

**16. OS CUIDADOS FAMILIARES À LUZ  
DA TEORIA DA AMBIVALÊNCIA SOCIOLÓGICA:  
«OS DOIS LADOS DA MOEDA»**

**FAMILY CARE IN THE LIGHT  
OF THE SOCIOLOGICAL AMBIVALENCE THEORY:  
«THE TWO SIDES OF THE COIN»**

Ana Paula Gil

**ORCID:** 0000-0002-6728-7689

**RESUMO:**

O crescimento da longevidade, ao implicar «mais anos de vida», não permite, por si só, ficar imune à doença crónica e a situações de incapacidade e dependência, suscitando inevitavelmente necessidades de cuidados (formais e informais) acrescidos ao nível do Estado, da sociedade e da família. O Estado, as políticas sociais, a família e as relações intergeracionais procuram responder e encontrar soluções de apoio para fazer face ao desafio que a incapacidade e a dependência colocam. *Dependência e cuidados familiares* são dois conceitos que tendem a demarcar-se, mas são unidos pela mesma raiz etimológica, significando relações de interdependência. A fim de dar visibilidade ao mundo subterrâneo dos cuidados familiares realizou-se um estudo empírico composto por cinquenta e duas entrevistas (semiestruturadas) a famílias cuidadoras de pessoas adul-

tas em situação de incapacidade severa na Área Metropolitana de Lisboa, constituindo um objetivo deste trabalho. *Como se processa a decisão de cuidar de alguém? O que significa organizar um processo de cuidados? Quais as dinâmicas familiares que se estabelecem entre os vários membros? Como se partilham responsabilidades? Como se qualifica a experiência? Como se exercem as entreajudas familiares?* Estas e outras interrogações foram possíveis graças ao sentido que os atores atribuem ao quotidiano familiar, numa vivência em torno da dependência. *Do amor ao dever, da justiça até ao desamor e à violência* são diferentes justificações utilizadas, tornando os cuidados familiares um processo complexo e ambivalente, onde a solidariedade e o conflito podem ser coexistentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** família; prestação de cuidados; ambivalência sociológica

**ABSTRACT:**

Increasing longevity implies «more life years» while not guaranteeing immunity from chronic illness, incapacity and dependence, inevitably creating greater need for care (formal and informal) from the state, society and the family. The state, social policy, family and intergenerational relationships seek to respond and find solutions to the challenge that incapacity and dependency set. *Dependency and family care* are two concepts that tend to emerge; however, they are bound by the same etymology root, signifying relations of interdependence. In order to give greater visibility to the hidden world of family care, an empirical study was carried out involving fifty-two (semi-structured) interviews with families that looked after adults with severe incapacity in the Inner Lisbon area. *How do you decide to care for someone? What does organise the care process mean? What are the dynamics that are created between the various family members? How is responsibility shared? How do you describe*

*the experience? How does mutual family support work?* These and other questions were possible thanks to the sense given to everyday family life by those involved in situations of dependence. From *love to duty, from justice to aversion and violence*, these are some of the justifications used, making family care a complex and ambivalent process, where solidarity and conflict can coexist.

**KEYWORDS:** family; health care delivery system; sociological ambivalence

## INTRODUÇÃO

### Uma sociedade envelhecida

Um das temáticas centrais abordadas pela sociologia do envelhecimento são as transformações demográficas que estão a ocorrer nas sociedades contemporâneas e as alterações das estruturas familiares. Portugal encontra-se perante um cenário de envelhecimento demográfico com tendência a acentuar-se devido ao aumento da esperança de vida (em sequência da quebra da taxa de mortalidade), sobretudo nas idades mais avançadas, e da diminuição da natalidade. Há trinta anos a esperança de vida rondava os 60 anos para os homens e 66,8 para as mulheres. Hoje, a esperança de vida à nascença situa-se nos 80,80 anos para o total da população, sendo de 77,78 anos para os homens e de 83,43 anos para as mulheres no período 2016-2018 (INE, 2018).

Esta evolução da longevidade significou um enorme ganho na saúde em Portugal e conduziu também a um aumento considerável do número de pessoas idosas. Em 2011, a população com mais de 65 anos representava 19% da população total (INE, 2011) e as projeções demográficas indicam que em 2050 esse grupo etário atinja 32%,

o que significará um crescimento exponencial do grupo dos 80 anos. Em 2013, 5% da população portuguesa tinha 80 ou mais anos, e as projeções demográficas estimam um aumento acentuado desse grupo etário que, em 2060, atingirá os 16% (UE, 12%) (INE, 2014). Mas se existem ganhos de saúde com a maior longevidade, esta também pode surgir associada a uma maior fragilidade física e mental, com o aparecimento de doenças degenerativas (demências e a doença de Parkinson), tumores malignos e doenças cerebrovasculares.

