

ISCTE  **IUL**
Instituto Universitário de Lisboa

Departamento de Sociologia

Como se relacionam
as diferentes gerações na família em ambiente hospitalar

António Manuel de Jesus Fernandes

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Sociologia

Orientadora:

Professora Doutora Maria das Dores Horta Guerreiro,

Professora Associada

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Co-orientadora:

Professora Doutora Inês Conceição Farinha Pereira,

Professora Auxiliar Convidada

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2017

Agradeço,

Aos meus Pais, ofereceram-me a Vida, presente misterioso e belo, profundo e enriquecedor.

Aos Missionários da Consolata, que me ajudaram a abraçar o Outro, a derrubar fronteiras a caminhar sem medo, confiante Naquele que é a razão de toda a esperança.

Às Professoras Doutoras Maria das Dores Guerreiro e Inês Pereira, pela atenção, profissionalismo com que me acompanharam na elaboração do trabalho.

Ao Carlos Liz, que sempre me incentivou a redescobrir a beleza do Espírito que cria e recria a Vida.

À direção do Hospital Vila Franca de Xira, que me permitiu a realização do estágio curricular e da pesquisa para a presente dissertação.

Aos doentes, na fragilidade humana, que me enriqueceram com a sua presença, fortaleceram-me com o seu testemunho, cuidaram-me no seu mistério.

A todos, que ao longo deste caminho, me ofereceram a beleza do encontro, a ternura do olhar, o calor do abraço amigo.

RESUMO

Confrontados com as contínuas mudanças hodiernas em todas as esferas da vida social em que estamos envolvidos, a família, na sua estrutura nuclear, tem-se ajustado e recriado. Neste processo de interação e construções quotidianas, as diferentes gerações, confrontam-se, organizam-se e contribuem com novos conteúdos.

A fragilidade humana, inerente a todo o ser humano nas diferentes fases da vida, é uma realidade incontornável. As famílias confrontadas com esta condicionante, naturalmente, reconfiguram-se.

O conceito de *hospital* tem as suas origens no vocábulo *hospe*: “hóspede” ou “visita”, do qual resulta *hospitalitas*: “hospitalidade”. A visita é um aspeto fundamental na arte de acolher e cuidar. Todos os intervenientes (médicos/ enfermeiros/ auxiliares/ doentes/ familiares) são protagonistas no processo de criar condições de hospitalidade.

O estudo, de natureza qualitativa, desenvolveu-se no Hospital Vila Franca de Xira, na Unidade de Medicina Interna, através de entrevistas e conversas com doentes com o intuito de compreender como interagem as diferentes gerações no processo de acompanhar e cuidar da pessoa fragilizada.

Quem visita? Que sentimentos, emoções, valores são percebidos pelo doente durante o seu internamento? Como se vivem e são percecionadas, a partir da hospitalização, as relações familiares/ intergeracionais?

As respostas dadas pela família, nas diferentes gerações que a compõem, estão muito dependentes de fatores externos e internos que condicionam a forma e o modo como esta acompanha e cuida da pessoa hospitalizada.

Existe um longo caminho a construir para proporcionar hospitalidade, neste processo em que o ser humano é confrontado com a fragilidade.

Palavras-chave: família, geração, intergeração, hospitalização, cuidar.

SUMMARY

Faced with continuous changes in all spheres of social life in which we are involved, the family in its nuclear structure has adjusted and reformed itself with the changes. In this process of daily interactions and developments, different generations, confront, organize themselves and contribute with new contents in this construction.

The human frailty inherent in every human being, in the different phases of life, is an unavoidable reality, and families faced with this condition naturally form new reconfigurations.

The concept of hospital has its origin in the word *hospe*: "guest" or "visitor" of which results *hospitalitas*: "hospitality". Visit is a fundamental aspect in the art of welcoming and caring. Thus, all the participants (nurses / patients / relatives), are protagonists in this process of creating conditions of hospitality.

The qualitative study was carried out at Vila Franca de Xira Hospital, in the Internal Medicine Unit, through interviews and dialogues with patients in order to understand how different generations interact in the process of accompanying and caring for the fragile person.

Who visits? What feelings, emotions, values are perceived by the patient during his hospitalization. How are family or intergenerational relationships lived and perceived from hospitalization?

The responses given by the family in the different generations that comprise it, are very dependent on external and internal factors that determine the form and manner of accompanying and caring for the hospitalized person.

There is a long way to build in order to provide hospitality, in this process in which human being is met with fragility.

Keywords: Family, generation, intergeneration, hospitalization, caring

Índice

I.	INTRODUÇÃO.....	09
II.	REALIDADES DA SOCIEDADE PORTUGUESA	11
2.1	Globalização, novas tecnologias.....	11
2.2	Dinâmicas demográficas	12
2.3	Expansão, contração intergeracional e multigeracionalidade	14
III.	FAMILIA, GERAÇÕES E INTERGERACIONALIDADE	17
3.1	Diferentes rostos da família: a dicotomia passado - presente	17
3.1.1	Matrimónio e residência como referência	17
3.1.2	Novas configurações: família aberta e dinâmica	18
3.2	Gerações.....	23
3.2.1	Experiências e vivências comuns.....	24
3.2.2	Diferenças geracionais.....	25
3.2.3	A centralidade da juventude numa sociedade de idosos	26
3.3	Intergeracionalidade	28
3.3.1	Implicações na estrutura familiar.....	28
3.3.2	Solidariedades intergeracionais	30
IV.	A HOSPITALIZAÇÃO.....	33
4.1	Prestação de cuidados: profissionais de saúde	33
4.2	A inclusão das famílias.....	34
4.3	O tempo de internamento.....	34
V.	SITUAÇÃO DE DOENÇA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	35
5.1	Crise e capacidade de adaptação	35
5.2	Cuidar.....	36
5.2.1	Participar e envolver-se	37
5.2.2	A importância da comunidade	38
5.2.3	A importância das novas tecnologias.....	39
VI.	METODOLOGIA	41

VII.	AS RELAÇÕES INTERGERACIONAIS COM O DOENTE	43
7.1	Os doentes: sexo, idade, estado civil, escolaridade, procedência	43
7.2	As visitas: sofrimento e cuidado	44
7.2.1	Quem e quando se visita.....	45
7.3	A importância dos meios de comunicação: utilização do telemóvel.....	49
7.4	O valor das visitas e o horário das visitas	52
7.5	Emoções e sentimentos,.....	55
7.6	Tempo e qualidade na prestação dos cuidados pelos profissionais de saúde..	58
	CONCLUSÕES.....	61
1.	A importância da presença e do cuidado familiar.....	61
2.	Distância geracional - a força das novas tecnologias	63
3.	Fatores limitativos:	63
	BIBLIOGRAFIA.....	67

INDICE DE QUADROS

Quadro 7.1 - Identificação dos doentes	44
Quadro 7.2 - Frequência das visitas	46
Quadro 7.3 - Idade dos visitantes.....	47
Quadro 7.4 - Ausentes-presentes e ausentes-ausentes	51
Quadro 7.5 - Solidariedades geracionais	51
Quadro 7.6 - Valor das visitas e importância do horário das visitas	54
Quadro 7.7 - Emoções e sentimentos	55
Quadro 7.8 - Emoções e sentimentos em correlação com as diferentes gerações.	56
Quadro 7.9 - A intensidade geracional nas visitas	57

INDICE DE FIGURAS

Figura 3.1	Transformações familiares	20
Figura 7.1	Uso do telemóvel	49
Figura 7.2	Grau de satisfação com os profissionais de saúde	58

ANEXOS	I
Anexo A Declaração	II
Anexo B Ficha de observação	III
Anexo C Guia de entrevista	IV
Anexo D Consentimento	V
Anexo E O Hospital Vila Franca Xira	VI

I. INTRODUÇÃO

Compreender a realidade do ser humano, refletir sobre ela são atitudes essenciais e imprescindíveis para a aproximação às diferentes dimensões que, como pessoas membros de uma sociedade, construímos e experienciamos. A dinâmica da vida, o contínuo fluir de relações, as constantes mudanças inerentes a todo este processo impelem o ser humano a uma contínua reflexão sobre a ação social e a compreensão da mesma. Neste processo histórico e social no qual estamos inseridos e do qual somos protagonistas de uma forma consciente ou inconsciente, somos confrontados, diariamente, com situações limite, que implicam uma reestruturação das diferentes ações e papéis. É importante, neste processo de contínua interação que se estabelece entre todos os intervenientes, um olhar atento sobre os verdadeiros protagonistas deste devir histórico e social.

O presente trabalho de pesquisa tem como finalidade observar, perceber e compreender como, em situações limite, os diferentes agentes interagem durante um processo de internamento hospitalar tendo como ótica o quadro de relações familiares e geracionais. A partir da realidade do Hospital Vila Franca de Xira, especificamente, na unidade de Medicina Interna, desejo analisar o modo como interagem as diferentes gerações (jovens, adultos, idosos) com a pessoa fragilizada física e emocionalmente durante o período de hospitalização.

Metodologicamente, optei por aproximar-me da realidade sob o prisma da família, fazendo recurso a uma metodologia qualitativa e a observação direta ou participante, captando quer os comportamentos dos diferentes agentes quer as relações que entre os mesmos se estabelecem. A aproximação não pretende ser exaustiva. Porém deve ter como base a família, que é o espaço por excelência onde o “confronto” intergeracional é permanente e indissociável. Esta aproximação permitirá um olhar reflexivo a partir das mudanças que confluem em novos paradigmas da realidade.

Como se relacionam as diferentes gerações na família em ambiente hospitalar

II. REALIDADES DA SOCIEDADE PORTUGUESA

2.1 Globalização, novas tecnologias

As novas tecnologias e o uso das mesmas por um maior número de pessoas, a interconetividade, que permite estabelecer novas relações é um elemento fundamental a ter presente no conjunto de relações e interações que se estabelecem entre as diferentes gerações.¹ A internet é um dos grandes motores propulsores da nossa sociedade. Castells define esta rede mundial como uma “extraordinária aventura humana”. Isto permite o transgredir de regras institucionais, superar barreiras burocráticas e a subversão de valores pré-estabelecidos no processo de criação do novo. O uso da internet permite a coordenação de tarefas e a gestão da complexidade, fomenta a expressão individualizada e comunicação global e horizontal (Castells, 2007: 440).

Com uma sociedade conectada, a interação entre pessoas não se limita ao seu espaço geográfico, aumentando esse limite para uma escala planetária. É através desta ligação que as pessoas interagem entre si. A partilha é de tal maneira enquadrada e formal que dá origem a relações nos campos do trabalho, consumo, cultura, entre outros. Se as TIC – com maior ênfase para a internet – não existissem, essa partilha não seria tão fácil de se concretizar (Meireles, 2009). Noções de tempo, espaço, território, proximidade, são constantemente redefinidas e repensadas. Criam-se relações afetivas à distância, com enorme facilidade. Existe um maior anonimato e “maior presença” virtual, onde os espaços territoriais se alargam enormemente.

A globalização do mercado e as crises económicas recentes provocaram e acentuaram uma tendência – fazendo uso dessa facilidade de encurtamento de distâncias - de mobilidade que geram uma crescente distância geográfica.² As alterações demográficas têm importantes implicações no tecido da família, no exercício dos papéis sociais no seu seio, como no modo e forma como as diferentes gerações interagem entre si.

O trabalho precário entre os membros da família perspectiva exclusão social e falta de apoio

¹ Setenta (70%) das famílias portuguesas têm acesso à internet em casa, a maioria em banda larga. O acesso à internet através de banda larga predomina entre as famílias com crianças (90%), INE, Destaque, Informação à comunicação social, 17 Novembro 2015, p. 1.

² Em Portugal, passou-se sensivelmente de um registo 40.000 emigrantes em 2001, situando-se em 2015 sensivelmente em 115.000; <http://observatorioemigracao.pt/np4/5751.html>.

familiar em situações de fragilidade.³

No sistema familiar, as mudanças são contínuas e, nas últimas décadas, o aumento significativo dos meios de comunicação e da carga de informações provenientes de várias fontes, influenciam a quantidade, qualidade e disponibilidade e os modos de comunicação no quadro relações familiares. A verdade é que são cada vez maiores as dificuldades em lidar com os problemas que nos rodeiam. Isto manifesta-se na falta de capacidade que o indivíduo tem em comunicar com o próximo (Lipovetsky 2004).

Na sociedade virtual há um ser humano – produto, que se alimenta dos microssistemas, que vive mecanizado, sem tempo para ver e relacionar-se com o outro (Palmeirão, 2007: 125-134). Segundo este autor, o individualismo enfraquece e banaliza valores éticos, morais e afetivos, o que, juntamente com o consumismo e a diminuição da solidariedade, proporciona a valorização do ter em relação ao ser.

Ao transpor estas mudanças para as relações humanas, de modo geral, nota-se uma perda gradativa de espaço e tempo para a assimilação, reflexão e convívio de maior comunicação, proximidade, intimidade, designadamente no âmbito familiar, sobretudo quando existem situações de fragilidade.

2.2 Dinâmicas demográficas

O envelhecimento da sociedade portuguesa é um fenómeno permanente nas últimas décadas.⁴ As alterações na estrutura etária da população, refletem-se na continuação do processo de

³ A taxa de risco de pobreza em Portugal antes de efetuadas as transferências sociais para as famílias era de 25,3%, no ano de 2011. Após essas transferências monetárias, a taxa de risco de pobreza situou-se em 17,9%. Isto significa que as transferências de rendimento do Estado para as famílias diminuíram em 7,4 pontos percentuais e 29,2% o valor deste indicador;

<https://observatorio-das-desigualdades.com/2014/07/28/risco-de-pobreza-em-portugal-e-na-europa/#more-1462>.

⁴ Em 2016 a população residente em Portugal foi estimada em 10 309 573 pessoas – das quais 4 882 456 homens e 5 427 117 mulheres – valor que representa uma diminuição da população residente de 31 757 habitantes face ao ano anterior, correspondendo a uma taxa de crescimento efetivo negativa de -0,31% (-0,32% em 2015). Mantém-se assim a tendência de decréscimo populacional verificada desde 2010 ainda que se tenha atenuado nos últimos três anos. INE, Estatísticas demográficas 2016, Lisboa, 2017, p. 19.

envelhecimento demográfico, verificando-se um aumento da idade média da população residente em Portugal.⁵

O envelhecimento continuará provocando importantes repercussões: a nível social e económico, nos custos de prestação de cuidados aos idosos e utilização de serviços, particularmente na área da saúde, (Figueiredo e Sousa, 2001: 189-210); no contexto relacional dos indivíduos, dos quais se destaca a esfera familiar, onde uma geração é adicionada à estrutura de muitas famílias (Bengtson Lowenstein, Putney, e Gans 2003: 1-24); nas mudanças das estruturas familiares. Em Portugal a dimensão média das famílias reduziu-se significativamente em 50 anos⁶. Esta é uma característica idiossincrática da modernidade, que a distingue das restantes épocas da História da Humanidade. O envelhecimento é definido como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevada para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos.⁷

Este fenómeno deve-se à melhoria significativa da qualidade de vida, ao longo dos tempos, mas sobretudo no decorrer do século XX (Cabrillo e Cachafeiro, 1992), com o conseqüente aumento da esperança média de vida à nascença. No triénio 2014-2016 a esperança de vida à nascença para a população residente em Portugal foi estimada em 80,62 anos, mantendo-se a tendência de aumento da longevidade.⁸

O aumento da longevidade e o decréscimo na fertilidade aumenta ou reduz a duração e o desempenho de papéis sociais, como os de cônjuge, progenitor, filho não dependente, irmão, avô, bisavô etc. A longevidade, na sociedade atual, nem sempre corresponde ao aumento de

⁵ De 42,4 para 43,9 anos, entre 2011 e 2016; INE, Estatísticas demográficas 2016, Lisboa, 2017, p. 19.

⁶ Passando de 3,8 pessoas por família, em 1960, para 2,6 pessoas, em 2011. O casal (com e sem filhos) continua a ser a forma predominante de organização da vida familiar (62% das famílias em 1960 e 59% em 2011). Nos últimos 50 anos assistiu-se ao aumento do peso relativo dos casais sem filhos (de 15% em 1960, para 24% em 2011), dos núcleos familiares monoparentais (de 6% em 1960, para 9% em 2011) e das pessoas que vivem sós (de 12% em 1960, para 20% em 2011) e à diminuição do peso das famílias complexas (de 15% em 1960, para 9% em 2011); INE, Destaque, Informação à comunicação social, 20 Novembro 2013, p. 1.

⁷ Registou-se um novo aumento do número de nascimentos (87 126 nados-vivos), contudo esse aumento foi insuficiente para compensar o número de óbitos (110 535), mantendo-se o saldo natural negativo (-23 409 em 2016, comparado a -23 011 em 2015); INE, Destaque, Informação à comunicação social, 16 Junho 2017, p. 1.

⁸ 77,61 para os homens e de 83,33 para as mulheres; INE, Estatísticas demográficas 2016, Lisboa, 2017, p. 59.

qualidade de vida. O número de pessoas que vivem sozinhas (Guerreiro, 2004; Guerreiro e Caetano, 2014), a falta de assistência condigna (social/afetiva e médica) são aspetos críticos na sociedade atual. Embora se promova uma velhice mais ativa e saudável, viver mais poderá conduzir a períodos de maior fragilidade e incapacidade da pessoa idosa levando à necessidade de um maior apoio e acompanhamento. A par da globalização, das mudanças na organização familiar, do ambiente e da pobreza, o envelhecimento é um dos desafios mais relevantes na agenda de reforma do estado (Capucha, 2014: 10).

Portugal tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais da Europa, a menor taxa de prestação de cuidados não domiciliários e uma das menores taxas de cobertura de cuidados formais, principalmente em função da escassez de trabalhadores formais⁹. A tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas na Europa e Portugal não é exceção, com um crescente aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo de jovens e de pessoas em idade ativa na população total.¹⁰

2.3 Expansão, contração geracional e multigeracionalidade

Em concomitância com o fenómeno de “expansão intergeracional”, fruto da melhoria da qualidade de vida, condensado no aumento do número de gerações que convivem, ocorre paralelamente, e por consequência das quedas nos índices de fertilidade, outro fenómeno: a “contração intrageracional”, ou seja, a diminuição do número de indivíduos em cada geração, na família.¹¹

As famílias modernas, que surgiram na grande maioria das sociedades industrializadas do ocidente, apresentam uma forte tendência para a multigeracionalidade. Esta tendência

⁹ Entidade Reguladora da Saúde (ERS), "Acesso, qualidade e concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos" <https://www.jn.pt/nacional/saude/interior/portugal-tem-a-maior-taxa-europeia-de-cuidadores-informais-a-dependentes-4985300.html>; consultado abril 2017.

¹⁰ Entre 2012 e 2013, ano mais recente para o qual existem dados comparáveis disponibilizados pelo Eurostat, no conjunto dos 28 países da União Europeia (UE28), observou-se um decréscimo da proporção da população jovem de 15,7% para 15,6%, um decréscimo da proporção de pessoas em idade ativa de 66,7% para 65,2%, e um aumento da proporção de idosos de 17,6% para 19,2%. INE, Estatísticas demográficas 2016, Lisboa 2017, p. 35.

¹¹ Assim, em 1960 a média de filhos por mulher era superior a 3, sendo atualmente (2016) de 1,36; Pordata, FFMS, pag. 13; edição 2017.

multigeracional tem também como característica os poucos efetivos por geração, devido ao baixo índice de natalidade, razão pela qual Bengtson, Rosenthal e Burton (1990: 263-287) avançaram com a designação “famílias em feijoeiro”. A extensão da família sobre o seu eixo vertical (Mietkiewicz e Jolliot, 2004: 330-333) torna também cada vez maior o número de pessoas que vive uma parte das suas vidas em sistemas familiares com três ou quatro gerações (Harper, 2004. 82-94).

Como se relacionam as diferentes gerações na família em ambiente hospitalar

III. FAMÍLIA, GERAÇÕES E INTERGERACIONALIDADE

3.1. Diferentes rostos da família: dicotomia passado - presente

O ser humano é um ser sociável, membro de uma família e de uma comunidade. A necessidade de socialização do indivíduo é intrínseca. Vive em comunidade, integra-se num contexto social e familiar que o influencia desde o nascimento até à morte. (Berger, e Luckmann, 1974).

Todos sabemos o que é a família, em moldes ideal-típicos, como funciona, quais as principais preocupações e quais as competências que lhe são atribuídas. Encontramos nela um lugar de partilha de afetos, de cuidados e de responsabilidades. A família é uma instituição presente em todas as sociedades humanas. As formas e funções da mesma são extremamente variáveis no tempo e, para uma mesma época, de uma sociedade para outra. A família é portanto um fenómeno essencialmente cultural.

O seu conteúdo polissémico cobre um “leque de conteúdos que diferem consoante as circunstâncias do discurso e dos países” (Segalen, 1999: 33), o que dar azo a mal-entendidos. Neste sentido Fuster e Ochoa (2000: 36) consideram que a definição do conceito é um dos primeiros e mais complexos problemas que se colocam ao investigador.

3.1.1 Matrimónio e residência como referência

O discurso sociológico e antropológico de finais do século XIX e princípios do século XX, influenciado pela corrente do evolucionismo social, perspectivava a família nuclear como produto final. O desenvolvimento da sociedade industrial supõe a generalização do modelo da família nuclear caracterizado pelo domicílio separado e pela rutura entre os filhos casados e o conjunto familiar. O desenvolvimento da família nuclear responderia às exigências de mobilidade geográfica e profissional requeridas pelas sociedades industriais. Esta visão encontra-se expressa, nos trabalhos de Talcott Parsons (1959, in Fuster e Ochoa, 2000). De carácter eminentemente positivista e funcionalista, considerava que as duas tarefas primordiais da família eram a socialização e desenvolvimento das crianças e a estabilidade do casal. A tese de Parsons não é entretanto desprovida de todo o interesse: a autonomia da família nuclear em relação ao conjunto familiar é hoje mais vincada do que ontem, ainda que não se possa falar por esse facto de uma rutura de gerações. De facto, numerosos serviços prestados pela família

de origem, ao jovem casal permitem-lhe reforçar a sua independência. A manutenção das relações familiares não é incompatível com a “nuclearização” da família.

As estruturas formais da coabitação doméstica são um elemento central para a compreensão das modalidades “organizacionais” da vida familiar, explicando também as dinâmicas sociais dos grupos familiares e, consequência, das tendências estruturais dos modos de reprodução social das sociedades (Vasconcelos 2003).

O matrimónio, a rede extensa de familiares, o desenvolvimento dos grupos de parentela ao longo do tempo, podem ser considerados diferentes manifestações do sistema familiar pois “representan aspectos diferentes y complementarios de una institución que tenía y tiene capacidad para exigir lazos de lealtad y autoridad” (Fuster & Ochoa, 2000: 36).

A família é uma sociedade formada por indivíduos unidos por laços de sangue ou de afinidade. Os laços de sangue resultam da descendência, a afinidade dá-se com a entrada dos cônjuges e seus parentes que se agregam à entidade familiar pelo casamento (Nogueira, 2007). As exigências laborais de uma sociedade industrial, que requeria uma força de trabalho móvel e flexível, eram incompatíveis com a estrutura da família extensa ou alargada. A “nova” organização atomista – a família nuclear isolada – era uma resposta adaptativa da família aos condicionantes externos. Eis porque não é natural, mas sim socialmente construída.

3.1.2. Novas configurações: família aberta e dinâmica

As funções atribuídas à família, de caráter universal, correspondem essencialmente a perpetuar a espécie humana, cuidar dos mais velhos e incapacitados, dar nome e status, socialização da pessoa, com relação a normas e padrões, dar segurança.

O senso comum veicula uma imagem das famílias de outrora como muito numerosas e vivendo em coabitação, assumindo na contemporaneidade uma conversão gradual em torno da forma nuclear, fruto das necessidades funcionais da economia industrial. Esta representação está enraizada no discurso que segregava a vida familiar em dois polos diacrónicos: “el discurso ideológico en el pasado y en el momento actual gira en torno a dos tipos simplificados de familia supuestamente idealizados que forman parte de la imagenería popular y de algunos científicos sociales: por una parte, la gran familia extensa de antaño, y, por otra, la familia reducida

contemporânea o família nuclear. Para Segalen éste es un contraste maniqueo entre lo que era bueno y lo que es malo ”(Fuster & Ochoa, 2000. 44).

A questão da mudança na vivência familiar faz parte do debate contemporâneo.¹² Reportando-se à questão do aumento da incidência do divórcio. O número de divórcios tem aumentado de forma acentuada desde 1975, ano em que as pessoas casadas catolicamente passaram a poder obter o divórcio civil.¹³

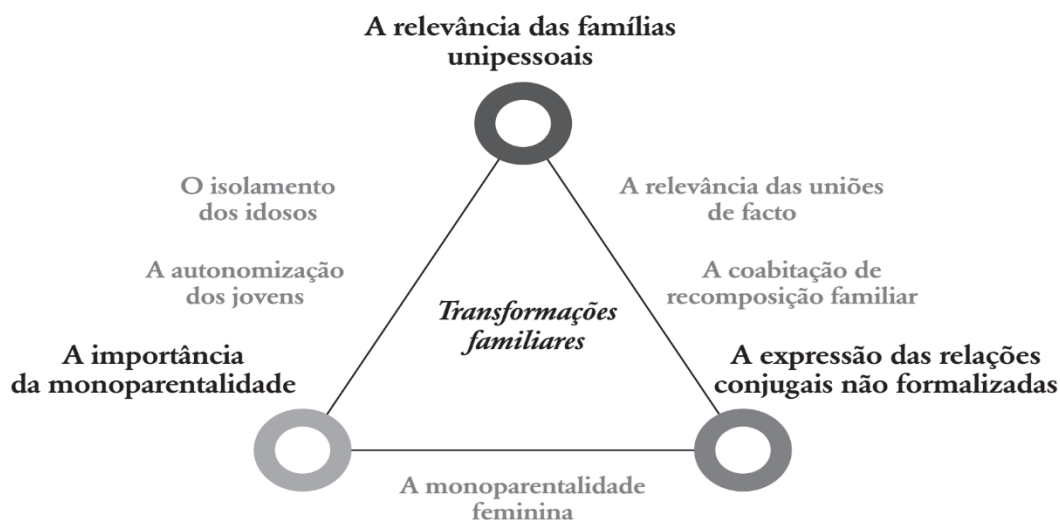
Ao longo do tempo modificou-se profundamente a estrutura e a dinâmica familiar na sua organização interna, devido à diminuição do número médio de filhos, da fecundidade e consequentemente das famílias numerosas, com aumento do número de pessoas que vivem sozinhas, e famílias recompostas em virtude do número de divórcios, das uniões de facto e uniões livres, fruto de novas dinâmicas internas do casal e da família, agora menos orientadas por lógicas institucionais e mais centradas em lógicas companheiristas, democráticas e de maior autonomia, quer dos casais em relação ao grupo de parentesco, quer dos indivíduos na família (Guerreiro, Torres e Lobo, 2007; Dias, 2011:139-156).

A diversidade de modelos familiares e a crescente desinstitucionalização dos laços conjugais (Aboim, 2006) são elementos-chave para compreender as mudanças das famílias em Portugal.

¹² Em 1960, um terço da população trabalhava na agricultura, o índice sintético de fecundidade era de 3,2 filhos, 91% dos casamentos eram católicos e, por lei, a mulher era responsável pelo governo da casa e devia obediência ao marido. Em termos de funcionamento familiar, havia uma forte diferenciação de género, estando apenas 18% das mulheres entre os 15 e os 65 anos inseridas formalmente no mercado de trabalho. Nas últimas décadas as mudanças foram, intensas: em 2011 apenas 3,1% da população empregada trabalhava no sector primário, o número de filhos por mulher era de 1,4, apenas 40% dos casamentos eram religiosos, a maioria das mulheres eram ativas e, por lei, ambos os cônjuges passaram a ser igualmente responsáveis pela vida doméstica e familiar (Karin Wall, Vanessa Cunha e Vasco Ramos, 2014).

¹³ O número de divórcios tem aumentado de forma acentuada desde 1975, ano em que os indivíduos casados catolicamente passaram a poder obter o divórcio civil, por via de um protocolo adicional à Concordata. Em 1975, Portugal contabilizava 1 550 divórcios e em 2011 este valor correspondia a 26 751 divórcios. O ano 2002 registou o número mais elevado de divórcios decretados (27 708), em grande parte devido às alterações legislativas introduzidas nesse ano, relativas aos divórcios por mútuo consentimento decretados nas conservatórias do registo civil (INE 2013).

Figura 3.1. Transformações familiares



Nunes, Cátia (2014)

Há outros fatores que contribuem para as novas configurações do sistema familiar: a família sofre influências políticas, sociais, económicas, religiosas e culturais do contexto onde está inserida, desenvolvendo mudanças nos papéis e nas relações, no seu interior, implicando deste modo uma alteração na estrutura no que diz respeito à composição familiar (Dias, 2011: 139-156). As alterações demográficas, no mundo do trabalho, a temporalidade dos contratos de trabalho são realidades que implicam a construção de novos paradigmas nas relações entre as diferentes gerações. Com o processo de democratização e modernização no país, a partir de 1974, “o novo quadro legal então produzido em muito contribuiu para a redefinição da instituição familiar” (Guerreiro 2017). Não são só as políticas nacionais e europeias que influenciam a estrutura da família e as suas dinâmicas, a própria sociedade se alterou rapidamente nos últimos anos, levando as pessoas a adequar os seus projetos familiares a novas realidades profissionais e sociais. Seja qual for o modelo adotado, na opinião de Dias (2011), a família é sempre um conjunto de pessoas consideradas como unidade social, como um todo sistémico onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior. Desempenha um papel fundamental no contexto sociocultural. Não se fecha sobre si mesma, é dinâmica e interage com as transformações da sociedade.

A partir das diversas concepções de família e da própria vivência familiar, a família é um sistema inserido na multiplicidade de contextos e constituída por pessoas que partilham sentimentos e valores, produzindo laços de interesse e de solidariedade com características e funcionalidades muito próprias. Assumem ou renunciam a funções de proteção e socialização dos seus membros como resposta às necessidades da sociedade a que pertencem (Monteiro, 2010: 212).

Dimmock e colaboradores referem: “There is a tendency for some research to start from an assumption that family change and discontinuity is somehow new, or on a new scale (...) Current concerns about dealing with family change and its intergenerational consequences are not new, even if a major cause of change, divorce, and remarriage on a mass scale, is. It should also be noted that part of the concern is created by assumptions that family life is significantly less stable now than it was in the past. There are arguments on both sides in this area, but it is a contested matter, not a fact” (Dimmock et al., 2004: 82-94).

Sussman, argumenta que os laços familiares forjados entre as gerações têm uma influência decisiva nos processos familiares e que a família nuclear, longe de se encontrar isolada, está integrada numa rede de assistência e atividade mútua (Sussman, 1988: 1-10).

Vários outros autores trilharam caminhos semelhantes, tiveram o mérito de “desviar o olhar sociológico da conjugalidade” e mostrar que “não é só nos grupos domésticos que se faz a mobilização dos recursos e se vive quotidianamente a vida familiar, mas que as relações sociais primárias e as sociabilidades familiares, em regra, extravasam o grupo de co-residência” (Vasconcelos, 2005: 599-631). A família alargada enquanto experiência relacional ganhou peso.

Entre os autores que reconheceram a importância das relações intergeracionais com membros da família alargada, destacam-se Carter e McGoldrick, que procuraram olhar para o ciclo vital da família com base na conectividade intergeracional. “Our view is that “family” comprises the entire emotional system of at least three and now frequently four, generations. This is the operative emotional field at any given moment. We do not consider the influence of the family to be restricted to the members of a particular household or to a given nuclear family branch of the system. Thus although we recognize the dominant American pattern of separately domiciled nuclear families, they are, in our view, emotional subsystems, reacting to past,

present, and anticipated future relationships within the larger three-generational family system” (Carter e McGoldrick, 2005: 6).

O termo família é assim considerado como um conjunto de elementos emocionalmente ligados, que compreende pelo menos três gerações, mas não só: de certo modo “fazem parte da família” elementos não ligados por questões biológicas, mas que são significativos no contexto relacional do indivíduo, ou indivíduos. Fala-se da família nuclear tradicional (pais e filhos), da família extensa (família alargada com várias gerações) e de elementos significativos (amigos, professores, vizinhos, etc...) (Sampaio e Gameiro 1998: 9). Os laços entre os vários membros do agregado podem ser de consanguinidade, de aliança, de trabalho, de afinidade.

A necessidade de adotar uma definição de “família” mais inclusiva, de forma a considerar os elementos mais idosos, levam Bedford e Blieszner a avançar com a seguinte proposta: “a family is a set of relationships determined by biology, adoption, marriage, and, in some societies, social designation and existing even in the absence of contact or affective involvement and, in some cases, even after the death of certain members”. Os mesmos autores consideram que esta definição é fundamental pelas seguintes razões: “acknowledge that elders are family members (...) recognize the diverse ways in which elders define and execute family relationships (...) account for demographic trends resulting in family relationships that did not exist in the past” (Bedford & Blieszner, 2000: 218). Olhar para além das limitações da residência, parentesco, noções preconcebidas da evolução familiar parece ser um caminho viável para uma melhor compreensão do sistema familiar alargado, multigeracional.

A instituição familiar, na diversidade de modelos e significados que assume nos diferentes períodos históricos, tem revelado forte capacidade de adaptação às mudanças sociais, económicas e culturais, sendo mesmo considerada como participante ativa do processo de modernização e transformação das sociedades (Guerreiro, Torres e Lobo: 2007). A unidade familiar sobrevive em cada um de nós como uma unidade social importante. A evolução do conceito e do enquadramento da família ao longo dos tempos, acompanhando as mudanças religiosas, económicas e sócio-culturais do contexto em que se encontra inserida, traduziu-se em mudanças na própria estrutura e função da família, “constituindo um fenómeno universal, a instituição familiar tem assumido, ao longo dos tempos, diversas formas” (Martins 2002:147).

Estas novas formas de organização familiar que têm surgido, nomeadamente famílias monoparentais e famílias reconstituídas, congregam adultos e crianças sem laços sanguíneos em novas estruturas familiares. Podemos considerar a definição de (Relvas 2004: 10), “a família não depende só dos laços sanguíneos, mas também e, sobretudo, das ligações afetivas.”

Como refere Alarcão (2000: 42), “atendendo à propriedade da totalidade, e de acordo com um dos seus corolários – o da não somatividade – não podemos reduzir a família à soma dos seus elementos (ou componentes) nem dos seus atributos (ou características). A vida da família é algo mais do que a soma das vidas individuais dos seus componentes, pelo que tem sentido observar a interação e equacionar o seu desenvolvimento como sistema total”. A família é um sistema altamente interativo e qualquer ocorrência com um dos seus elementos afeta todo o grupo.

3.2 Gerações

O conceito de geração é mais amplo do que o conceito de idade, e está estritamente associado a influências de normas, fruto dos diversos papéis sociais exercidos ao longo da história. O ser humano no seu processo histórico e na construção social, da qual participa, interage e é constantemente afetado consciente ou inconscientemente, previsível ou imprevisivelmente pela realidade em toda a sua complexidade, podendo ser afetado por influências normativas previsíveis em termos biológicos e geracionais e não normativas surgindo sem previsão, em momentos não determinados.

“As gerações são mais que cortes demográficos. Envolvem segmentos sociais que comportam relações familiares, relações entre amigos e colegas de trabalho, entre vizinhos, entre grupos de desporto, artes, cultura etc... Implicam estilos de vida, modos de ser, saber e fazer, valores, ideias, padrões de comportamento, graus de absorção científica e tecnológica. Comportam memória, ciência, lendas, tabus, mitos, totens, referências religiosas e civis” (Magalhães, 2000: 37).

Através do conteúdo geracional determinados fenómenos culturais acabam por simbolizar diferentes grupos etários e, como consequência, uma geração inteira. O conteúdo geracional contempla questões como: solidariedade, amizade, união, esperança e rebeldia (Goldman, 2002: 1). Cada geração tem interesses próprios, decorrentes das vontades individuais e das

influências políticas, económicas, sociais e culturais, como também, pode ter interesses comuns diante de determinadas questões relacionadas com a vida, a atualidade, a política. Por essa diversidade é que surge a possibilidade de transmitir e adquirir novos saberes a partir das semelhanças e das diferenças de cada geração.

3.2.1 Experiências e vivências comuns

Numa primeira aproximação ao conceito de geração, podemos partir do entendimento de que geração é um grupo de pessoas que partilharam experiências parecidas, têm idades similares e seguem tendências (Buz, Delgado, Bueno Martinez, 2006).

Ao falar de geração, Debert (1998. 60) afirma que “não se refere a pessoas que partilham a mesma idade, mas às que viveram determinados eventos que definem trajetórias passadas e futuras”. Este pensamento é baseado na conceção de geração apresentada por Mannheim (1982). Reúne pessoas que, nascidas numa mesma época, viveram os mesmos acontecimentos históricos e partilham duma mesma experiência histórica. Essa experiência comum dá origem a uma consciência que permanece presente ao longo das suas vidas, influencia a forma como os indivíduos percebem e experimentam novos acontecimentos.

Na perspetiva de Mannheim (1982), uma geração não é um grupo concreto onde os laços que unem os indivíduos são conscientes e desejados. Os membros de uma geração estão unidos entre si em razão de um fenómeno social. Não se pode desfazer. A ligação que têm resulta da semelhante posição que ocupam dentro de um todo social. Assim, pertencer a uma geração é como pertencer a uma classe social. Da mesma forma que aqueles que ocupam um mesmo segmento na sociedade partilham valores, afinidades, visões de mundo, as pessoas que fazem parte da mesma geração também estão ligadas umas às outras – mesmo que não o saibam, não o queiram.

É importante ter presente que o uso do conceito de geração poderia diluir outros fatores, não de menos importância, como é o caso das desigualdades de classe e das desigualdades sociais (Sarmiento 2005). Não se pode diluir o conceito de geração com os efeitos de classe, de género ou de raça na caracterização das posições sociais, mas sim conjugando-o entre eles. Jovens com vinte anos podem experimentar, de forma diferente, acontecimentos

contemporâneos, dependendo da classe social a que pertencem, de ser homem ou mulher, branco ou negro, indígena, etc.

3.2.2 Diferenças geracionais

É importante ter presente que ao falarmos de geração, se parte do princípio que a realidade é socialmente construída. Desde o momento do nascimento, o ser humano está submetido a uma contínua interferência socialmente determinada. O indivíduo produz-se a si mesmo, de modo que o eu não pode ser devidamente compreendido, fora do particular contexto social em que foi formado (Berger & Luckmann, 1974).

A relação entre o ser humano, produtor, e o mundo social - produto de si próprio - é sempre uma relação dialética: o indivíduo e o mundo social atuam reciprocamente um sobre o outro. O processo de transmissão cultural que se faz de uma geração a outra é a transmissão de uma realidade, de um mundo de hábitos e de significados. A perspectiva das gerações é interessante para a análise das relações familiares, pois congrega pessoas que nasceram e cresceram em momentos distintos e, por isso, pessoas que percebem e sentem os acontecimentos e maneira diferente.

A problemática da integração das gerações em contextos de intensas e aceleradas transformações socioculturais foi um assunto explorado por Mannheim. A questão das gerações remete-nos para os impactos das transformações sociais e culturais nas relações intergeracionais. Na base do problema das gerações está a concepção de tempo. A vida social constitui-se dentro de um processo que nunca se interrompe: novos participantes aparecem no processo cultural (as pessoas nascem); outros desaparecem (as pessoas morrem); os membros de qualquer geração só podem participar num período delimitado do processo histórico (o tempo de vida); torna-se necessário transmitir continuamente a herança cultural acumulada (transmissão cultural intergeracional). A cada geração nos diferentes momentos históricos são atribuídos distintos papéis sociais e modos de relacionamento com as gerações ascendentes ou descendentes.

A intensidade e a aceleração dos processos de mudanças tecnológicas, sociais, culturais e económicas, que caracterizam o mundo de hoje, afetam as relações e os tipos de laços sociais que unem as pessoas de diferentes gerações dentro da família e também fora dela. Quanto mais

rápidas são as mudanças sociais, maior é a discrepância entre as experiências de cada geração. Consequentemente, maior é a acentuação das diferenças intergeracionais.

3.2.3 A centralidade da juventude numa sociedade de idosos

Dentro desta reflexão sobre os laços intergeracionais contemporâneos, poderia considerar-se a posição de Pais (1998: 17-58) diferente da de Mannheim (1982: 69-95) quanto à dinâmica das relações intergeracionais em contextos de intensas mudanças sociais. O primeiro ressalta o processo de homogeneização de valores intergeracionais e o segundo enfatiza as diferenças insuperáveis, estruturais do ponto de vista social, entre as diferentes gerações. Valores como o individualismo ou a solidariedade são apreendidos por jovens e velhos de forma um tanto distintas. Pelo facto de diferentes gerações viverem na contemporaneidade tal não elimina as especificidades das visões de cada uma delas.

As mudanças históricas e culturais, numa sociedade, são experimentadas, ao mesmo tempo, por pessoas de diferentes gerações, como, por exemplo, avós, filhos e netos. Por terem diferentes posicionamentos geracionais, cada um deles irá interpretar e deixar-se-á influenciar por essas mudanças de forma distinta, tendo em conta que, dentro da mesma geração, pode haver diferenças entre grupos.

O vínculo intergeracional contemporâneo, de uma forma geral, configura-se por meio de uma tensão decorrente da conciliação da ideia de diferença e homogeneização intergeracional. Diferença estruturalmente dada. Homogeneização culturalmente produzida no contexto contemporâneo. A diferença intergeracional, hoje, é acentuada, mas não é expressa de forma tão nítida, é camuflada pela homogeneização de valores baseada na juventude como ideal. Assim, a ideia de igualdade na constituição dos vínculos intergeracionais faz-se de forma inversa: pela possibilidade de identificação dos mais velhos com os mais jovens. É justamente quando o mais velho se mostra investido de atributos da juventude que ocorre a identificação intergeracional, processo que se efetua, muitas vezes, pela negação das diferenças que definem cada geração. Deste modo, ocorre o espelhamento dos mais velhos nos mais jovens.

A centralidade da juventude na cultura contemporânea é assinalada por diversos autores. Vianna (2003:7-16) assinala o objetivo permanente das pessoas de todas as idades de se sentirem e manterem jovens e, diante disso, a juventude atualmente transformou-se numa

mercadoria vendida às pessoas de todas as gerações. Ser jovem hoje, é muitas vezes relacionado a um estado de espírito que está necessariamente vinculado à criação de uma imagem de si mesmo, projetada por meio de adereços e vestuários jovens, acessíveis a pessoas de todas as idades. A teenagização da cultura torna-se, deste modo, uma marca problemática dos nossos dias. Quando os adultos se espelham nos ideais teen, deixam de se orientar pelos ideais dos adultos, deixam de valorizar a sua experiência, deixam vazio o lugar de adulto e gera um esvaziamento do sentido da vida. Quando procuram espelhar-se nos adultos, os jovens encontram uma imagem deformada de si mesmo.

O incentivo ao consumo de atributos jovens conduz à constatação de que ser jovem é desfrutar de um prestígio, construído a partir de um discurso que afirma que ser jovem é bom para todos. A partir do momento em que ser jovem se transformou num slogan, a juventude tornou-se uma categoria social e economicamente importante (Kehl 2004: 89-113).

A juventude constituiu-se como um valor e passou a atrair milhares de pessoas para o mercado de consumo, em busca dos seus atributos. Ao vincular juventude e consumo, a cultura adolescente, traduzida por símbolos como a liberdade, a beleza e a sensualidade, impõe-se de tal forma que abarca todas as idades e produz desejos de eterna juventude. Tudo isso traduz muito bem o que Pais (1998) quis transmitir quando afirma que hoje é como se os processos de socialização tivessem sofrido uma inversão de sentido. O que há de novo na atualidade, segundo ele é a capacidade que os jovens têm de influenciar o mundo dos adultos e a permeabilidade das gerações mais velhas às influências da juventude.

Assim, se explica que as famílias tradicionais, hiperestruturadas, estejam a dar lugar a famílias estruturalmente mais flexíveis. Passa-se de um modelo hierárquico autoritário para um modelo igualitário-democrático em que os jovens, em relação a alguns domínios, “sabem mais” do que os progenitores e as relações entre pais e filhos encontram-se mais desreguladas ou carentes de referenciais estáveis e firmes. A horizontalidade das relações intergeracionais pode ser problemática no que se refere à construção do vínculo entre pessoas de diferentes gerações, enfraquecendo os laços de solidariedade e de reciprocidade. Com as instituições sociais menos estáveis, mais frágeis e temporárias, os elos sociais podem tornam-se insuficientes para a manutenção de compromissos e de acordos mútuos (Magalhães e Féres-Carneiro, 2004: 243-255).

3.3 Intergeracionalidade

As relações entre as gerações são garantia das diferenças e da multiplicidade inventiva da humanidade. O diálogo entre as culturas traduzidas pelas gerações e pelo que elas protagonizam faz parte desta humanização, o processo não pode prescindir da mediação histórica e experiências sociais que estas propiciam.

“A intergeracionalidade é um conceito que se vive, que se aplica à vida cotidiana. É uma forma de aproximação entre gerações para melhor compreender e buscar, solidariamente soluções aos problemas que envolvem todas as faixas etárias” (Goldman 2002: 1). Para a efetivação da intergeracionalidade é necessário retomar o senso de coletividade e solidariedade, ultrapassando o individualismo predominante na sociedade contemporânea neoliberal. Segundo alguns autores, “Aproximar gerações é o objetivo do trabalho social que procura quebrar barreiras geracionais, eliminar preconceitos e vencer discriminações” (Magalhães 2000: 153).

As relações intergeracionais ocorrem também fora do contexto familiar. São fruto das relações interpessoais que ocorrem entre diferentes gerações interagindo sem paternalismos ou protecionismos (Lopes, 2008). Baseiam-se na partilha recíproca de ideias, pensamentos e visões que levam a novas concepções sociais acerca das pessoas e do mundo. Não se restringe apenas à relação entre idosos e crianças, nem à família. Trata-se de um diálogo solidário entre pessoas de gerações diferentes, dentro e fora do seio familiar, que vivenciam sentimentos de pertença, de significado e de status social. Este processo não está isento de visões e posições antagônicas que produzem tensões e conflitos. Uma característica típica da retórica intergeracional está em sua estrutura antagônica entre idealização (solidariedade) e ameaça (conflito), na qual as diferenças intergeracionais são frequentemente dramatizadas. Influências genealógicas, sociais e culturais estão misturadas, o que pode causar conflitos de papéis e experiência com ambivalências (Widmer, Eric, 2012).

3.3.1 Implicações na estrutura familiar

A inerente verticalização das famílias (coexistência de várias gerações, cada uma com poucos elementos) permite o encontro e o entrecruzar de várias gerações. Contudo, outras mudanças, como por exemplo, o aumento da mobilidade geográfica, promovem o seu desencontro, apesar da coexistência temporal. Desde os anos 60 até hoje, o enfraquecimento progressivo da

dimensão média da família, que se contrapõe à elevada incidência de agregados com muitas pessoas e de famílias complexas em meados do século passado (Wall Karin, Vanessa Cunha e Vasco Ramos, 2014).

As famílias multigeracionais constituem uma fonte de suporte adicional (Brannen, Moss, & Mooney, 2004), essencialmente centrada nas relações intergeracionais, pois com a diminuição dos elementos de cada geração, as relações intrageracionais ficam comprometidas. O campo emocional da família pode abarcar, num dado momento, três ou mais gerações (Carter e McGoldrick, 2005: 1-26). Este sistema possui uma história longa e complexa, onde questões tão críticas como as heranças, cuidados aos idosos e crianças, lealdades, sentimentos de justiça e segurança surgem constantemente e se repercutem nas várias gerações (Hargrave Anderson, 1992).

O termo “família alargada” tem sido utilizado com dois sentidos distintos, como vimos anteriormente. Pode descrever um conjunto de indivíduos que mantém relações através de laços de consanguinidade ou casamento; pode caracterizar três ou mais gerações que vivem sob o mesmo teto. Nesta época, considerada por muitos a “idade de ouro” da família e da velhice, a pessoa idosa estaria integrada na vida familiar, com os vários elementos da família a viverem, trabalharem e apoiarem-se mutuamente, em harmonia, sob um teto comum. Este ideal poderá, contudo, estar um pouco afastado da realidade.

Em Portugal, os recenseamentos da população mostram uma gradual diminuição da proporção de agregados multigeracionais ao longo das últimas décadas.¹⁴ Têm contribuído para este facto as dinâmicas demográficas, o envelhecimento da população e a sua crescente longevidade, devido ao aumento global da esperança média de vida, das transformações que têm ocorrido no plano das famílias e das suas diferentes formas de organização (Nunes, 2014). O impacto do aumento da mobilidade geográfica dos indivíduos em idade ativa na dinâmica familiar multigeracional é inegável, apesar de variar consoante as características das pessoas, o que Fischer (1982, in Phillipson, Bernard, Phillips, & Ogg, 2001) denominou de “peso da distância”. Outro dado importante na compreensão dos comportamentos familiares é a

¹⁴ A dimensão média do agregado passa de 3,8 em 1960 para apenas 2,6 em 2011, e a proporção de unidades domésticas com mais de cinco pessoas, no total dos agregados, sofre uma queda acentuada, de 17% em 1960 para 2% em 2011. INE, 1960, 2011.

crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, nomeadamente nas idades em que têm filhos pequenos. A taxa de atividade feminina não pára de aumentar (Guerreiro, Torres e Lobo, 2007).

Em Portugal, assim como em toda a Europa, existe uma tendência para que os cuidados a idosos sejam assegurados por mulheres. Esta tendência foi constatada pelo relatório do projeto Eurofamcare (2004) que, entre outros aspetos, traçou o perfil de cuidadores informais de pessoas idosas de Portugal.¹⁵

3.3.2. Solidariedades intergeracionais

A solidariedade intergeracional constitui o tema de investigação mais comum no âmbito das famílias multigeracionais. Este tópico contradiz o conceito de uma família nuclear isolada e atomizada, desafiando a visão prevalecente de que as famílias nucleares se encontravam desconectadas da rede de parentela extensa.

Assistiu-se à proliferação de dados que revelavam a inexistência de um declínio das relações intergeracionais na família (Hank, 2006). Silverstein e Bengtson (1997:429-460) estudaram as relações entre pai idoso e filho adulto, indicando que a solidariedade entre estas gerações pode ser codificada em seis dimensões: Estrutural - proximidade geográfica, número de familiares vivos, composição dos agregados familiares; Associativa - frequência do contacto social e das atividades partilhadas entre os membros; Emocional - sentimentos de proximidade emocional, afirmação e intimidade entre familiares; Consensual - consenso real ou percebido sobre opiniões, valores e estilos de vida; Funcional - trocas de assistência e apoio financeiro e instrumental; Normativa - obrigações sentidas para com os familiares.

Nesse estudo, os autores definiram cinco classes de relações intergeracionais tendo como base o cruzamento dos indicadores de solidariedade: Próximos (“tight-knit”), os filhos adultos encontram-se ligados aos pais em todos os indicadores de solidariedade; Sociáveis (“sociable”),

¹⁵ Os cuidadores informais são maioritariamente familiares da pessoa de quem cuidam (nomeadamente esposas ou filhas/noras); têm idades entre os 45 e os 55 anos (no caso de filhas/noras), ou 65 anos ou mais (no caso de esposas); residem com a pessoa de quem cuidam; apresentam baixa escolaridade; prestam cuidados durante quatro ou mais horas; auferem, potencialmente, baixos rendimentos, *Jornal Público*, (online), disponível em: <https://www.publico.pt/2017/04/02/sociedade/noticia/quem-sao-os-cuidadores-informais-em-portugal-1766944>.

os filhos adultos estão ligados aos pais pela proximidade geográfica, frequência de contactos, proximidade emocional e similaridade de opiniões, mas não na dimensão funcional de providenciar ou receber suporte; Obrigatórios (“obligatory”), os filhos adultos relacionam-se com os pais devido à proximidade geográfica e frequência de contactos, mas esta relação não se baseia na proximidade emocional ou na similitude de opiniões; Íntimos mas distantes (“intimate but distant”), os filhos adultos estão ligados aos pais apenas com base na proximidade emocional e similitude de opiniões; Desligados (“detached”), os filhos não se encontram ligados aos pais em nenhuma dimensão.

Assim, as relações intergeracionais familiares podem ser apreciadas em três planos: o plano afetivo que diz respeito aos afetos trocados entre familiares que são centrais na manutenção de ambientes socializantes; o plano normativo, que enquadra o conjunto de normas, costumes, crenças e valores partilhados pelos membros da família; o plano instrumental que pode incluir, entre outros: apoio financeiro, o cuidado de crianças ou de idosos, realização de tarefas domésticas, troca de bens materiais.

A denominada “crise da família” não destruiu o capital de afetividade e de relação entre pais e filhos. As relações são diferentes das tradicionais e requerem um reconhecimento dos novos modos de solidariedade, de modo a avaliar as potencialidades das solidariedades familiares. A fragilidade das relações intergeracionais resulta muitas vezes da falta de pessoas em cada geração para construir ou reconstruir continuamente essas relações.

De qualquer modo, a constatação de que as relações na família alargada continuam a importar, não deverá ofuscar o impacto da modernidade. O individualismo continua a ser uma das características da sociedade atual onde o primado da atitude tolerante em relação aos outros implica que eu nunca me aproxime demasiado desses outros (Žižek, 2006).

Como se relacionam as diferentes gerações na família em ambiente hospitalar

IV. A HOSPITALIZAÇÃO

O conceito de hospital tem as suas origens no vocábulo hospes (“hóspede” ou “visita”) do qual resulta hospitalitas (“hospitalidade”). A hospitalização é o processo de acolher, hospedar que se oferece a alguém, que necessita de ser cuidado no momento de fragilidade. É o ato ou efeito de hospitalizar; é o internamento em hospital, sendo o hospital uma instituição pública ou privada onde se recebem e tratam doentes; esse tratamento é efetuado por uma equipa multidisciplinar, sendo de destacar nesta os enfermeiros que desempenham um papel importante, pois acompanham o doente 24 horas por dia, sempre de forma coordenada com os demais profissionais de saúde.

A hospitalização não deixa de ser uma ameaça à vida, à saúde e integridade da pessoa. Quando aparecem sintomas de debilidade é natural que o stress tome conta do doente e da própria família. No momento da hospitalização a rutura com o quotidiano, com as relações, com a vida e tudo o que tem significado é inevitável.

A hospitalização altera a rotina diária do doente e das suas emoções, bem como a da família. “Surgem sentimentos de medo, desamparo, preocupação, vulnerabilidade e insegurança, só possíveis de ser minimizados se existir um adequado processo de cuidar em enfermagem, baseado numa relação de ajuda e relação empática satisfatórias que promova um bem-estar familiar indo de encontro às suas necessidade e sentimentos” (Sequeira; 2009: 16).

4.1. Prestação de cuidados: profissionais de saúde

No momento da hospitalização de um membro doente, os familiares preocupam-se com a gravidade da doença, com o sofrimento. Podem surgir neste período dificuldades em dar a resposta adequada à situação. “A doença de um dos seus membros converte-se, desta forma, em doença familiar” (Cerqueira 2005: 33).

Os profissionais de saúde têm um papel importante e fundamental, já que acompanham o doente durante 24 horas. Nesse sentido é essencial o conhecimento e a consciência de que devem suavizar e minimizar o mais possível a ansiedade que o doente vive, procurando estabelecer uma boa relação com este e a família.

4.2. A inclusão das famílias

Durante a hospitalização a relação de cuidados é frequente e primordialmente entre o enfermeiro e o doente, da qual a família, muito raramente faz parte, estando muitas vezes excluída do processo de cuidados. Seria importante redefinir estes papéis e o contexto em que se dão estas relações de cuidados. “A enfermagem tem como compromisso e obrigação incluir as famílias nos cuidados de saúde” (Wright e Leahey, 2002: 13). Nesse sentido, tem todo o significado que as intervenções de enfermagem sejam também direcionadas para a família e não apenas para o doente.

Os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos às necessidades de toda a família e não às de um indivíduo em particular. O tempo dedicado à família ajudará a estabelecer relações empáticas. A preocupação e a disponibilidade por parte do enfermeiro ajudarão a criar um clima de confiança e de mútuo apoio. “Com a participação da família nos cuidados, vemos essencialmente dois aspetos muito importantes: por um lado o doente sente uma maior ligação com o seu ambiente, pois tem a perceção da manutenção do mesmo; por outro lado a família tem maior acesso à informação do que se passa com o seu familiar, de como evolui o seu estado de saúde” (Cunha; 2003:62).

4.3. O tempo de internamento

Quanto maior é o tempo de internamento, maior é o stress provocado pelo mesmo. As constantes viagens dos familiares e amigos ao hospital para visitar a pessoa debilitada. As necessidades do hospital para ter leitos disponíveis para outros doentes.

O custo da hospitalização e a possibilidade de maior número infeções hospitalares faz com que o tempo de internamento seja o mais reduzido possível. Por vezes, nem tempo se tem para gerir as emoções provocadas no doente e âmbito familiar. O tempo de internamento é por isso um fator importante a ter em conta para que a possibilidade de diálogo entre a unidade hospitalar, médicos, enfermeiros, doente, familiares, não seja mínima ou inexistente. Quando esse tempo é reduzido, pode provocar novas recaídas e retornos ao hospital.

O internamento, a cama, o companheiro, com quem vai partilhar o quarto, durante o tempo de hospitalização, não são aspetos secundários para que sejam criadas condições físicas, emocionais e espirituais que favoreçam a prestação de cuidados de forma integral e integradora.

V. SITUAÇÃO DE DOENÇA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A doença faz desde sempre parte da experiência humana. A doença de um familiar constitui-se como motivo de preocupação para os restantes elementos. A família é um sistema de saúde para os seus membros, do qual faz parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores, crenças, de conhecimentos e de práticas.

Neste processo de cuidar, a família supervisiona o estado de saúde dos seus, toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir. Desempenha um papel fundamental na saúde e na doença. Nesta situação, cada família encontra o seu estilo próprio de prestação de cuidados, de comunicação, com regras, crenças, de modo a manter a sua estabilidade.

5.1. Crise e capacidade de adaptação

A situação de dependência num dos membros da família coloca em evidência necessidades que precisam de ser satisfeitas. Este processo é vivido com diferentes sentimentos e emoções por parte de quem cuida e é cuidado, provocando mudanças significativas na sua própria vida. O aparecimento súbito da dependência representa, quase sempre, uma crise na família, determinada pela interrupção do previsto, originando uma mudança inesperada, não planeada, sendo por isso considerada uma crise acidental, com a qual tem de lidar e se adaptar. Situação, esta dificultada ainda com o internamento hospitalar do membro afetado. A vivência de uma crise é, pois, influenciada pelos recursos que a família tem e pela forma otimista ou negativa como a crise é encarada, aspeto para o qual muito contribui a experiência na vivência de problemas semelhantes no passado. Esta nova realidade repercute-se no contexto familiar, colocando a família face a novas exigências, para as quais, em regra não está preparada.

Embora a capacidade de adaptação a novas situações seja uma característica importante da família, a situação de doença representa um acontecimento gerador de crise no seio familiar, caracterizada, por um lado, pela súbita e inesperada alteração da estrutura e funções do sistema, por outro, pela incapacidade demonstrada pelos membros da família em responder adequadamente às necessidades do doente (Hanson, 2005).

A doença, associada à hospitalização, faz com que os sentimentos vivenciados aumentem, dado que a hospitalização representa, particularmente para a pessoa, uma ameaça e um desafio, que podem ser vivenciados de diferentes formas.

Sendo uma das inquietações do nosso estudo perceber como as diferentes gerações reagem perante a doença, fragilidade do seu familiar Teixeira (2003: 139) diz-nos que “os membros da família por vezes afastam-se devido à negação, culpa, o que causa ainda maior impacto no sistema familiar. Quando existe um elevado grau de incerteza quanto à situação do doente, o suporte social tende a diminuir, aumentando o isolamento do indivíduo doente e do prestador de cuidados”.

Os elementos de uma família não mudam ao mesmo tempo, as diferenças, as semelhanças, e as ruturas vão emergindo e gerando desafios constantes ao sistema familiar, que dinamiza novos desenvolvimentos ao longo do ciclo vital.

5.2. Cuidar

Entre as várias funções que a família desempenha, Martins (2002) considera que uma das primordiais é a proteção dos seus membros, particularmente traduzida no cuidar. Do latim, “cogitare” - Ação de tratar de algo ou alguém; zelar ou tomar conta de algo ou alguém; preocupar-se com ou assumir a responsabilidade de; dar atenção a. Cuidar representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 2011:200).

Desde o início dos tempos, que o ato de cuidar faz parte da existência do ser humano. Cuidar de pessoas dependentes, portadoras de doenças crónicas e outras doenças, idosas ou não, constitui-se numa situação frequente, ainda hoje, para muitas famílias, por terem uma responsabilidade culturalmente definida ou um vínculo afetivo.

No entanto, a importância atribuída pela família a cada uma destas funções tem sido modificada ao longo dos tempos, a par com o aumento da esperança de vida, a diminuição da natalidade, os fluxos migratórios, a alteração do papel social da mulher, o aumento dos divórcios, das famílias monoparentais, reconstruídas e constituídas por uma só pessoa. A família vem “... compartilhando e até mesmo transferindo para outros agentes sociais, algumas das funções consideradas anteriormente como exclusivamente familiares, nomeadamente a de

socialização e a de proteção dos seus membros, hoje desempenhadas em grande medida pela escola, serviços sociais e serviços de saúde” (Moreira, 2001: 24).

Com o constante desenvolvimento científico e dos saberes da medicina, os cuidados de saúde passaram a constituir-se num saber especializado a desempenhar por profissionais altamente especializados e qualificados que na maior parte das vezes não consideram a contribuição da família, designadamente na sua componente emocional.

5.2.1. Participar e envolver-se

O conceito de participação provém do latim *participare* “fazer parte” e significa a possibilidade de comunicar, fazer parte integrante de algo ou de associar-se pelo pensamento. Qualquer pessoa que participa tem intenção de fazer parte da tomada de decisão ou de resolução de algum problema.

A relação na fragilidade humana é essencial e fundamental para criar condições de harmonia na situação criada pela vulnerabilidade. O cuidar implica um movimento em direção a alguém que é motivo de interesse ou preocupação. O exercício de cuidar é, portanto, uma ação que possui direcionalidade concreta e determinada (Torralba, 2008). É uma ação que nos move a fazer, que nos impulsiona. Tem sempre uma conotação para prover, favorecer o bem para outro ser. A finalidade é algo ou alguém que necessita da ação de cuidar.

Cuidar é compromisso. É ajudar o outro ser a crescer promovendo a sua integridade e unidade, mantendo a sua dignidade e singularidade. Não existe só a rede de relações sociais. Existem pessoas concretas, homens e mulheres.

A presença do outro, o seu rosto torna impossível a indiferença. Obriga a tomar posição porque fala, pro-voca, e-voca e com-voca. O rosto possui um olhar e uma irradiação da qual ninguém pode subtrair-se. O rosto e o olhar lançam sempre uma proposta em busca de uma resposta. Nasce assim a responsabilidade, a obrigatoriedade de dar respostas. Aqui encontramos o lugar do nascimento da ética que reside nesta relação de responsabilidade diante do rosto do outro e particularmente do outro que é o fragilizado. É no acolhimento ou na rejeição, na aliança ou na hostilidade para com a presença do outro fragilizado que se estabelecem as relações mais primárias do ser humano e se decidem as tendências de dominação ou de cooperação. Cuidar do outro é zelar para que esta interação não morra, esta ação de diálogo eu-tu, seja libertadora,

sinérgica e construtora. O outro oferece-se sempre sob a forma de homem e de mulher, são diferentes mas encontram-se no mesmo chão comum da humanidade. Ambos realizam, em seu modo singular, a essência humana, abissal e misteriosa. A diferença entre eles não é algo fechado e definitivo mas sempre aberto e plasmável pois encontra-se em permanente interação e reciprocidade. Exige inventar relações que propiciem a manifestação das diferenças não mais entendidas como desigualdades, mas como riqueza da única e complexa substância humana. Essa convergência na diversidade cria espaço para uma experiência mais global e integrada de nossa própria humanidade, uma maneira mais cuidada de ser. “O homem como ser social que é deve ser compreendido nas três principais dimensões que o caracterizam: a física ou biológica, a espiritual e a cultural” (Cunha, 2003, p.22).

5.2.2 A importância da comunidade

A vivência em coletividade cria o sentimento de pertença, transmite segurança em cada membro. Os interesses comuns, por sua vez, criam interdependência entre os membros da comunidade. A comunidade per si é um território social, palco de inter-relações e intercâmbios participativos, promotores de culturas intra-extra familiares, e de solidariedade (Gomez, J. 2007). As pessoas são seres sociais que ao longo da vida sentem necessidade de pertença e aprovação.

Segundo (Motta 2004: 118) a convivência solidária não deixa espaço para a solidão e a marginalização, atuando como modificadora potencial das relações sociais. "Ser velho «dura» mais tempo do que antigamente" (Giddens, 1999: 106), por isso, a educação intergeracional é um desafio de interesse maior na sociedade atual. Mais ainda, quando admite recriar responsabilidades e propiciar elos de solidariedade opcionais às práticas comuns de convivência geracional.

Para uma aprendizagem profícua e um melhor entendimento social, num tempo onde o isolamento e a "economia dos afetos" (Gil, 2005: 60) são causa de inúmeros "medos de existir", é indispensável conceitualizar alguns dos mais importantes valores da sociedade - respeito, dignidade, individualidade.

5.2.3 A importância das novas tecnologias

A "planetarização" de que nos falamos Baudrillard e Morin (2004), cuja gênese se inscreve no desenvolvimento das sociedades modernas, galga fronteiras, outrora intransponíveis e gera situações ímpares e jamais vividas. Pensemos, por exemplo, na "sociedade em rede" como a define Castells ou, mais recentemente, na "geração blogue" (Granieri, 2006) enquanto formas maiores de articulação ou de circulação das informações e comunicação.

O notável progresso e aumento da comunicação, emissão ou recepção, por fio, meios ópticos ou qualquer outro processo eletromagnético, de símbolos, imagens, sons, possibilitam um maior número de intercâmbios e contactos não presenciais. Enquanto os mass media são um sistema de comunicação de sentido único, o processo real de comunicação não o é. O que é eminentemente enriquecedor não é o número de "toques", mas o tipo de intercâmbio relacional. "As relações humanas inscrevem-se numa imbricada teia de redes sociais que requerem uma ética de mediação superadora dos limites inerentes a uma relação dialógica centrada no «Eu-Tu»" (Isabel Baptista 2005, p. 53-54).

A evolução do mundo exige uma atualização permanente do saber que facilite a comunicação, a integração social e outra atitude relacional edificada em alicerces e estruturas resistentes que sustentem não apenas a convivência entre gerações, mas que "fazem e refazem os contornos do nexos geracional" (Mendes, 2005: 155).

Numa época em que "a comunicação triunfa, o planeta é atravessado por redes, faxes, telemóveis, modems, internet" (Morin, 2002: 16-21), é igualmente verdade que a incompreensão continua a marcar o quotidiano de todos nós (Vallespir e Morey, 2007, p. 228).

A integração social acontecerá somente quando houver uma consciência efetiva de participação e o natural envolvimento de cada pessoa nos múltiplos momentos e contextos da sua vida: pessoais, políticos, sociais, económicos.

O desafio central é a mudança de atitude e, nesse sentido, há que romper definitivamente com a visão preconceituosa que recai sobre a população idosa e doentes e clarificar o seu estatuto na sociedade. "As sociedades maduras não são aquelas que têm uma proporção maior de velhos, mas são aquelas em que as pessoas vivem melhor durante mais tempo" (Antunes, 2007:94) e que, por via do diálogo e da convivência legam "ideias, esperanças e expectativas, padrões e opiniões" (Dewey, 2007: 22) capazes de acompanhar o devir das sociedades.

É óbvio que as atuais gerações nem sempre beneficiaram de uma estratégia específica e eficaz no que respeita à educação intergeracional. "As mudanças têm sido tão rápidas (...) que o jovem tem que ser preparado para a imprevisibilidade, a inventividade e a criatividade" (Teles, 2003:20) caso contrário torna-se incapaz de responder aos estilos de vida atuais.

VI. METODOLOGIA

O trabalho de investigação é um processo em que intervêm muitos atores e não deixa de ser uma aproximação com inúmeros riscos, mas que não podem deixar de se enfrentar.

A partir do estágio que fiz no Hospital, nos meses de Novembro e Dezembro de 2016 durante vários meses (Novembro 2016/Setembro 2017) tive a oportunidade, de estar e acompanhar doentes hospitalizados na Unidade de Medicina Interna do referido hospital. A possibilidade de permanecer na referida Unidade, deu-me a oportunidade de dialogar, escutar e acompanhar inúmeros doentes (100), na qualidade de mestrando do ISCTE e como visitante. Os diálogos com os doentes permitiram escutar histórias de vidas, memórias escondidas que enriqueceram todo o trabalho de investigação. Este primeiro contato permitiu a elaboração do questionário para a entrevista e o guia de observação.

Este estudo centra-se num método de investigação qualitativa porque estuda os fenómenos que os indivíduos sentem, vivem. Investiga-se “com”. Na investigação qualitativa, devido à subjetividade intrínseca a todo o processo, é sagrado atender e respeitar os princípios éticos, de forma a credibilizar e validar todo o processo de investigação.

Na investigação, optei por me aproximar da realidade investigada a partir da dimensão de observador participante, tendo presente:

a) *Observação*; elaborei um guia de observação para perceber comportamentos e sentimentos do paciente na relação que estabelece com os visitantes (anexo B). Momentos significativos das visitas com o intuito de perceber e compreender desde a perspetiva do doente ao valor e significado das mesmas.

b) *Entrevista*; através de um questionário (anexo C), elaborado para os doentes e respondido pelos mesmos, tive a oportunidade de compreender como o doente vive e percebe as dimensões do tempo que o hospital reserva para as visitas. E a perceção da sua parte de sentimentos e emoções ligados às visitas dos seus familiares.

c) *Observador participante*; durante o tempo dedicado às visitas e de outros momentos que a administração do hospital me permitiu, exerci o papel de visitante e estabeleci diálogos ao longo dos dias da hospitalização com as pessoas que responderam ao questionário e outros doentes que encontrei no decorrer da investigação. Este foi um espaço privilegiado para quebrar

o “gelo” de alguém que se aproxima como investigador mas ao qual lhe é possibilitado um diálogo permanente e quotidiano com os doentes. A investigação qualitativa procura abordar os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, presentes na realidade observada e analisada.

A participação direta do investigador, não poderá projetar o seu ponto de vista e condicionar o do doente. Este risco esteve sempre presente, na elaboração da entrevista, na observação e nos diálogos estabelecidos durante o tempo da pesquisa. Estas realizaram-se entre os meses de janeiro a setembro. As entrevistas (16) foram feitas entre os meses de maio e setembro.

A preocupação ética deve ser um requisito de qualquer trabalho de investigação que envolva seres humanos. Fortin (1996) afirma que toda a investigação realizada com seres humanos levanta questões legais e éticas. O investigador deve tomar todas as precauções necessárias para proteger os direitos fundamentais das pessoas: autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade.

Foi enriquecedor para o trabalho de pesquisa, a abordagem feita a partir do papel de visitador que assumi, não escondendo o de investigador que efetuava em simultâneo. A possibilidade de estar com os doentes em períodos em que os familiares não estavam presentes permitiu-me ser depositário de histórias e memórias familiares, culturais e sociais dos doentes.

As conversas informais, ao longo destes meses, com as pessoas que participaram nos questionários e outros doentes facilitaram a compreensão das dinâmicas estabelecidas em muitas das visitas que os familiares faziam, ou não, durante o período de hospitalização. Este material será, assim, utilizado na reflexão e análise.

VII. AS RELAÇÕES INTERGERACIONAIS COM O DOENTE

A investigação

O contacto com o Hospital de Vila Franca de Xira (HVFX) começou em Novembro 2016, quando a administração do hospital me concedeu a possibilidade de realizar o estágio em parceria com o ISCTE-IUL. Este contacto permitiu uma abordagem inicial ao ambiente familiar, à gestão hospitalar, seus desafios, enfim, maior conhecimento da realidade do HVFX e dos doentes, a partir de uma primeira observação.

O serviço de internamento de medicina interna, que funciona no piso quarto do hospital, no qual fiz a observação, tem 34 quartos e 67 camas. Praticamente, a ocupação é de 100 % durante todo o ano, sendo necessário nas alturas de maior necessidade colocar doentes em camas, nos corredores, para responder às necessidades. Fazem parte do quadro de pessoal alocado a este serviço 43 enfermeiros, 24 auxiliares de enfermagem.

Os doentes podem ser acompanhados por uma pessoa. O acompanhante, que é o familiar ou a pessoa indicada pelo doente, poderá permanecer junto deste para além do tempo de visita. O acompanhamento pode ser, em tempo parcial: das 11:00 às 20:00 a doentes internados independentemente da idade. Em tempo permanente: durante as 24 horas a doentes com idade inferior a 18 anos, a pessoas com deficiência, situações de dependência; doença incurável em estado avançado e em estado final de vida. As visitas ocorrem todos os dias das 16:30 às 20.30.

7.1. Os doentes: sexo, idade, estado civil, escolaridade, procedência

Os doentes entrevistados, na sua maioria mulheres (10), o grupo etário com maior incidência está situado entre os 61-90 anos (10). São o reflexo dos utentes internados na unidade de medicina interna, na sua grande maioria mulheres e pessoas idosas.

Quadro 7.1: Identificação dos doentes

Nome	Sexo	Idade	Estado Civil	Ocupação	Escolaridade	Procedência
Ana	F	54	Divorciada	Professora	Doutoramento	Vila Franca de Xira
Ana	F	22	Solteira	Estágio	Secundário	Alhandra
Carlos	M	62	Casado	Reformado	1º Ciclo	Benavente
Célia	F	29	União de fato	Contabilista	Mestrado	Samora Correia
Diamantino	M	68	Casado	Reformado	1º Ciclo	Vila Franca de Xira
Fernanda	F	84	Casada	Reformada	Analfabeta	Alenquer
Fernando	M	62	Casado	Reformado	Analfabeto	Vialonga
Gracinda	F	62	Casada	Reformada	Analfabeta	Vialonga
Iara	F	21	Solteira	Inválida	Analfabeta	Esposende
Iris	F	67	Viúva	Reformada	Secundário	Vialonga
João	M	24	Solteiro	Cozinheiro	1º Ciclo	Alcochete
Joaquim	M	72	Casado	Reformado	1º Ciclo	Alhandra
José	M	64	Casado	Comerciante	1º Ciclo	Vila Franca de Xira
Maria	F	72	Divorciada	Reformada	Secundário	Alenquer
Raquel	F	58	Divorciada	Reformada	Licenciatura	Samora Correia
Vitor	M	67	Divorciado	Reformado	1º Ciclo	Alverca

Das 16 pessoas entrevistadas, quanto ao grau de escolaridade verifica-se uma ligeira ascendência de quem fez o primeiro ciclo e por necessidade teve que começar a trabalhar para ajudar os seus familiares. Na sua maioria são pessoas reformadas (10) e usufruíam do seu merecido tempo de descanso. “Trabalhei tanto, comecei a trabalhar cedo para ajudar os meus pais, quando me preparei para viajar e descansar, vieram os males, doenças”.¹⁶

Quanto à procedência, os doentes são representativos de quase todos os concelhos que são abrangidos pelo HVFX, sendo que alguns vivem fora dos concelhos de abrangência do hospital. As distâncias têm importância na hora da visita. A proximidade física, os meios de transporte, são elementos a ter em conta na relação que se estabelece com o doente. “Ninguém pode sair da minha aldeia se não tem transporte próprio, assim que não tenho visitas de amigas”.¹⁷

7.2. As visitas: sofrimento e cuidado

O sofrimento e a fragilidade humana é uma experiência pessoal profunda e incompreensível, muitas vezes, num primeiro momento por quem se aproxima. “A vida a mim abandonou-me, esta doença de Parkinson, mata e destrói aos poucos. As pessoas quando vêm querem dar lições de moral. Estás assim, porque fazes isto...faz isto...faz aquilo e eu já não estou nesta fase. Quero

¹⁶ Entrevista Diamantino.

¹⁷ Entrevista Maria.

tranquilidade e estar sozinho”.¹⁸ Confundem-se muitas vezes a dor física, visível, e o sofrimento por estar afastado de algo ou alguém “estou preocupada, e sofro muito com o cão que deixei em casa. Ele está sempre á minha espera”.¹⁹ O que me dói mais, neste momento, é ter deixado a minha esposa. Ela precisa mais que eu, e não posso ajudá-la”.²⁰

A presença e a proximidade de quem visita é um fator importante para que a dor e o sofrimento físico, moral, afetivo, sejam diluídos e atenuados, nem que seja pela possibilidade de partilhar sentimentos.

7.2.1. Quem e quando se visita

Naturalmente, as pessoas mais próximas ao doente são as que o visitam. Queríamos entender, quem acompanha, com que frequência está presente, quando o faz e a importância que o doente dá às visitas e como reage às visitas.

O esforço das esposas, que vão todos os dias ao hospital permite um maior acompanhamento e presença. Passam horas, todos os dias, ininterruptamente com os maridos, e se não o fazem é porque estão impossibilitadas por doença. Estabelecem-se laços de solidariedade muito próximos. A presença da esposa, para quem está casado é constante ao longo de todo internamento. Só por questões pontuais é que a esposa não visita o doente. “Hoje pedi-lhe para não vir, não valeria a pena. Estarei toda a tarde a fazer exames. Quero que ela descanse”.²¹ Neste caso, verificamos que a existência de uma relação estável ajuda enormemente no acompanhamento do doente.

O mesmo acontece com as mães, que apesar do trabalho, não deixam de estar presentes. “Tive que pedir ao meu patrão uma semana para poder acompanhar a minha filha, mas isto é insustentável”.²² A presença da mãe é contínua, assim que o horário de visitas o permite, e não se vem antes por impossibilidade laboral. “A minha mãe vem todos os dias, entra cedo no trabalho e quando sai vem logo para aqui e fica comigo. Só sai quando terminam as

¹⁸ Entrevista Vitor.

¹⁹ Notas de diálogo com doente não entrevistado.

²⁰ Entrevista Diamantino.

²¹ Entrevista Joaquim.

²² Entrevista Sousa, acompanhante da Iara.

visitas...grande mulher”²³. ” A minha mãe sai do trabalho e vem logo para aqui. É super pesado, mas ela não deixa de estar presente”.²⁴

Quem está divorciado(a), só recebe visitas esporadicamente dos filhos ou de familiares mais próximos.

Quadro 7.2: Frequência das Visitas

Nome	Cônjuge	Mãe	Pai	Filhos	Irmãos	Tios/Primos/Netos	Amigos
Ana		Todos os dias			1 visita		1 visita
Ana		Todos os dias	1 visita		1 visita		
Carlos	Todos os dias			1 visita			1 visita
Célia		Todos os dias				1 visita	1 visita
Diamantino				2 ou mais visitas			
Fernanda	1 visita					1 visita	
Fernando	Todos os dias						
Gracinda	Todos os dias			2 ou mais visitas			
Iara		Todos os dias					
Iracema				2 ou mais visitas			
João							2 ou mais visitas
Joaquim	Todos os dias			1 visita			
José	Todos os dias			1 visita			1 visita
Maria				1 visita		1 visita	
Raquel				1 visita			
Vitor						1 visita	1 visita

O mesmo não se passa com os filhos, que só visitam esporadicamente os familiares hospitalizados, por motivos de trabalho ou porque são emigrantes. “Não quero que a minha filha venha ao hospital ver-me, ela sai cedo para o trabalho, não tem contrato fixo, e também precisa descansar”.²⁵

A presença de filhos, familiares e amigos, é de menor frequência e acontece quase sempre aos fins-de-semana, quando não trabalham. “Os meus filhos, não podem deixar o trabalho...como fazem?...trabalham em Lisboa, chegam a casa tarde e não têm tempo para vir aqui”.²⁶ A atividade profissional não é indiferente e exerce um papel determinante no acompanhamento dos doentes. São geralmente os filhos/as que estão em idade ativa que lidam

²³ Diálogo com um doente.

²⁴ Entrevista Ana.

²⁵ Entrevista Joaquim.

²⁶ Diálogo com Joaquim.

com esta realidade. “As visitas são do meu filho que quando pode vem...já pediu um dia de férias e também para sair mais cedo. Sábados e domingos têm mais tempo”.²⁷

A distância física, a pouca proximidade emocional, “os meus filhos estão em França e Israel”.²⁸ “O meu filho nem sequer sabe que estou internado, nem quero que ele saiba”²⁹, são fatores que têm implicações na hora das visitas, assim como o desinteresse pelo doente. “Eles têm a vida deles, não se preocupam...”³⁰

Quadro 7.3: Idade dos Visitantes

Nome	Conjuge	Mãe	Pai	Filhos	Irmãos	Tios/Primos/Netos	Amigos
Ana		80 anos			45		50
Ana		50	50		14	19/40	45
Carlos	60			22/26/35/40			60
Célia	30	50				50/60	
Diamantino				50			
Fernanda	80			50		11	
Fernando	60						
Gracinda	60			22/27			
Iara		60			35	35/40/50	
Iracema				40/40			
João							30
Joaquim	70			42/46			
José	60			40			50
Maria				42/50/46/44		45	
Raquel				40			
Vitor					50		60

As visitas são feitas em grande maioria por pessoas entre os 50 e 60 anos. São elas que de forma regular permanecem junto do doente a maior parte do tempo e por períodos mais prolongados. São pensionistas, ou pessoas intimamente ligadas ao doente (mães, esposas), que não trabalham ou que procuram por todos os meios estar o mais tempo possível junto do doente. Jovens ou jovens adultos que estejam intimamente ligados, vivam perto ou distante do doente, fazem sempre visitas esporádicas ou frequentes, mas não permanentes (todos os dias), por motivos de trabalho, do tempo disponível, das distâncias geográficas. As visitas, nem são prolongadas, motivadas pelo número permitido ao mesmo tempo (2), e por ser durante o fim-

²⁷ Notas de diálogo Iracema.

²⁸ Notas de diálogo Fernanda.

²⁹ Notas de diálogo Joaquim.

³⁰ Notas de diálogo Diamantino.

de-semana. “Não tenho tido visitas nem da minha filha, nem de amigos e amigas, por motivos da distância e de trabalho. A minha filha só veio aqui um domingo. Durante a semana está super ocupada com os filhos e o trabalho que desenvolve num banco. Compreendo. Como lhe disse anteriormente a minha filha só veio aqui um domingo e foi rápido. Está sempre ocupada com os meus dois netos e o fim-de-semana é o tempo para estar com eles”.³¹

Os doentes manifestam sempre alegria com a chegada dos seus familiares e amigos. As expressões mais expansivas são sempre com as pessoas mais próximas (marido/mulher), trazem sempre que podem comida, e expressões de carinho e ternura. A presença dos netos acontece muito raramente, porque os doentes não gostam que os seus netos ou filhos os vejam doentes “Não quero que os meus filhos me vejam assim nesta situação, aqui no hospital, falo todos os dias com eles por telefone”.³²

As visitas prolongadas são feitas na sua grande maioria por pessoas com mais de 60 anos, reformadas, ou mães que deixam o seu trabalho e assim que é possível acompanham os filhos. A visita dos homens dura menos tempo e a atenção dada aos doentes é menor ” o meu marido vem e fica aqui a ler o jornal”.³³

Entre a faixa dos 20-30 anos, os doentes são acompanhados pelas suas mães, que procuram estar sempre presentes. A visita de pessoas entre essa faixa etária é escassa, só se tiver relação afetiva com a pessoa. Uma ou duas vezes, durante o fim-de-semana, ou raramente durante a semana, geralmente por motivos de trabalho, ou situações de pouca proximidade emocional. “O meu filho sai do trabalho e fica em casa, nunca veio ao hospital”.³⁴

Os amigos comunicam por sms, telefone, os irmãos visitam uma ou duas vezes os seus irmãos.

Os doentes adultos se tiveram relações estáveis, têm visitas todos os dias por parte dos cônjuges. A partir das observações realizadas e da quantidade de visitas feitas por familiares e amigos deduzo que:

- As pessoas adultas e reformadas permanecem mais tempo com os seus familiares e vão todos os dias visitá-los;

³¹ Entrevista Raquel.

³² Diálogo com um doente.

³³ Diálogo com um doente.

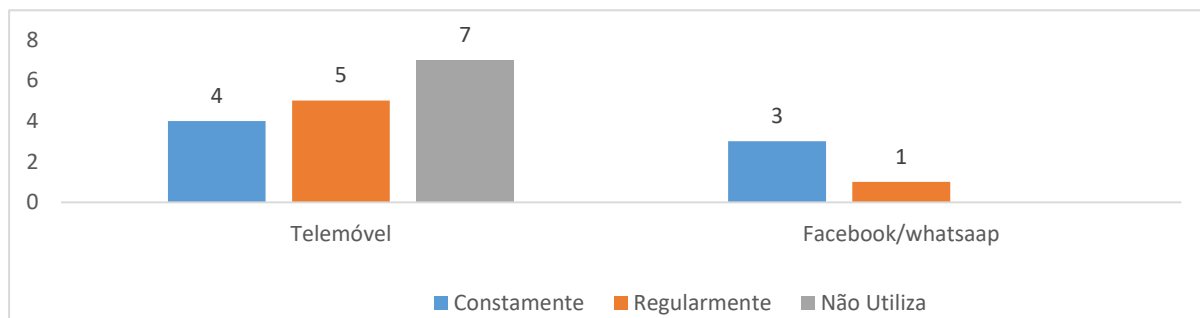
³⁴ Diálogo com um doente.

- Os irmãos e amigos (mesma geração) vão esporadicamente visitar, utilizam o telemóvel para se comunicar. A presença dos amigos é querida e desejada, mas compreende-se porque não vão. Trabalho, e porque “no momento de fragilidade se percebe quem são os verdadeiros amigos”;³⁵
- Os netos, adolescentes, dão muita alegria quando visitam (raramente o fazem) e é preferível que não o façam (medo de mostrar a fragilidade);
- As gerações entre 30-60 anos, encontram muitas dificuldades para visitar “Eu venho todos os dias visitar o meu pai, tive que abandonar o trabalho, agora acompanho os meus netos, mas os meus filhos dificilmente vêm visitar o avô, o seu trabalho não permite”.³⁶

7.3. A importância dos meios de comunicação: utilização do telemóvel

Conscientes de que a utilização do telemóvel e outros meios de comunicação, podem facilitar ou fragilizar as relações interpessoais, procuramos perceber como e o porquê são ou não são utilizados pelos doentes durante a sua hospitalização.

Figura 7.1: Uso do telemóvel



A utilização do telemóvel é o meio de comunicação que visualizei, nunca me tendo dado conta da utilização de ipad's ou computadores. O telemóvel foi utilizado por nove dos doentes, enquanto sete não utilizava ou não queria utilizar. São diversos os motivos que levam a essa opção: “tenho aqui o telemóvel, os meus filhos que estão no estrangeiro estão preocupados comigo e ligam-me sempre que podem. Só para isso utilizo o telemóvel”.³⁷ Torna-se assim num

³⁵ Diálogo com um doente.

³⁶ Dialogo com um visitante.

³⁷ Entrevista Carlos.

instrumento prático que facilita a comunicação e o contacto com familiares. Permite, ao mesmo tempo relações afetivas emotivas e fortes “ Todos os dias falo com os meus filhos e frequentemente com os meus irmãos e irmãs. Faz muita falta e tem sido muito útil o telemóvel. Falo, conversamos, a minha família anima-me e eu reconforto-me, porque preciso de continuar a lutar”.³⁸ Ocupa assim, um espaço importante e fundamental quando as visitas físicas não são frequentes. É interessante perceber que os mais jovens dão um valor acrescentado ao uso das TIC, “Gostaria de ter mais visitas...mas hoje os telemóveis ajudam muito. Um sms, muitas vezes, ajuda mais que uma visita...fico contente quando recebo um sms ou telefonema e do outro lado sinto preocupação por mim. Para mim, um sms vale tanto como uma visita... como disse através de sms, telefone, facebook. Com os meios de comunicação, as distâncias relativizam-se, cria-se proximidade. Percebe-se que uma mensagem é igual a um abraço físico. Não faz diferença, sente-se com um sms a proximidade”.³⁹ São meios que possibilitam a expressão dos sentimentos. “Tenho 12 primos e com eles comunico por telefone ou facebook, de forma irregular. Eles estão longe...Utilizo o facebook para dizer que estou farta de estar no hospital”⁴⁰, ou de modo inverso, a utilização do telemóvel não se dá, para não sofrer ou evitar o sofrimento. “Com ninguém...deixei o telemóvel em casa...antes ainda colocava fotos no facebook, mas não quero mais, não quero comunicar com ninguém”.⁴¹ Geram-se sentimentos contraditórios, fruto da impotência que a doença provoca “ Só quero sair e saber da minha esposa...deixei tudo em casa...até o telemóvel...não o utilizo para não chorar ao telefone com a minha mulher”.⁴²

A seguinte tabela, ilustra o quanto as relações familiares não se restringem simplesmente ao contato físico. As dificuldades para acompanhar os doentes, acontecem por diversos motivos (trabalho, distância físicas e emocionais). Os meios de comunicação permitem que o ausente se torne presente.

³⁸ Entrevista Ferreira.

³⁹ Entrevista Célia.

⁴⁰ Entrevista Ana.

⁴¹ Entrevista Vitor.

⁴² Entrevista Diamantino.

Quadro 7.4: Ausentes – presentes e ausentes-ausentes

Nome	Conjuge	Ex -conjuge	Mãe	Pai	Filhos	Irmãos	Tios/Primos/Netos	Avós	Amigos
Ana		Sim		Não		Sim			Sim
Ana						Não	Não	Não	Não
Carlos					Sim	Não	Não		Não
Célia						Sim			Sim
Diamantino	Não					Não	Não		Não
Fernanda					Sim/Não				
Fernando					Não	Não			
Gracinda						Não			Não
Iara			Sim	Sim				Não	Não
Iracema					Sim	Sim	Sim		Sim
João			Sim	Sim					Sim
Joaquim					Sim/Não	Não	Não		Não
José					Sim	Sim			Sim
Maria		Não			Sim		Sim		Não
Raquel		Não			Sim		Sim		Não
Vitor		Não			Não	Não			Não

SIM – Contacto; Não – Não contacta

Seguindo a proposta Silverstein e Bengtson a proximidade e a solidariedade da família, nas diferentes gerações, manifestam-se sobretudo através da frequência de contactos, na proximidade emocional e de opinião. Procuramos sintetizar a proximidade e solidariedade no seguinte quadro.

Quadro 7.5: Solidariedades geracionais

Nome	Cônjuge	Mãe	Pai	Filhos	Irmãos	Tios/Primos	Netos	Amigos
Ana		Próxima			Obrigatório			Intímo mas distante
Ana		Próxima	Intímo mas distante		Obrigatório	Desligados		Desligados
Carlos	Próxima			Sociável				
Célia								Intímo mas distante
Diamantino				Sociável	Desligados	Desligados	Desligados	Desligados
Fernanda				Intímo distante/desligados		Sociável	Intímo mas distante	
Fernando	Próxima			Desligados				Desligados
Gracinda	Próxima			Próxima	Desligados			Desligados
Iara		Próxima	Intímo mas distante		Próxima	Sociável		
Iracema				Próxima	Intímo mas distante	Intímo mas distante	Intímo mas distante	
João		Intímo mas distante	Intímo mas distante					Próximos
Joaquim	Próxima			Desligados/obrigatórios	Desligados		Desligados	Desligados
José	Próxima			Sociável	Desligados			Desligados
Maria				Obrigatórios/Sociáveis			Intímo mas distante	Desligados
Raquel				Obrigatório/Intímo mas distante	Desligados			
Vitor				Desligados	Desligados/obrigatórios			Sociáveis

Durante o internamento, as vivências positivas ou negativas, com familiares, amigos estão presentes na memória dos doentes. Estas memórias refletem-se nas relações com o doente. Os avós estão presentes nas memórias dos mais jovens. “Gostaria muito que os meus avós viessem, mas eles nem sabem que estou hospitalizada, não quero que eles sofram”.⁴³ Para os avós também é importante saber dos netos. “Eles dão-me muita alegria, fui eu que os criei, sempre que falo com eles, sinto-me melhor”.⁴⁴ Distantes porque não podem vir ao hospital (netos) ou porque não sabem, netos e avós estão intimamente ligados ao doente.

A intensidade dos contatos de quem está ausente, depende fundamentalmente de fatores emocionais que permitiram proximidade ou criaram distanciamento entre doente, os seus familiares e amigos. “A família tem muito que se lhe diga, tenho doze irmãos, cuidei de todos eles, agora os nossos contatos são raros”.⁴⁵ “É nesta hora que descobrimos quem são os verdadeiros amigos, todos se afastam nestas horas”.⁴⁶ À proximidade física nem sempre corresponde a solidariedade e a intimidade no momento da hospitalização. O afastamento e a falta de ligação de pessoas, amigas ou familiares, que estavam no passado próximo presentes na vida do doente manifesta-se por diversos motivos, principalmente de ordem emocional. A importância e as memórias das relações passadas têm impactos no momento das visitas às pessoas internadas.

7.4. O valor das visitas e a importância do horário

A relação e o cuidado exigem de cada um dos intervenientes movimentos em direção a... no momento de fragilidade o cuidado do Outro, sensível e necessitado, o apoio é percebido e recebido sempre com muito agradecimento. “Adoro conversar, que me visitem e que se preocupem por mim...sou muito sensível e sofro muito quando sinto que não se preocupam comigo. Necessito muito e acho que me fazem muito bem as visitas, mesmo que aconteça o que aconteceu com a minha prima (discutiram durante a visita). É sempre bom sentir que as outras pessoas pensam em ti, se preocupam, estão atentas. Eu procuro estar sempre muita atenta a

⁴³ Entrevista Ana.

⁴⁴ Entrevista Maria.

⁴⁵ Entrevista Gracinda.

⁴⁶ Entrevista Diamantino.

quem precisa de mim...É importante manifestar os afetos, sinto falta dos meus “amigos”. É nesta altura que sentimos e vemos quem são os verdadeiros amigos”.⁴⁷

Fragilizado, em luta constante e permanente, o doente sente que a presença e as visitas são um forte ponto de apoio, para quem o tempo não passa, não é indiferente. “Fico muito contente com a visita da minha mulher, se não fosse ela, ficaria aqui o dia todo sozinho e não conversaria com ninguém”.⁴⁸ “Estes momentos nos hospitais, não são nada fáceis. A fragilidade torna-nos vulneráveis e necessitamos da presença de alguém com quem conversar e estabelecer diálogo...Sinto-me muito protegida com a presença da minha mãe todos os dias.”⁴⁹

Nos diálogos e entrevistas, os doentes não se manifestaram nem contra ou a favor do horário das vistas. Emitiram opiniões a partir da realidade que vivem, da relevância e valor que lhes dão. Fator a ter em conta é sem dúvida a incompatibilidade do horário das visitas com a vida de pessoas que trabalham e não podem ausentar-se. “Para quem trabalha é muito difícil o horário das visitas, praticamente só ao sábado e domingo têm disponibilidade para vir e aí outros fatores pesam para que não se possam deslocar. Eu tenho a possibilidade de utilizar os sms, facebook, telefone, mas a pessoa que está aqui ao meu lado (idosa) não o faz, nem o pode fazer. Creio que um horário flexível seria sempre o melhor. Como o tempo é pouco depois do horário de trabalho e só podem estar duas pessoas, por vezes as visitas entram e saem num abrir e fechar de olhos”.⁵⁰

⁴⁷ Entrevista Ana.

⁴⁸ Entrevista Fernando.

⁴⁹ Entrevista Ana.

⁵⁰ Entrevista Célia.

Quadro 7.6: Valor das Visitas e Importância do horário das visitas

Nome	Valor das visitas	Importância do horário das visitas
Ana	Muito importante	Insatisfeita, difícil para quem trabalha
Ana	Muito importante	Indiferente
Carlos	Importante	Difícil para quem trabalha
Célia	Muito importante	Difícil para quem trabalha
Diamantino	Indiferente	Indiferente
Fernanda	Importante	Indiferente
Fernando	Importante	Indiferente
Gracinda	Muito importante	Bom para quem está reformado
Iara	Muito importante	Deveriam ser permitidos acompanhantes, continuamente
Iracema	Muito importante	Deveriam ser livres
João	Muito importante	Nada a dizer
Joaquim	Muito importantes	Deveriam ser livres
José	Importante	Indiferente
Maria	Importante	Difícil para quem trabalha
Raquel	Muito importante	Deveriam ser livres
Vitor	Pouco importante	Indiferente

O trabalho e a distância do hospital, para quem não tem meios próprios, faz com que as visitas se concentrem ao fim de semana, e o doente passe muito tempo sozinho, entregue às suas dores e aos seus pensamentos. “Olhe, para a minha filha, fica sempre muito difícil, para quem trabalha, é muito difícil vir aqui. São as filas do trânsito, é o estacionamento que é caro, todos saem tarde do trabalho e o tempo disponível para as visitas não é muito. O horário das visitas só está bom para quem está reformado, ainda mais hoje quando é tão difícil ter trabalho e manter o emprego...devia ser livre este horário...as pessoas têm consciência e não iriam atrapalhar o trabalho dos enfermeiros”.⁵¹

Em momentos de fragilidade, a importância do diálogo, da escuta, a presença de alguém que se aproxima, se solidariza, é de extrema importância para o doente, pois fortalece o sentido da sua vida, reanima-o e dá uma dimensão ao tempo, que na hora do sofrimento é importante para o bem estar da pessoa debilitada. “Acho que deviam ser livres...é muito importante para o doente manter a mente ocupada, ou com a visita dos familiares e amigos...são sempre

⁵¹ Entrevista Joaquim.

momentos que ajudam o doente, é sempre muito bom que o doente sinta que não está sozinho nestes momentos de fragilidade, o tempo custa muito a passar nestes dias”.⁵²

A presença de familiares e amigos no acompanhamento cria também condições para que os enfermeiros e auxiliares de enfermagem andem menos stressados. “Creio que o acompanhamento dos doentes por parte dos seus familiares continuamente (veja-se o caso da pessoa que está ao meu lado) é fundamental. A presença de alguém ajudaria muito os profissionais de saúde para não andarem sempre stressados”.⁵³

7.5. Emoções e sentimentos

A presença das visitas cria nos doentes uma série de emoções e sentimentos. O pouco ou muito tempo despendido nas visitas recria memórias, desperta emoções que perduram no tempo, muito para além do tempo das visitas.

Quadro 7.7: Emoções e sentimentos

Nome	Alegria	Tristeza	Proximidade	Afetividade	Apatia	Escuta	Fala	Preocupado	Stress	Silêncio
Ana	xxx					xx	xxxxx	xx	xxx	
Ana		xxx	xxx	xxx		xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	
Carlos	xxxx					xxxx	xxxx	xxx	xxx	
Célia	xxxx		xxxx	xxxx		xxxx	xxxx			
Diamantino		xxxxx				xxx	xxx	xxxxx	xxx	xxx
Fernanda	xxx		xxxx			xxx	xxx	xxx		
Fernando		xxxx			xxx	xxx				xxx
Gracinda	xxx		xxxx	xxx		xxxx	xxxx			
Iara	xxx					xxx			xxx	
Iracema						xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
João	xxxx		xxxx			xxxx	xxxx	xxx		
Joaquim	xxx		xxxx			xxxx	xxxx			
José	xxxx		xxx			xxxx	xxxx			
Maria		xxxx				xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
Raquel						xxx	xxx	xxx		
Vitor		xxxxx				xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx

Nota: X – Muito pouco frequente; XX – Pouco frequente, XXX – Frequente; XXXX – Muito Frequente; XXXXXX – Muitíssimo frequente

O diálogo estabelecido com os doentes fora do ambiente das visitas, quando me foi permitido estar e conversar com eles, sendo o único interlocutor, possibilitou-me observar como palavras, gestos, notícias da família e da casa ecoavam ao longo dos longos dias em que estavam

⁵² Entrevista Raquel.

⁵³ Entrevista Ana.

sozinhos. “Preocupa-me a minha mãe que está sozinha em casa, tem uma consulta marcada para a próxima semana”.⁵⁴ “Não gostaria que viessem mais visitar-me, estão todo o tempo a dar lições de moral, deixam-me nervoso, stressado”.⁵⁵ “Sofro muito com esta situação, depois do divórcio, a família dividiu-se completamente, já não somos tão unidos como antigamente”.⁵⁶

A alegria manifestada durante as conversas com os familiares era depois transformada em preocupação por não poder estar presente junto de quem precisava; por tristeza de não estar perto de quem se gosta; por stress, por sentir que voltariam e novamente teria que escutar conselhos, lições de moral. A visita, momento de partilha: bolachas, doces, bebida (água), livros ou revistas (para quem gosta de ler); conversas sobre notícias da família alongavam-se no tempo, com memórias e recordação de fatos, muito para além do espaço e tempo das visitas. É geralmente a esposa ou a mãe quem traz comida para o doente.

Quadro 7.8: Emoções e sentimentos em correlação com as diferentes gerações

	Alegria	Tristeza	Proximidade	Afetividade	Apatia	Escuta	Fala	Preocupação	Stress	Silêncio
Geração 1	XXXXX	X	XXXXX	XXXXX	X	XXX	XXXX	X	X	X
Geração 2	XXXXX	XX	XXX	XXX	X	XXX	XXXX	X	X	X
Geração 3	XXXXX	X	XXX	XXX	X	XXX	XXX	XXX	XXX	X
Geração 4	XXXXX	X	XXX	XXX	X	XXX	XXX	XXX	XXX	XX
Geração 5	XXXXX		XXX	XXX	X	XXX	XXX	XXX	XXX	X
Geração 6	XXXXX	X	XXXX	XXXX	X	XXXXX	XXXXX	X	X	X
Geração 7	XXXXX	X	XXXXX	XXXX	X	XXXXX	XXXXX	X	X	X
Geração 8	XXXXX	X	XXXXX	XXXXX	X	XXXXX	XXXXX	X	X	X

Nota: X – Muito pouco frequente; XX – Pouco frequente, XXX – Frequente; XXXX – Muito Frequente; XXXXXX – Muitíssimo frequente

Dividi as gerações em 8 grupos de 10 anos cada, (10-20; 21-30; 31-40; 41-50; 51-60, 61-70, 71-80; 81-90). Esta divisão é apenas cronológica e não tem em conta outros fatores sociais, culturais, importantes no conceito de gerações.

Nestes quadros, tendo presente a intensidade da multigeracionalidade, procura-se compreender como os doentes reagem perante as visitas e que emoções lhes despertam.

⁵⁴ Entrevista Raquel.

⁵⁵ Entrevista Vitor.

⁵⁶ Entrevista Maria.

Quadro 7.9: A intensidade geracional nas visitas

Nome	Geração 1	Geração 2	Geração 3	Geração 4	Geração 5	Geração 6	Geração 7	Geração 8
Ana				X	X		X	
Ana	X			X	X			
Carlos		X	X	X		X		
Célia			X		X	X		
Diamantino					X			
Fernanda	X				X			X
Fernando						X		
Gracinda		X				X		
Iara			X	X	X	X		
Iracema				X				
João			X					
Joaquim				X			X	
José				X	X	X		
Maria				X	X			
Raquel				X				
Vitor					X	X		

A alegria, proximidade, afetividade, fala, escuta são emoções e atitudes muito frequentes em todas as gerações. Estas acentuam-se com a presença dos netos ou filhos até aos 20 anos. Embora sejam poucos aqueles que os visitam fisicamente provocam sempre alegria, proximidade e gestos afetivos. Estas mesmas reações são percebidas quando os doentes são visitados por familiares da mesma geração, pela proximidade física e emocional (cônjuge), conjugando-se também com a capacidade de escutar e conversar, favorecidos por um maior tempo de permanência.

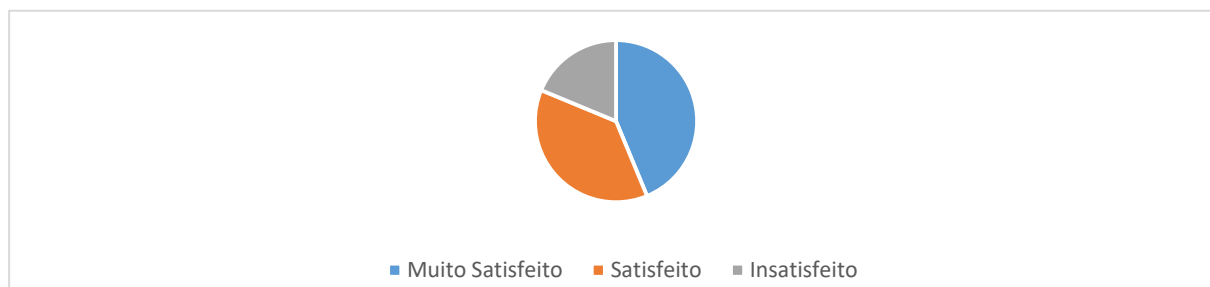
A presença das diferentes gerações, no momento da visita é um fator agregador e motivador para o doente, fomentando momentos de alegria, afetividade e proximidade. As relações intrageracionais, pessoas próximas, por motivos familiares ou por amizade proporcionam emoções positivas e agregadoras (alegria, proximidade, afetividade), sendo correlativa às relações intergeracionais mais distantes (1-2/6-7; 1/5-6).

A visita de pessoas das gerações entre os 30-50, geralmente filhos, gera alegria e um misto de preocupação e stress, provocados por diálogos sobre relações familiares. A similitude das reações é a mesma quando se estabelece um diálogo através do telemóvel. Conversar com os netos e filhos “menores” fomenta alegria, proximidade e afetos, com os filhos adultos tocam-se sempre temas menos agradáveis para conversar no momento da hospitalização.

7.6. Tempo e qualidade na prestação dos cuidados pelos profissionais de saúde

Aspetto importante é a relação que se estabelece entre os profissionais de saúde, o doente e os seus familiares. A satisfação por parte dos doentes é relevante, tendo sido de 79% o apreço dos doentes em relação aos profissionais de saúde. O tempo, a atenção e a capacidade de escuta, são sempre aspetos que os doentes gostariam que estivessem mais presentes na relação que estabelecem com eles. “Nada a dizer...fazem o que podem. Tenho sido muito bem tratado. Vejo que nunca têm tempo para estar connosco, mas entendo, são muitos doentes e os enfermeiros são poucos. Vejo que está sempre tudo muito limpo e que fazem as coisas o melhor que podem”.⁵⁷

Figura 7. 2: Grau de satisfação com os profissionais de saúde



Nos diálogos, tive a oportunidade de escutar diversas opiniões dos doentes sobre o serviço. As referências são, na sua grande maioria, positivas em relação aos profissionais de saúde, às instalações, e à limpeza. Esta realidade não está isenta e não esconde uma outra realidade que é a difícil gestão, por parte da equipe que coordena a unidade de medicina, dos horários e da gestão diária da equipe que presta os cuidados. Talvez seja uma minoria, mas na realidade mostra uma face da moeda real e crua dos serviços. “Nem me fale...escreva...é muito importante...não se podem tratar os doentes assim. Numa situação de fragilidade, os enfermeiros, não digo que são todos...mas existe uma falta de profissionalismo. Não se pode, nestas situações, chegar perto do doente, mal humorada, stressada. Nem falo por mim...mas a doente que está ao meu lado é tratada muito mal. Não é forma de cuidar e tratar de pessoas debilitadas. Vou fazer reclamação...enfermeiros que fazem turnos das 8 às 23 horas...como podem cuidar bem dos doentes e ter condições para o fazer? Sei, que não são todos, mas isto é uma falta de profissionalismo...as pessoas não são objetos, ainda mais nesta situação. Vejo

⁵⁷ Entrevista Carlos.

peçoas a trabalhar dois turnos seguidos e neste serviço não deveria ser permitido. É bastante exigente. As peçoas precisam de estar bem emocional e fisicamente para atender e cuidar dos doentes. É inadmissível”.⁵⁸

⁵⁸ Entrevista Ana.

Como se relacionam as diferentes gerações na família em ambiente hospitalar

CONCLUSÕES

A fragilidade humana inerente ao ser humano, neste tempo em que as transformações se produzem e recriam a um ritmo alucinante, plantea inúmeras questões. Vivemos e enfrentamos uma verdadeira mudança de época e não simplesmente uma série de mudanças que podem ou ocorrem ocasionalmente. As novas e constantes mudanças que ocorrem afetam todas as dimensões da vida. As instituições que respondiam e às quais nos apegávamos passivamente no passado para obter benefícios e solucionar os problemas – Família – Estado – Igreja, não são mais as mesmas. A família já não consegue desempenhar o seu papel tradicional. O estado não consegue resolver os problemas dos cidadãos, delegando a outros o seu papel. As parcerias público-privadas, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), geridas maioritariamente por instituições eclesiais são um exemplo deste processo, em que o Estado delega a outros a prestação de serviços fundamentais, como a saúde.

Neste processo de reconstrução contínua um dos grandes desafios está em acompanhar a pessoa fragilizada (hospitalizada) para que se possa sentir pessoa - na sua plenitude - apesar da sua debilidade física “As raízes da insegurança são muito profundas. Estão enterradas na nossa maneira de viver, estão marcadas pelo enfraquecimento dos laços (...), pelo esmigalhar das comunidades, pela substituição da solidariedade humana pela competição” (Bauman Zygmunt, 2016).

De onde partir para uma reconstrução? “Uma crise obriga-nos a voltar às perguntas; exige de nós respostas novas ou velhas, e apenas se transforma numa catástrofe quando tentamos fazer-lhe frente com juízos preconcebidos, ou seja, preconceitos” (H. Arendt, 1991: 229).

1. A importância da presença e do cuidado familiar

É a família que responde às necessidades dos seus membros, molda-se, transforma-se para dar resposta a essas necessidades e mudanças provocadas pela debilidade de um dos seus componentes. A família “não deixa de ser o suporte e lugar privilegiado para a pessoa carenciada” (Augusto, 2002. 40). A presença constante da família durante o internamento hospitalar é essencial, uma vez que além de facilitar a recuperação do doente e tornar o ambiente hospitalar mais familiar e aconchegante, viabiliza a prestação de cuidados mais

individualizados e qualificados, possibilitando uma melhor relação, enfermeiro-doente-família, tornando as ações mais eficazes. Como diz Cerqueira (2005: 30) “havendo uma parceria doente/família/equipas de saúde, consegue-se que haja humanização dos cuidados de saúde”.

Esta importância é sentida pelos doentes, que de uma forma ou outra reclamam” a presença dos familiares e amigos junto de si. “Existem muitos trabalhos que os familiares poderiam fazer e seriam de uma ajuda extraordinária para o hospital e os enfermeiros. Gostaria que o que fizeram comigo o pudessem fazer com todos os doentes”.⁵⁹

Familiares e doentes vivem, durante a hospitalização, o desejo de estar mais tempo juntos e de terem mais visitas. A realidade impõe limites difíceis de ultrapassar e constrangedores. As famílias estão quase sempre distantes e ocupadas com o seu trabalho profissional e o cuidado dos seus filhos. O isolamento e a perda de autonomia provocam empobrecimento e geram degradação (Capucha, 2014: 9). Os doentes aceitam com resignação a realidade que vivem principalmente com os seus filhos/as (trabalho; emigração; família). Compreendem a dificuldade que tem para visitá-los e estar mais tempo no hospital. Nesse sentido, o período de hospitalização é o espelho da realidade quotidiana familiar. “A minha filha só pode vir aqui na hora do almoço. Vem sempre a correr”.⁶⁰

As novas configurações familiares, divórcios (4/12), diminuição do número de filhos (média de 1,7), emigração dos filhos (8/24) exercem uma enorme pressão no ambiente familiar e na gestão das relações.

A relação estável que perdura no tempo, marido/mulher (7/12), a presença da mãe (4/16), são fatores de enorme importância no acompanhamento das pessoas hospitalizadas. Esta presença oferece tranquilidade e serenidade do doente, permiti-lhe “descomprimir” e partilhar os seus sentimentos, num espaço limitado e impessoal como é o quarto do hospital.

A alegria, proximidade, afetividade são reforçadas e percebidas com a presença das várias gerações, predominando quando a presença física ou memorial das gerações mais jovens se faz presente (primeira geração), ou com a presença da mesma geração (esposa/esposo). São provocadas pela proximidade física e emocional que criam emoções positivas e agregadoras. A presença de gerações intermediárias (30-60 anos), embora seja motivadora de sentimentos

⁵⁹ Entrevista acompanhante Iara.

⁶⁰ Entrevista Diamantino.

positivos (alegria, proximidade), provoca muitas vezes tensões, motivadas por conflitos anteriores e conversas que tocam temas menos agradáveis e conflituosos.

2. Distância geracional - a força das novas tecnologias

As visitas diárias, geralmente verificam-se entre pessoas da mesma geração, acentuando-se maioritariamente entre a geração de adultos reformados (6/8).

A pouca presença de gerações mais jovens durante a hospitalização, evidencia entre jovens e adultos, uma distância no ambiente hospitalar, principalmente fruto da realidade laboral. Distância minimizada pelo recurso e uso das novas tecnologias (9/16).

A presença das várias gerações familiares quando acontece fomenta sentimentos e emoções positivas, geradoras de maior estabilidade e menos stress. A proximidade geracional (mesma geração) permite a partilha de memórias comuns, “Quando a minha esposa me visita, conversamos sobre os nossos filhos e das coisas lá de casa”.⁶¹ A maior distância geracional, avôs/netos, sendo na maioria dos casos ausentes/presentes são impulsionadores de sentimentos positivos (alegria, proximidade, carinho, ternura). “ Os meus netos são a minha força, estão sempre preocupados, gostam muito de mim”.⁶²

A importância de um sms ou chamada é enfatizada pela maioria dos doentes (9/16). “ Falo todos os dias, com os meus familiares, eles são o meu suporte, mesmo estando longe, em Angola”⁶³. As gerações mais jovens valorizam tanto um sms ou telefonema como uma visita. O valor destes, do ponto de vista emocional é equivalente a uma visita presencial, receber um sms considera-se semelhante a um abraço.

3. Fatores limitativos

O papel da família é um pilar básico no apoio ao doente. A realidade percebida mostra que nem sempre a família está disponível e não acompanha de forma desejável, por diversos motivos:

⁶¹ Diálogo com Joaquim.

⁶² Entrevista Maria.

⁶³ Entrevista Iracema.

Emocionais - os divórcios, as separações reconfiguram novas relações familiares e o repensar do cuidado no momento de fragilidade. As pessoas doentes que estão separadas/divorciadas são menos acompanhadas, presencialmente, durante o internamento. Nos casos em que a mãe vive próximo do hospital essa ausência acaba por ser suprimida. Relações conflituosas, entre membros familiares, fragilizam todo o suporte de cuidado na hora da hospitalização. O stress, a preocupação, o silêncio, sinais de passividade, são motivados por situações emocionais vividas anteriormente pela família. O conflito entre as gerações mais próximas (pais-filhos) provoca stress e preocupação. “As minhas filhas estão sempre a dar palpites, agora ainda mais que me divorciei e se colocaram ao lado do pai”.⁶⁴

Físicos - a carga emocional e física inerente ao acompanhamento do familiar, na maioria dos casos observados, é deixado à mãe, que trabalha (2/4), “ venho aqui todos os dias, depois do trabalho e quando chego a casa, tenho que fazer todo o trabalho de casa”.⁶⁵ À esposa/esposo, de idade avançada “a minha esposa, está ainda pior do que eu, mas não me deixa um dia”.⁶⁶ O acompanhamento diário exige um enorme esforço físico e psíquico. A mulher fica numa situação de acumulação de funções que tem sido discutida sobre o impacto da mudança dos papéis sociais da mulher no seu bem-estar e saúde (Takeda, Kawachi, Yamagata, Hashimoto, Matsumura, Oguri, & Okayama, 2004: 69-81).

Sociais - as estruturas económicas e laborais hodiernas com as quais as famílias são confrontadas, principalmente os membros mais jovens do agregado familiar. As inúmeras responsabilidades, acompanhamento dos filhos, horários de trabalho, trabalho precário, emigração, são fatores que influenciam enormemente o papel da família neste processo. Quem se deseja que esteja próximo, não o pode fazer. Trabalha, estuda, teve que abandonar o país, procurando melhores condições de vida. O tempo que tem para visitar não se coaduna com a proposta de horário do hospital. Não incentivar os apoios, reduzi-los, que são já baixos na maioria dos casos, não será uma solução justa. E as bases da solidariedade entre as gerações têm de ser preservadas (Capucha 2014: 10). Estes fatores condicionam as visitas e a presença

⁶⁴ Diálogo com Maria

⁶⁵ Diálogo com a mãe da Ana.

⁶⁶ Diálogo Joaquim.

das gerações mais jovens. “A minha filha só veio aqui um domingo e a correr, não pode fazer de outro jeito, as atividades dos filhos e o trabalho, não lhe permitem que venha ao hospital”.⁶⁷

Institucionais - A pressão para a eficiência dos resultados por parte das instituições que certificam a qualidade e a excelência não têm em conta a realidade “oculta” do doente, das famílias e dos profissionais de saúde. Vive-se no hospital a mesma dinâmica da vida quotidiana, onde o tempo é vivido a correr e os encontros são um ápice no tempo. Os profissionais de saúde dedicam grande parte do seu tempo a compilar estatísticas que os afastam do doente física e emocionalmente. “Compreendo os enfermeiros que tem sempre muito que fazer e não me podem dedicar tempo”.⁶⁸ Os horários das visitas não são facilitadores da presença das gerações que estudam ou trabalham. A sua presença acontece maioritariamente ao fim de semana. Durante os fins-de-semana acumulam-se as visitas e o tempo escasseia devido ao regulamento do hospital para as visitas.

Da análise efetuada e da reflexão sobre ela produzida emanam um conjunto de sugestões suscetíveis de poderem vir a ser transformadas em medidas de política pública, a saber:

Criar condições do ponto institucional que permitam um novo olhar sobre a realidade do cuidar. Aproximar cada vez mais a tríade hospital-família-mundo laboral, em moldes que facilitem e favoreçam o diálogo, tendo como centro a pessoa e a família que requer cuidados.

O sentido de família restrita ou alargada, a dimensão comunitária do ser humano, deverá sempre ser uma prioridade perante a debilidade deste. Minimizar esta opção, não procurar soluções que favoreçam a interação é deixar espaços para a solidão. Será importante, neste sentido, potenciar o uso dos meios de comunicação com o intuito de diminuir o hiato entre o doente e a sua comunidade.

Ao sistema social/laboral, que procure formas que facilitem o apoio às famílias já por si fragilizadas com situações de doença, através de horários de trabalho e redes de apoio familiar que permitam uma maior presença junto do doente.

Estabelecimento de modalidades de interação entre unidade hospitalar e concelhos abrangidos para a produção de material multimédia sobre a realidade histórico, social,

⁶⁷ Diálogo com Raquel.

⁶⁸ Diálogo com José.

económica e cultural, a transmitir em circuitos televisivos hospitalares internos, que permita reforçar laços e recriar memórias afetivas.

Bibliografia

- Aboim, Sofia. 2006. *Conjugalidades em Mudança*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Alarcão, M. (2000), *(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*, Quarteto Editora, pp. 42 .
- Arendt, H (1991), *Tra passato e futuro*, Milão, Garzanti, pp. 229.
- Baptista, I. (2005), *Dar rosto ao futuro. A educação como compromisso ético*, Porto, Profedições, pp. 53-54.
- Bauman, Zygmunt (2016), “Alle radici dell’insicurezza”, *Corriere della Sera*, pp. 7.
- Berger, P. L., e Luckmann, T. (1974). *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes
- Augusto, B. et al. (2002), *Cuidados continuados - família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*, Coimbra, Formasau.
- Baudrillard, J. e Morin (2004), *A violência no mundo*, Rio de Janeiro, Anima.
- Bedford, V.H. e R Blieszner (2000), *Handbook of family diversity*, New York, Oxford University Press, pp.218.
- Bengtson, V. L, A. Lowenstein, N. M. Putney e D. Gans (2003), *Global aging and the challenge to families*, New York, Aldine de Gruyter, pp. 1-24.
- Bengtson, V., C. Rosenthal e I. Burton (1990), *Handbook of aging and the social sciences*, San Diego, Academic Press, pp. 263-287.
- Berger, P. L. e T. Luckmann (1974), *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*, Petrópolis, Vozes.
- Boff, Leonardo (2011), *Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra*, Petrópolis, Brasil, Editora Vozes, pp. 200.
- Brannen, J, P. Moss e A. Mooney (2004), *Working and caring over the twentieth century*, New York, Palgrave Macmillian.
- Cabrillo, F. e M. L. Cachafeiro (1992), *A revolução Grisalha*, Lisboa, Planeta Editora.
- Carter, B. e M. McGoldrick (2005), *The expanded family life cycle: individual, family, and social perspective*, Boston, Allyn & Bacon, pp. 1-26.
- CAPUCHA, Luis; “Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise”; *Sociologia, Problemas e Práticas* n.º 74, 2014, pp. 113-131.
- Castells, Manuel (2007), *A era da informação: economia sociedade e cultura*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1, pp. 440.
- Cerqueira, M. (2005), *O cuidador e o doente paliativo*, Coimbra, Formasau.
- Cunha, M. J. R. (2003), *O papel do acompanhante do adulto internado*, Porto, Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Debert, G. G. (1998), *A velhice ou terceira idade?*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, pp. 60.
- Delgado, Buz e José Bueno Martinez (2006), “Las relaciones intergeneracionales”, *Informes Portal Mayores Madrid*, 66, *Lecciones de Gerontología*, (online), disponível em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/buz-relaciones-01.pdf>>
- Dewey (2007), *Democracia e educação*, Lisboa, Didáctica Editora, pp. 22.
- Teles, M. (2003), *Educação sem fronteiras: cuidando do ser*, Petrópolis, Editora Vozes, pp. 20.
- Dias, Maria O. (2011), “Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica: o processo de comunicação no sistema familiar. Gestão e desenvolvimento”, pp. 139-156, (Online), disponível em:

https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:OjUwUR9gTFUJ:z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/Gesta oDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139>

- Dimmock, B., J. Bornat, S. Peace e D. Jones (2004), *Families in ageing societies: a multi-disciplinary approach*, New York, Oxford University Press, pp. 82-94.
- Figueiredo, D. e L. Sousa (2001), *Family care and older people in Europe*, Amsterdam, IOS Press, pp. 189-210
- Fortin, M. (1996), *O processo de investigação da concepção à realização*, Loures, Lusociência.
- Fuster, E.G. e G. M. Ochoa (2000), *Psicologia social da família*, Barcelona, Ediciones Paidós, pp. 36, 44.
- Giddens, A. (1999), *Para uma terceira via: a renovação da social-democracia*, Lisboa, Editorial Presença, pp. 106.
- Gil, J. (2005), *Portugal hoje. Medo de existir*, Lisboa, Relógio d'Água, pp. 60.
- Goldman, Sara Negri et al (2002), "Notas para iniciar o debate", *Revista Geração*, Rio de Janeiro, 1, pp. 1.
- Gomez J., O. M. P. Freitas e G. V. Callejas (2007), *Educação e desenvolvimento comunitário local, perspectivas pedagógicas e sociais da sustentabilidade*, Porto, Profedições.
- Granieri, G. (2006), *Geração blogue*, Lisboa, Editorial Presença.
- Guerreiro, Maria das Dores e Ana Caetano (2014), "Pessoas sós em Portugal: evolução e perfis sociais", em Anabela Delgado e Karin Wall (org.), *Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 125-153.
- Guerreiro, Maria das Dores, Anália Torres e Cristina Lobo (2007), "Famílias em mudança: configurações, valores e processos de recomposição", in Maria das Dores Guerreiro, Anália Torres e Luís Capucha (orgs.), *Portugal no Contexto Europeu, vol. III Quotidiano e Qualidade de Vida*, CIES-IUL, Lisboa, Celta Editora, pp. 7-38
- Guerreiro, Maria das Dores (2003), "Pessoas sós. Múltiplas realidades", *Sociologia, Problemas e Práticas*, (43), pp. 31-49.
- Guerreiro, Maria das Dores, *Revista Cidade Solidária*, nº37; SCML – Lisboa, ISSN:0874-2952, pp. 6-13
- Hank, K. (2006), "Proximity and contacts between older parents and their children" comunicação apresentada na European Population Conference, 22 de Junho de 2006, Liverpool.
- Hanson, S. (2005), *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*, Camarate, Lusociência.
- Hargrave, T. D. e W. T. Anderson (1992), *Finishing well: aging and repartion in the intergeneration family*, London, Routledge.
- Harper, S. (2004), "Papeis dos avós nas famílias multigeracionais dos nossos dias", comunicação apresentada ao Congresso dos Avós, 26 de Novembro de 2004, Lisboa, pp. 82-94.
- INE, Instituto Nacional Estatísticas, Censos 1960, 2001, 2011
- Kehl, M. R. (2004), *Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação*, São Paulo, Fundação Perseu Abramo, pp.89-113.
- Laslett, P., e P. Wall (orgs.) (1972), *Household and Family in Past Time*, