representation of attachment: The structure and function of the working models. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment process in adulthood* (pp. 53-90). London: Jessica Kingsley.
- Collins, N., & Feeney, B. (2000). A safe heaven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1053-1073.

- Collins, W., Hennighausen, M. & Roisman, G. (1998). *Dyadic coding of couple interactions: rating qualitative features of close relationships*. Unpublished Coding Manual, Institute of Child Development, University of Minnesota.
- Crispi, E., Schiaffino, K., & Berman, W. (1997) The contribution of attachment to burden in adult children of institutionalized parents with dementia. *Gerontologist*, 37, 52–60.
- Diehl, M., Elnick, A., Bourbeau, L., & Labouvie-Vief, G. (1998). Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1656–1669.
- DeVellis, R. (2011). *Scale development: Theory and applications*. (3rd ed.). Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Domino, G., & Domino, M. (2006). *Psychological Testing: An Introduction*. (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Donorfio, L. (1996). Filial responsibility: Widowed mothers and their caregiving daughters, a qualitative grounded theory approach. Doctoral dissertation, University of Connecticut, 1996. University Microfilms International, Ann Arbor, MI (Catalog number 962978500001).
- Donorfio, L., & Sheehan, N. (2001). Relationship dynamics between aging mothers and caregiving daughters: filial expectations and responsibilities. *Journal of Adult Development*, 8 (1), 39-49.
- Donorfio, L., & Kellett, K. (2006). Filial responsibility and transitions involved: A qualitative exploration of caregiving daughters and frail mothers. *Journal of Adult Development*, 13 (3-4), 158-167.
- Faria, C. (2008). *Vinculação e Desenvolvimento Epistemológico em jovens adultos*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Faria, C., & Bastos, A. (2010). A qualidade da vinculação e o cuidar na vida adulta e na velhice: Contributos da teoria e da investigação. In *VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 416-426). Braga: Universidade do Minho.
- Farkas, J., & Hogan, D. (1995). The demography of changing intergenerational relationships. In V. L. Bengtson, K. W. Schaie, & Is. M. Burton (Eds.), *Adult intergenerational relations: Effects of social change*. New York: Springer.
- Feeney, J. (1996). Attachment, caregiving, and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 3, 401-416.
- Feeney, J., & Hohaus, L. (2001). Attachment and spousal caregiving. *Personal Relationships*, 8, 21–39.

- Feeney, J., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 281-291.
- Feeney, J., & Noller, P. (1996). *Adult attachment*. London: Sage Publications.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2000). Gerontologia Social: una introduccion. In R. Fernandez-Ballesteros (dir.), *Gerontologia Social*. Madrid: Pirámide.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd ed.). London: Sage Publications.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fingerman, K. (2001). *Aging mothers and their adult daughters; A study in mixed emotions*. New York: Springer Publishers.
- Fonseca, A. (2004). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fraley, R., Davis, K., & Shaver, P. (1998). Dismissing-avoidance and the defensive organization of emotion, cognition, and behavior. In J. Simpson & W. S. Rhodes (eds.). *Attachment theory and close relationships* (pp. 249-279). New York: Guilford Press.
- Fraley, R., & Shaver, P. (1998). Airport separations: A naturalistic study of adult attachment dynamics in separating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1198-1212.
- Fredriksen, K., & Scharlach, A. (1996). Filial maturity: analysis and reconceptualization. *Journal of Adult Development*, 3 (3), 183-191.
- Gans, D., & Silversten, M. (2006). Norms of filial responsibility for aging parents across time and generations. *Journal of Marriage and Family*, 68, 961-976.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1984). *Attachment interview for adults*. Manuscrito não publicado. University of California at Berkeley.
- Goldstein, M. (1989). Parent care. In M. Z. Goldstein (Ed.), *Family involvement in treatment of the frail older* (pp. 1-22). Washington: American Psychiatric Press.
- Gubrium, J. (1995). Voice, context, and narrative in aging research. *Canadian Journal on Aging*, 14, 68-81.
- Gudmundsson, E. (2009). Guidelines for translating and adapting psychological instruments. *Nordic Psychology*, 61 (2), 29-45.
- Hagestad, G. (1988). Demographic change and the life course: some emerging trends in the family realm. *Family Relations*, 37, 405-410.
- Hambleton, R. (1994). Guidelines for adapting educational and psychological tests: A progress report. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 229-244.
- Hambleton, R., Merenda, P., & Spielberger, C., (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Hamon, R., & Blieszner, R. (1990). Filial responsibility expectations among adult child-older parent pairs. *Journal of Gerontology*, 45 (3), 110–112.
- Hart, J., Shaver, P., & Goldenberg, J. (2005). Attachment, self-esteem, worldviews, and terror management: evidence for a tripartite security system. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 999-1013.
- Hayes, P., & Truglio-Londrigan, M (1985). Helping children of aged parents achieve filial maturity. *Journal of Community Health Nursing*, 2 (2), 93-98.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270-280.
- Hazan, C. & Shaver P. (1994). Deeper into attachment theory. *Psychological Inquiry*, 5, 68-79.
- Heppner, P., Kivlighan, D., & Wampold, B. (2008). Research design in counseling (3rd ed.). Belmont, CA: Thompson Brooks/Cole.
- Hinde, R., & Stevenson-Hinde, J. (1986). Relating childhood relationships to individual characteristics. In W. W. Hartup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development* (pp. 27-50). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Jarrett, W. (1985). Caregiving within kinship systems: Is affection really necessary?. *The Gerontologist*, 25, 5-10.
- Josselson, R. (1992). *The space between us: exploring the dimensions of human relationships*. San Francisco, CA: Jossey Bass Publishers.
- Kaplan, R., & Saccuzzo, D. (2009). *Psychological Testing: Principles, Applications and Issues*. (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth
- Kaiser, H. (1958). The varimax criteria for analytical rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 23 (3), 187-200.
- Karantzas, G., Evans, L., & Foddy, M. (2010). The role of attachment in current and future parent caregiving. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65 (5), 573-580.
- Knipscheer, K. (1989). Familiäre Pflege, Reife und erfolgreiches Altern. [Family caregiving, maturity and successful aging]. In M. M. Bakes, M. Kohli & K. Sames (Eds.), *Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen* (pp. 142-148). Bern: Hans Huber.
- Kobak, R. & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: The effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 861-869.
- Kunce, L. & Shaver, P. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment process in adulthood* (pp. 205-237). London: Jessica Kingsley.

- Laditka, S., & Pappas-Rogich, M. (2001). Anticipatory caregiving anxiety among older women and men. *Journal of Women & Aging*, 13 (1), 3-18.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lechich, M. (1996). Empathy and its importance in long-term home health care. *Journal of Long-Term Home Health Care: Te Pride Institute Journal*, 15, 15-23.
- Lyddon, W., Bradford, E., & Nelson, J. (1993). Assessing adolescent and adult attachment: A review of current self-report measures. *Journal of Counseling and Development*, 71, 390-395.
- Machado, M. (2011). *Vinculação e estilos educativos parentais: contribuições para a inovação na educação especial*. Tese de Mestrado não publicada. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Magai, C. (2008). Attachment in middle and later life. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and applications* (pp. 532-551). New York: Guildford Press.
- Magai, C., & Cohen, C. (1998). Attachment style and emotion regulation in dementia patients and their relation to caregiver burden. *Journal of Gerontology*, 53B, 147-154.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 66-104.
- Mancini, J., & Blieszner, R. (1989). Aging parents and adult children: Research themes in intergenerational relations. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 275-290.
- Marcoen, A. (1988). Filiale maturiteit en wijsheid [Filial maturity and wisdom]. In J. Renson Stichting (Ed.), *Psychogeriatric: Preventieve en curatieve aspecten* (pp. 179-191). Brussels: J. Renson Stichting.
- Marcoen, A. (1995). Filial maturity of middle-aged adult children in the context of parent care: model and measures. *Journal of Adult Development*, 2 (2), 125-136.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.
- Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (5), 817-826.

- Mikulincer, M., Shaver, P., Gillath, O., & Nitzberg, R. (2005). Attachment, Caregiving, and Altruism: Boosting Attachment Security Increases Compassion and Helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(5), 817-839.
- Moreira, J. M., Bernardes, S., Andrez, M., Aguiar, P., Moleiro, C., & Silva, M. F. (1998). Social competence, personality, and adult attachment style in a Portuguese sample. *Personality and Individual Differences*, 24, 565-570.
- Murray, P., Lowe, J., & Horne, H. (1995). Assessing filial maturity through the use of the filial anxiety scale. *The Journal of Psychology*, 129 (5), 519-529.
- Murray, P., Lowe, J., Anderson, H., Horne, H., Lott, W., & Macdonald, S. (1996). Validity studies of the filial anxiety scale. *The Gerontologist*, 36, 110-112.
- Myers, E., & Cavanaugh, J. (1995). Brief report: Filial anxiety in mothers and daughters: Cross-validation of Cicirelli's (1988) Anxiety Scale. *Journal of Adult Development*, 2, 137-145.
- Noack, P., & Buhl, H. (2004). Child-parent relationships. In F. R. Lang & K. L. Fingerman (Eds.), *Growing together. Personal relationships across the lifespan* (pp. 45-75). Cambridge: University Press.
- Paúl, C. (2007). Old-old people: Major recent findings and the European contribution to the state of the art. In R. Fernández-Ballesteros (Eds.), *GeroPsychology: European Perspectives for an Aging World*. (pp. 128-144). Gottingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia. In C. Paúl, O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. (pp. 1-17). Lisboa: Lidel.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Perrig-Chiello, P., & Sturzenegger, M. (2001). Social relations and filial maturity in middle-aged adults: contextual conditions and psychological determinants. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 21-27.
- Schorr, A. (1960). *Filial responsibility in the modern American family*. Washington, DC: Social Security Administration, Division of Program Research.
- Schorr, A. (1980). *"Thy father and thy mother" A second look at filial responsibility and family policy*. Washington, DC: Social Security Administration, Division of Program Research.
- Schroots, J. (1995). Psychological models of aging. *Canadian Journal on Aging*, 14 (1), 44-66.
- Seelbach, W., & Sauer, W. (1977). Filial responsibility expectations and morale among aged parents. *The Gerontologist*, 17, 492-499.

- Seelbach, W. (1984). Filial responsibility and the care of aging family members. In W. H. Quinn & G. A. Hughston (Eds.), *Independent aging: Family and social systems perspectives*. (pp. 92-105). Rockville, MD: Aspen.
- Simpson, J., Rholes, W., & Nelligan, J. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446.
- Soares, I. (1996). *Representação da Vinculação Na Idade Adulta e Na Adolescência – Estudo Intergeracional: Mãe-Filho(a)*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Soares, I. & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Soerensen, S., Webster, J., & Roggman, L. (2002). Adult attachment and preparing to provide care for older relatives. *Attachment and Human Development*, 4, 84-106.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Attachment representation and emotion regulation in adolescents: A psychobiological perspective on internal working models. *Attachment & Human Development*, 1, 270-290.
- Stiens, G., Maeck, L., & Stoppe, G. (2006). Filial maturity as a predictor for the burden of demented parents' caregivers. *Z Gerontol Geriat*, 39, 120-125.
- Straub, D. (1989). Validating instruments in MIS research. *MIS Quarterly*, 13(2), 147-166.
- Sroufe, L. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-367.
- Sroufe, L., & Watters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Thompson, L., & Walker, A. (1984). Mothers and daughters: Aid patterns and attachment. *Journal of Marriage and the Family*, 46, 313-322.
- van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8-21.
- Vieira, F. (2008). Avaliação da representação das relações íntimas, comportamento didático e percepção da vinculação: estudo exploratório. Tese de Mestrado não publicada, Braga: Universidade do Minho.
- Weishaus, S. (1979). Aging is a family affair. In P. K. Ragan (Ed.), *Aging parents* (pp. 154-174). Los Angeles: University of Southern California Press.

- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behaviour* (pp. 171-194). New York: Basic Books.
- Wilson, A., Shuey, K., & Elder, G. (2003). Ambivalence in the relationship of adult children to aging parents and in-laws. *Journal of Marriage and the Family*, 65, 1055-1077.
- Wine, J. (1982). Evaluation anxiety: A cognitive-attentional construct. In H. W. Krohne & L. Laux (Eds.), *Achievement stress, and anxiety*. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corp.
- Zarit, S., & Zarit, J. (1983). Cognitive impairment of older persons: Etiology, evaluation, and intervention. In P. M. Levinsohn & L. Teri (Eds.), *Clinical geropsychology*. New York, NY: Pergamon Press.