A evolução das estruturas familiares é outro dos traços demográficos em mudança na população portuguesa e que coloca novos desafios sociais. Famílias de menor dimensão (de 3,8 em 1960 para 2,8 em 2001 e 2,6 em 2011), a queda acentuada das famílias numerosas com mais de cinco pessoas, o aumento de famílias de casais idosos e a ligeira subida da proporção das pessoas sós (14,9% em 1991, 17,4% em 2001 e 21,4% em 2011, sobretudo mulheres com mais de 65 anos), as famílias monoparentais e dos casais sem filhos, constituem alguns dos traços das alterações verificadas nas estruturas familiares, nos últimos quarenta anos em Portugal.

Se passámos de um modelo de família extenso e rural, onde a mulher era quem cuidava das crianças, dos doentes e dos idosos, hoje estamos perante um modelo de família nuclear e urbano, onde a mulher concilia a sua atividade profissional com a vida familiar. Segundo os dados da OCDE de 2016, as mulheres portuguesas registam uma taxa de atividade a tempo inteiro de 63,3%, o que constitui um dos níveis mais elevados na UE (59,5%, OCDE) e uma taxa de atividade a tempo parcial (12,6%), uma das mais baixas, entre os países da OCDE.

As alterações das estruturas familiares e a maior taxa de atividade feminina vão ter consequências na capacidade das gerações mais novas poderem cuidar dos seus familiares, não só pelo menor número de filhos disponíveis, como pelo maior envolvimento da mulher na esfera profissional. A probabilidade de se cuidar de um

familiar (cônjuge, pais) irá colocar-se cada vez mais nas próximas gerações, como pode implicar também uma profunda mudança de valores e das práticas familiares. Neste cenário demográfico identificam-se algumas tendências previsíveis: 1 — a diminuição da mortalidade provoca um adiamento na idade em que possa ocorrer a viuvez e com o aumento da longevidade a tendência será para uma *convivência conjugal mais longa*; 2 — os cuidados irão ser prestados somente por um filho, contrariamente à descendência atual composta por três filhos (GAYMU *et al.*, 2007); 3 — a *redução do número de filhos* terá como consequência direta a polarização das responsabilidades familiares num único elemento; 4 — com fecundidade e a mortalidade baixas, a tendência é para se criar uma situação em que a *dimensão média dos agregados domésticos se reduza e aumente a idade média dos seus elementos*. O impacto destas tendências demográficas será uma maior intervenção das gerações adultas, agora mais reduzidas, compostas por cônjuges e filhos, cada vez mais velhos e, por vezes, já incapacitados para prestar apoio; 5 — *O aumento das pessoas que vivem sós* sem descendência ou com uma rede familiar restrita, irão constituir-se como potenciais candidatos aos estabelecimentos coletivos ou aos serviços na comunidade.

Estas profundas alterações demográficas na sociedade portuguesa e nas estruturas familiares, leva-nos para uma interrogação inevitável: *quem serão os futuros cuidadores desta sociedade envelhecida?* Perante um contexto social caracterizado por uma ausência de uma política familiar coerente e sustentada de apoio à velhice, um sistema de equipamentos sociais que sofre de insuficiências para a questão da dependência: serviços com uma forte componente social, um mercado privado com serviços de longa duração dispendiosos, nem sempre sinónimo de qualidade, o que torna problemática as situações de todas aquelas famílias que se confrontam com uma alta compulsiva e um regresso prematuro ao domicílio (GIL, 1998;

GIL, 2010) ou o tempo de espera por uma vaga na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

O objetivo deste capítulo é refletir sobre os cuidados que são prestados na esfera da família a pessoas em situação de dependência, explorando significados e práticas, consensos e paradoxos em torno do ato de cuidar, o que faz da questão dos cuidados um campo de ambivalências.<sup>1</sup>

## 1. EM TORNO DO ATO DE CUIDAR

Se o conceito de dependência (cf. GIL, 2010) é gerador de controvérsia e objeto de sobreposições de terminologias, também o ato de cuidar incorre num mesmo tipo de problema que é a ausência de rigor concetual, bem como partir-se do pressuposto que se está perante um modelo único de solidariedade. A dualidade do conceito de cuidar, ao envolver duas dimensões, uma afetiva e relacional, e uma outra que abarca os aspetos instrumentais ou técnicos — o fazer —, também é suscetível de associações com outros conceitos desde *apoiar*, *suportar*, *prestar apoio*, *tomar conta de* e *o tratar de*. Enquanto o *prestar apoio* é oriundo de uma lógica funcional, profissionalizante, de serviço, a prestação de apoio provém de um registo do *handicap*, do suporte funcional, que poderá ser pontual e, por isso, surge como instrumental e unilateral. O *tomar conta de* é equiparado à primeira fase do ciclo de vida, a infância, e assenta numa visão normalizadora da pessoa em situação de incapacidade, objeto de cuidados, ou seja, sem poder de decisão, inserido, inevitavelmente, numa relação desigual pela sua fragilidade

---

<sup>1</sup> Para um maior desenvolvimento deste tema ver GIL, A. P. M., (2010). *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.

e vulnerabilidade (física e mental). O *tratar de* enquanto conceito, reenvia-nos para a conceção dos cuidados médicos (saber médico), como o tratamento de um corpo doente ou em sofrimento. Quando a recuperação do doente se torna irreversível, é-lhe atribuído pelo sistema o rótulo de «incurável» ou, presentemente mais utilizado, de «doente crónico». O tratar do corpo do outro, pressupõe curar e quando esta falha, a gestão do corpo deixa de pertencer ao campo médico para ser considerado como pertencente ao cuidar, encarado como tarefa rotineira sem prestígio científico em oposição à função curativa. O curar, o tratar e o cuidar constituem, assim, categorias socialmente interiorizadas, que definem e legitimam as práticas e interesses profissionais. Enquanto o curar se refere ao tratar, o cuidar refere-se aos cuidados prestados por outras áreas profissionais (enfermagem ou de apoio social) ou são da responsabilidade da família. Embora considerado essencial, o ato de cuidar torna-se numa prática associada ao mundo feminino, às mulheres, circunscrito ao espaço da família como «espaço natural de dádiva» (SAILLAT, 1992; GODBOUT, 1992). O *cuidar de* é uma noção que tem implícita uma obrigação intergeracional e familiar, mas também uma vontade individual, nem sempre voluntária, mas dependente sobretudo das circunstâncias familiares e económicas, onde o outro é concebido como objeto de cuidados e recetáculo de apoios, mas inserido numa relação de reciprocidade.

Na sua origem, o *ato de cuidar* engloba uma panóplia tão vasta de atividades, de tarefas, de sentimentos, de afetos, de obrigações, de entreajudas, a proteção do corpo e da identidade, incluídas normalmente numa só categoria — as atividades da vida quotidiana, definidas meramente pelo seu simbolismo instrumental, desinserida da sua componente socioafetiva, estruturante das próprias relações familiares.

Com as alterações demográficas que temos vindo a assistir em toda a Europa, o «cuidado» surge como categoria analítica, mas

também política. De acordo com Comas-d'Argemir (2016), o cuidado assume-se hoje como categoria analítica que remete para as atividades de gestão do quotidiano, da saúde e do bem-estar das pessoas. O cuidado, enquanto categoria política, reporta para o «conjunto de atuações e para uma repartição que supere as desigualdades existentes entre homens e mulheres e que considere o conjunto da sociedade em termos de justiça» (p. 12). Significa que o cuidado transborda da esfera privada para se tornar um assunto social e político.

No entanto, a temática teórica dos cuidados familiares tem sido perspectivada a partir de uma ótica que incide, exclusivamente, sob os efeitos que esses mesmos cuidados provocam em quem cuida (embora o conceito de carga — *burden*). Apesar de importantes porque têm permitido conhecer os impactos que os cuidados geram na esfera da família, estes passaram, na prática, por serem concebidos como uma experiência negativa; e a multiplicidade de estudos desenvolvidos (ZARIT, 1980, 1986; PEARLIN *et al.*, 1990), sobretudo na década de noventa do século passado, contribuíram, assim, para veicular uma representação dos cuidados como um fardo, um peso. O termo *burnout* é uma composição de *burn*=queima e *out*=exterior, sugerindo deste modo que a pessoa com esse tipo de *stress* consome-se física e emocionalmente, passando a apresentar um comportamento de ansiedade, depressão, irritabilidade, entre outros. Também na temática dos cuidados, o termo *burnout* é muito utilizado para designar a situação de esgotamento que o cuidador se pode encontrar, demonstrando «exaustão permanente, incapacidade de concentração, apatia, irritabilidade, sentimento de incapacidade para o cumprimento das tarefas, necessidade de estimulantes ou antidepressivos e o sentimento de isolamento». Nestes estudos tem presidido uma lógica de medida e uma visão utilitarista, traduzidos em indicadores (como o volume de tarefas, a frequência, o tempo gasto, entre outros), assentes em grelhas de «incapacidade» adaptadas



da vida diária (APVD e AIVD).<sup>2</sup> O peso da tarefa, ou das múltiplas tarefas que surgem associadas à definição de cuidar, explicam as repercussões negativas subjacentes ao conceito e à sua excessiva instrumentalidade. Esta visão instrumental do ato de cuidar é explicada também pela visão funcionalista da dependência enquanto déficit e/ou estado de incapacidade, e a velhice dependente torna-se, assim, um problema social. A pessoa idosa é encarada como um mero recetáculo de serviços, possuidora de um conjunto de *scores* de incapacidade funcional ou de comportamentos disfuncionais, reforçando, deste modo, uma visão teórica dos cuidados, assente numa conceção da dependência como um déficit.

Se a problemática dos cuidados na família se tem caracterizado por uma perspetiva unilateral, instrumental, desinserida da sua componente socioafetiva, ela própria vai no mesmo sentido que as abordagens teóricas relativas à solidariedade intergeracional. As solidariedades entre gerações são concebidas, geralmente, através de um único enfoque, o consenso, a coesão familiar; ou seja, pelo lado positivo da interação entre os vários membros da família, onde «os afetos, a atração e o calor servem para manter também a coesão do sistema» (SPREY, 1991, *apud* LUSCHER, 2000, pp. 12-13). A partilha dos mesmos valores normativos, como o dever e as obrigações familiares, levam à idealização e a uma retórica geracional, regida por uma abordagem redutora e pouco enquadradora da diversidade familiar e do conflito, facetas coexistentes ao conceito de solidariedade. A solidariedade surge assim antagónica ao conflito, este último como espaço demarcado, no qual se incluem problemáticas como a violência familiar, as situações de isolamento, o *stress* do

---

<sup>2</sup> APVD (Atividades Pessoais da Vida Diária) e a AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária) fazem parte do que se denomina por Atividades da Vida Diária (AVD). As atividades pessoais incluem a alimentação, higiene pessoal, mobilidade, medicação, entre outras, enquanto as instrumentais correspondem às tarefas domésticas, acompanhamento a consultas/assuntos administrativos.

cuidador (STEINNETZ, 1988; PAVEZA, 1992; LUESCHER & PILLEMER, 1998; LACHS *et al.*, 1997; TORTOSA, 2004; O'KEEFFE *et al.*, 2007; GIL, 2010; GIL *et al.*; 2014). A perspectiva teórica da ambivalência sociológica constitui uma matriz teórica bastante frutífera para captar consensos e paradoxos nas dinâmicas familiares, e dar, assim, visibilidade ao mundo subterrâneo dos cuidados familiares.

Luescher & Pillemer (1998) propõem o conceito de ambivalência como uma «alternativa» para esta visão dualista entre solidariedade e conflito. A perspectiva sociológica da ambivalência coloca, assim, o seu enfoque nas relações intergeracionais e «encoraja a que o conflito intergeracional, seja analisado no contexto da solidariedade» (CLARKE *et al.*, 1999, p. 261). Estamos, portanto, perante uma perspectiva teórica crítica denominada por ambivalência sociológica nas relações familiares, que assenta no axioma de que as relações intergeracionais geram ambivalências. Este conceito foi mobilizado para a sociologia da família por Luescher & Pillemer (1998), ao qual designaram por «ambivalência intergeracional» à duplicidade de tensões, conflitos, na esfera familiar, com a coexistência de solidariedades intergeracionais (afetos, contactos e ajudas mútuas). É nesta duplicidade que as relações intergeracionais se tornam paradoxais.

## **2. CONSENSOS E PARADOXOS NOS CUIDADOS FAMILIARES**

Os padrões de participação de mulheres e de homens no trabalho pago, apesar de terem vindo a conhecer uma aproximação progressiva, evidenciam ainda assimetrias significativas. Os resultados do Inquérito Nacional aos Usos do Tempo (2016) confirmam a persistência destas assimetrias e permitem uma análise longitudinal. De acordo com os resultados deste inquérito, as famílias portuguesas constituem, ainda hoje, espaços de desigualdade. «O nível e o tipo

de participação dos homens nas tarefas domésticas, mas também no trabalho de cuidado, não são suficientes para assegurar uma partilha equilibrada de tempos, em função do género, ao nível do trabalho não pago» (PERISTA, 2016, p. 3). Contudo, entre aqueles que prestam cuidados a pessoas adultas com necessidades de cuidados especiais, por motivos de doença, incapacidade (associada à idade) ou deficiência, e que com elas residem, são as mulheres que com mais frequência asseguram estas atividades: «4,3% das mulheres, face a 2% dos homens, dizem fazê-lo todos os dias pelo menos uma hora» (PERISTA *et al.*, 2016, p. 14). Assiste-se, pois, a uma significativa feminização do trabalho de cuidado. Tendência que foi encontrada também no anterior inquérito à ocupação do tempo (1999). Segundo este, as mulheres que prestavam um apoio mais assíduo tinham mais de 50 anos, estavam inseridas no mercado de trabalho ou já se encontravam numa situação de reforma. Em contrapartida, os homens que prestavam um apoio mais assíduo encontravam-se reformados e com idade superior a 70 anos.

Os inquéritos nacionais revelam que a família direta continua a ser a principal fonte de suporte na doença e na velhice, e as práticas em termos de cuidados são, efetivamente, exercidas pela família direta, cônjuges (homens e mulheres) e filhas (GIL, 2010).

Ainda que as mulheres sejam figuras dominantes, os estudos existentes fazem emergir a figura do homem-cuidador para a cena dos cuidados. O estudo ISS, IP (2005) veio revelar que no caso dos doentes de Alzheimer, as fronteiras entre homens e mulheres com mais de 65 anos era ténue (separados por quatro pontos percentuais) e permitiu revelar o contributo social que os homens exercem na esfera familiar, fazendo dos cuidados, não apenas um assunto de mulheres, mas também de homens. Os inúmeros exemplos de homens cuidadores extremos e atentos fazem do processo de cuidar, não uma exclusividade do mundo feminino, mas, fundamentalmente, do mundo dos afetos. Este mesmo inquérito às famílias

com doentes de Alzheimer evidenciou que eram maioritariamente as mulheres (70,8%) que prestavam um apoio mais assíduo, com maior preponderância para os cônjuges do género feminino (33,7%), filhas (28,7%) e cônjuges masculinos (22,2%). Quer os filhos do género masculino (5,7%) quer os vários elementos pertencentes à família alargada, bem como vizinhos e amigos, independentemente do género, acabavam por ter um peso pouco expressivo.

Estes resultados levam-nos a concluir, à semelhança de outros autores (ARBER & GINN, 1990; WENGER, 1990; SUNDSTROM, 1994), que, embora predomine a linha feminina, os cônjuges masculinos não podem ser escamoteados da cena dos cuidados pois, tal como se concluiu, a diferença entre homens e mulheres, cônjuges, é reduzida (4%), no caso particular da doença de Alzheimer. O que nos leva a inferir que as *solidariedades familiares* nem sempre são *exclusivamente femininas* (ROZENKIER & RENAUT, 1995; MARTIN, 2003), e nem sequer provenientes, somente, da designada *geração sanduíche* (WILKIN & DURIE, 1984) ou da *geração pivô* (ATTIAS-DONFUT, 1995). Obviamente que é um grupo crucial, constituindo-se hoje, em Portugal, como a principal fonte de suporte familiar (OCDE, 2017); mas o apoio prestado pelos cônjuges, homens e mulheres com idade superior a 65 anos, provenientes de grupos etários muito envelhecidos, constituem elementos a assinalar e onde as barreiras do género se diluem à medida que a idade avança. No entanto, as diferenças de género agudizam-se no caso dos filhos, figuras periféricas com menor visibilidade, que acabam por desempenhar um papel secundários, muitas vezes residual, nos tempos e nos modos de cuidados. Ao contrário das filhas, para além de terem uma presença mais assídua, tendem a viver mais em coabitação e a exercer um papel mais ativo na vida familiar dos pais. Estando mais presentes, partilham mais tarefas, planeiam e supervisionam, à distância, a organização dos modos de cuidados. Esta maior presença está diretamente relacionada com o nível de incapacidade e,

inevitavelmente, com as maiores necessidades e o maior volume de tarefas. Participação que, naturalmente, se diferencia sempre que se exerce uma profissão; não só pelo menor número de horas, como pela menor participação em atividades, íntimas ou domésticas, delegando os cuidados em serviços ou em apoios remunerados.

### 3. SIGNIFICADOS E PRÁTICAS<sup>3</sup>

Entre os cônjuges do sexo feminino, o ato de cuidar inscreve-se na relação conjugal como uma função natural ou associada a um papel familiar assumido ao longo do ciclo de vida familiar, fruto também de uma história de amor e dos laços familiares. Os cuidados são assim um misto de afetos, de apoios e de proteção da identidade do familiar. O modo como se organizam os cuidados, as competências necessárias (emocionais, psicológicas e físicas) exigem condições específicas não só financeiras, mas fundamentalmente, de disponibilidade de tempo. Aqui, o valor do tempo é uma variável que determina a própria forma como se organiza o trabalho de cuidados, pois a situação de reforma, baixa ou desemprego propicia a que o tempo de cuidados seja feito em exclusividade.

Todas as tarefas que dizem respeito à gestão das atividades da vida diária do familiar não são delegadas, ou seja, tudo o que faça referência à intimidade do familiar, ao corpo, é assumido pelo principal cuidador como parte integrante dessa relação *fusional*, através da qual se centraliza, de forma consciente, as responsabilidades de *orientação, decisão, execução*. A partilha, a negociação, não possuem qualquer significado social para estes cuidadores, dado que

---

<sup>3</sup> A fim de dar visibilidade ao mundo subterrâneo dos cuidados familiares realizou-se um estudo empírico composto por cinquenta e duas entrevistas (semiestruturadas) a famílias cuidadoras de pessoas adultas em situação de incapacidade severa na Área Metropolitana de Lisboa.

os cuidados não são passíveis de serem delegados numa relação que se define como sendo estritamente afetiva. Esta recusa pela partilha entre vários familiares é, quase sempre, justificada pela alusão de que a obrigação de cuidar cabe, exclusivamente, a uma única pessoa: ao principal cuidador, normatividade que provém do vínculo de parentesco.

Em contraposição, os homens cônjuges cuidadores possuem um forte sentimento de dever conjugal (uma obrigação selada pelo casamento); as relações conjugais permanecem idênticas ao longo do ciclo de vida ou, pelo contrário, o surgimento da doença permitiu uma maior aproximação afetiva e relacional do casal, e a descoberta de um papel invertido, considerado essencialmente feminino — *Agora faço a vida de homem e de mulher*. Contudo, os homens são muito menos tolerantes relativamente à prestação de apoios que impliquem lidar com a intimidade corporal. Na prática, existe uma maior abertura do homem cônjuge face ao exterior (serviços e ajudas familiares) e o volume de ajudas oferecidas também é maior, quer por parte da família quer por parte dos apoios formais. Esta maior abertura é concebida como objetivamente necessária, pela carga física e psicológica que os cuidados geram; bem como, em alguns casos, pela própria idade ou fragilidade física do cuidador e, até mesmo, como uma forma de prevenir o conflito familiar e algum desgaste psicológico.

Quando não existem filhos, o homem cuidador detém um *papel de orquestração* dos cuidados, orientando, decidindo, tendo uma presença física atenta, delegando geralmente as tarefas de execução (*papel de execução*) noutros elementos profissionais ou familiares. Quando existem filhas, o papel de decisão é delegado numa filha, que à distância vai orientando e supervisionando o evoluir dos cuidados, exercendo um papel de retaguarda, pois, na maioria dos casos de casais idosos não existe coabitação, mas existe um suporte sistemático e regular. As grandes decisões (contratação de

empregadas, pesquisa de serviços, consultas médicas, acompanhamento hospitalar) acabam por ser determinadas pelos elementos femininos. O cuidador masculino, mais do que um papel de execução, desempenha, essencialmente, um *papel de permanência* e de gestão das atividades da vida diária. Estas atividades no interior do espaço doméstico podem ir desde a gestão dos medicamentos, à mobilização do doente, ao controlo das ajudas profissionais, até à simples companhia. Os cuidados físicos (o banho, o mudar a fralda) são delegados, quase sempre, numa empregada particular ou num serviço de apoio domiciliário, contratada(o) para o efeito.

Presentemente, o ato de cuidar simboliza um processo de aprendizagem de novos papéis familiares, indicadores da fraca participação do homem na vida familiar no passado, em que a doença surge como o evento primordial, gerador de alterações das próprias posições familiares no campo doméstico.

Nas gerações mais novas o posicionamento é distinto, muito mais crítico face à realidade familiar (ausência ou indisponibilidade dos vários familiares envolvidos — família direta ou alargada) ou institucional (inaceitabilidade das respostas institucionais — o lar). O que emerge do discurso dos entrevistados é a noção de opção ao invés de *obrigação*, em que a decisão se torna, raramente, num processo simples; pelo contrário, a escolha é sempre uma «escolha limitada». Existe um sentimento de responsabilidade individual, mas os cuidados não são encarados, na generalidade, como um encargo pesado. Aqui também circulam afetos, reciprocidades, dívidas e motivações que se prendem, fundamentalmente, com a segurança de que o familiar está a ser bem tratado.

Entre as filhas conclui-se que também há *partilha desigual dos cuidados* quando estamos perante três irmãos. Existe uma polarização dos cuidados num único elemento, que exerce um *papel de decisão*, alguns apoios são partilhados com um outro elemento, um

pai/mãe ou uma irmã, ao desempenharem, na maioria das vezes, um *papel de retaguarda*.

A partilha entre irmãs é feita em função das disponibilidades pessoais e familiares. No entanto, a partilha faz-se de concessões e de fricções, pelo cansaço físico e psicológico que implica conciliar tempos de vida familiar e de trabalho. O poder de decisão é determinado pela coabitação, pela proximidade geográfica, e pelo número de horas de permanência junto do familiar.

Às filhas compete o *papel de decisão, mediação* entre as necessidades que dizem respeito à pessoa cuidada, acrescidas das necessidades da gestão do espaço doméstico (compras), e a relação com o exterior (acompanhamento aos médicos ou assuntos de natureza administrativa). As atividades de execução são incumbência das mães, que podem partilhar com empregadas particulares, recurso quase sempre feito por imposição das filhas.

Na situação de partilha ocorrem momentos de tensão familiar, no caso de ser uma relação entre mãe e filha. Os conflitos passageiros são originados, sobretudo, pela reticência face ao recurso a apoios exteriores — elemento estranho que vem perturbar o equilíbrio familiar. Quando o enfoque se torna mais centrado na partilha, que implica uma definição de *Quem faz o quê? Quem manda e quem faz?* No fundo uma clarificação entre papéis familiares e poderes no seio da família, a tensão familiar surge como dimensão intrínseca aos cuidados familiares. Esta partilha é interpretada como desigual sempre que existam outros atores com responsabilidades, também no sistema familiar, sobretudo irmãos do sexo masculino, que se demitem do processo de cuidados, ainda que continuem a exercer um papel importante em termos de apoios imateriais (expressam preocupação e afetos através de visitas e telefonemas) e/ou apoios materiais (financeiro, administrativos).

Nesta partilha desigual foram identificados três comportamentos distintos: 1 — o processo desigual é *aceite* (quase sempre pelos



anos de coabitação e de maior convivência com um dos membros da família); 2 — *intencional* (os filhos homens podem ser, também, intencionalmente banidos da esfera dos cuidados para preservar o domínio feminino, por ser uma esfera tradicionalmente atribuída à mulher, onde o poder feminino é dominante); 3 — *conflito*. E aqui há que distinguir tensão familiar e conflito. A tensão familiar pode ser um estado normal da dinâmica familiar, facilmente ultrapassável pela discussão, negociação e consenso.

O conflito familiar pressupõe ruturas, silêncios e diferentes formas de gestão do mesmo — i. *conflito silenciado* — com a evolução da doença e o avolumar das tarefas, as tensões vão-se acumulando até surgir um conflito familiar declarado, que pode ser, desde logo, silenciado de modo a não perturbar o equilíbrio, mas acumulativo de ressentimentos; ii. *o conflito declarado* — um dos elementos é excluído pelos outros membros da família das grandes decisões sobre o processo de cuidados, nem sequer é chamado para situações de necessidade extrema ou de substituição pontual; iii. *conflito distanciado* — pode ser também uma escolha deliberada, em que o próprio se autoexclui do processo, justificado pela incapacidade para lidar com a doença devido ao confronto entre a figura do passado e a figura distorcida do presente (corpo frágil, decrépito pela doença) e a entrada na dependência; iv. a opção pela institucionalização pode constituir, também, uma estratégia de *prevenção do conflito familiar*. A fim de se evitar o conflito, antecipa-se a decisão, ou seja, numa fratria mista, sem que nenhum dos(as) irmãos(ãs) se torne voluntário(a), pois todos possuem responsabilidades familiares igualitárias, a solução encontrada é o recurso ao lar, surgindo como solução neutralizada de consenso e não geradora de conflitos ou de desequilíbrios familiares.

A fragilidade das próprias relações familiares origina que os cuidados sejam também encarados como um *sacrifício*, onde prevalece um critério moral, a piedade. Os cuidados podem ser também

concebidos como um fardo, um peso, uma sobrecarga de tarefas. Para um pequeno subgrupo de cuidadores, falar em violência física suscita, entre os entrevistados, duplos sentimentos de culpa e de vergonha porque ninguém gosta de assumir publicamente que se bate numa mãe/pai ou num cônjuge. No entanto, as formas de violência psicológica, como o gritar, insultar, são atos que são mais fáceis de serem admitidos, por vezes normalizados. A negligência, o deixar o familiar horas a fio sozinho em casa, o mudar a fralda somente quando apetece ao cuidador ou, simplesmente, o não querer saber se o familiar comeu ou bebeu ou se os cuidados durante a noite são prestados de acordo com as flutuações de humor do cuidador, são diferentes exemplos que emergem do discurso de um grupo restrito de entrevistados, embora não reconhecidos como formas de negligência e que se diluem também no espaço da família. «Toda a família pode, sob as melhores aparências de boas maneiras, esconder na realidade um inferno» (LESEMANN & MARTIN, 1995, p. 87), tornando a questão da violência um campo movediço da análise sociológica pela sua própria invisibilidade.

## CONCLUSÃO

Este capítulo teve como objetivo dar a conhecer uma realidade invisível que infelizmente é pouco reconhecida socialmente dado que é remetida geralmente para o trabalho doméstico, como um tempo sem valor social e económico. Os cuidados que são prestados pelas famílias são muito mais do que um simples ato de solidariedade familiar, pois acabam por implicar um verdadeiro *trabalho de cuidados*, que envolve diferentes modos de organização (centralização, a orquestração ou a delegação face a terceiros ou, ainda, a partilha desigual), tempos, tarefas, competências, emoções, saberes, ges-

tão de recursos e negociações permanentes, que, quase sempre, se diluem no espaço da família. Eles próprios incorporam estereótipos, reticências face às entreajudas familiares e à própria utilização dos serviços de apoio social e de saúde.

Os cuidados familiares como trabalho doméstico, sem valor económico e social, diluem-se no contexto familiar e tornam-se invisíveis, conhecendo-se pouco sobre o mundo subterrâneo dos cuidados familiares. A maioria dos estudos em Portugal aponta para uma maior presença das mulheres (TORRES *et al.*, 2004; GIL, 2010; PERISTA *et al.*, 2016) nas práticas associadas aos cuidados. No entanto, as novas configurações familiares e uma convivência conjugal mais longa irá certamente ser decisiva na escolha do potencial cuidador, quer seja mulher quer seja homem, o que implicará uma maior participação masculina na cena dos cuidados. Os inúmeros casos de homens cuidadores de idade avançada quebram as barreiras de género nos cuidados. A construção do mito em torno da família e da apetência natural da mulher para cuidar, a designada *geração sanduíche*, tem no fundo escamoteado a questão do género e, por isso, conhece-se pouco sobre o papel do homem nos cuidados familiares (RIBEIRO, 2012).

As práticas de cuidar de alguém em situação de incapacidade funcional, não são, de uma forma global, processos consensuais e uniformes, e os diferentes posicionamentos evidenciam e permitem fazer a rutura com a apetência natural para cuidar, como sendo um assunto essencialmente feminino. De igual modo, o estudo empírico veio efetuar a rutura com um modelo único de solidariedade. Os cuidados familiares têm subjacentes afetos (amor, dever), reciprocidade, aprendizagem relacional, mas também desigualdade de género, poder, tensão e conflito familiar. As práticas de cuidar têm, assim, pouco de passividade e de consenso, podendo, por vezes, ocultar situações de violência familiar (sobretudo negligência e violência psicológica), o que

torna o conflito uma dimensão transversal aos diferentes modos de organização.

A escolha do título *Os dois lados da moeda* torna o ato de cuidar uma categoria analítica que carece de mais investigação. Além disso, enquanto categoria política, é premente serem pensadas novas soluções públicas e privadas, dadas as transformações demográficas e familiares que se perspetivam para a sociedade portuguesa.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arber, S. & Ginn, J. (1990). The meaning of informal care: gender and the contribution of elderly people. *Ageing and Society*, 10, 429-454
- Attias-Donfut, C. (1995). *Les solidarités entre générations, vieillesse, familles, État*. Paris: Nathan.
- Clarke, E. J., Preston, M., Raksin, J & Bengston, V. (1999). Types of conflicts and tension between older parents and adult children. *Gerontologist*, 39, 261-270
- Comas-d`Argemir, D. (2016). Hombres cuidadores: barreras de género y modelos emergentes, *Psicoperspectivas — Individuo y Sociedad*, 15 (3),10-22
- Eurostat (2011). *The social situation in the European Union*. Bruxelas: Comissão Europeia
- Gaymu, J., EkamPer, P. & Beets, G. (2007). Who will be caring for Europe's dependent elders in 2030?, *Population*, 62 (4), 675-706
- Gil, P. M. (1998). *Solidariedades intergeracionais e Instituições de Velhice*. Dissertação de Mestrado em Sociologia — Família e População, Universidade de Évora, Portugal.
- Gil, A. P. M., (2010). *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia
- Gil, A. P., Santos, A. J., Kislaya, I. & Nicolau, R. (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
- Godbout, J. & Caillé, A. (1992). *L'Esprit du don*. Paris: La Découvert
- Godbout, J. & Carbonneau, J. (1993). La dette positive dans le lien familial. *La Revue du MAUSS*, 1, 235-257
- Godbout, J. & Charbonneau, J. (1994). L'affectif, l'obligation et le don. *Informations Sociales*. 35/36, 41-48
- ISS — IP (2005). *Situação Social dos doentes de Alzheimer — um estudo exploratório*. Lisboa: Instituto da Segurança Social/Fundação Montepio Geral
- INE — Instituto Nacional de Estatística. *Recenseamentos Gerais da População, 1991, 2001, 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística

- INE — Instituto Nacional de Estatística. *Projeções demográficas (2012-2060)*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Lachs, M., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L. & Horwitz, R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *The Gerontologist*, 37 (4), 469-474
- Lesemann, F. & Martin, C. (1995). Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos. Ao encontro de um «welfare-mix». *Sociologia — problemas e práticas*, 17, 115-139
- Luescher, K. & Pillemer, K. (1998). Intergenerational ambivalence: a new approach to the study of parent-child relations in later life. *Journal of Marriage and the Family*. 60, 413-425
- Luecher, K. (2000). Ambivalence: a key concept for the study of intergenerational relations. Family issues between gender and generations. European Observatory on family matters at the Austrian Institute for Family Studies. *Employment e social affairs*, 2,11-25
- Luecher, K. (2002). Intergenerational ambivalence: further steps in theory and research. *Journal of Marriage and Family*, 64, 585-593
- Martin, C. (2003). *La dépendance des personnes Âgées — Quelles politiques en Europe?* Rennes: Editions de L'École Nationale de la Santé Publique
- O'Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreddie, C., Scholes, S., Constantine, R., Tinker, A., Manthorpe, J., Biggs, S. & Erens, B. (2007). *UK study of elder abuse and neglect of older people: Prevalance survey report*. Londres: National Centre for Social Research
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2017). *Health at a glance 2017* Paris: OECD indicatorss.
- Paveza, G., Cohen, D., Eisdirfer, C., Freels, S., Semla, T., Asford, J., Gorelick, P., Hirschman, R., Luchins, D. & Levy, P. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 32 (4), 493-497
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S. & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30 (5), 583-594
- Perista, H. (1999). Trabalho, família e usos do tempo — uma questão de género. *Sociedade e Trabalho*, 6, 68-73
- Perista, H., Cardoso, A., Brázia, A. Abrantes, M. & Perista, P. (2016). *Os Usos do Tempo de Homens e de Mulheres em Portugal*. Lisboa: CESIS
- Ribeiro, O. (2012). Género e Envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (org), *Manual de Gerontologia — Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Rozenkier, A. & Renaut, S. (1995). Les familles à l'épreuve de la dépendance. In C. Attias-Donfut (org), *Les solidarités entre Générations — Vieillesse, Familles, État* (181-208). Paris: Nathan
- Saillant, F. (1992). La part des femmes dans les soins de santé. *Revue Internationale D'Action Communautaire*, 28 (68), 95-106
- Saillant, F. & Gagnon, É. (2001). Responsabilité pour autrui et dépendance dans la modernité avancée. Le cas d'aide aux proches. *Lien social et politiques*, 46, 55-69

- Steinnetz, S. K. (1988). *Duty bound: elder abuse and family care*. Newbury: Sage.
- Sundstrom, G. (1994). Les solidarités familiales: tour d'horizon des tendances. *Études de politique sociale (Protéger les personnes âgées dépendante)*, 14, 15-58
- Tortosa, J. M. (2004). *Personas Mayores y Malos Tratos*. Madrid: Psicología Pirámide
- Torres, A. (coord), Vieira da Silva, F., Monteiro, T. L., Cabrita, M. (2004). *Homens e Mulheres entre família e trabalho*. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego
- Wenger, C. (1990). Elderly Carers: The need for appropriate intervention. *Ageing and Society*, 10, 197-219
- Zarit, S. H., Reever, K. E. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655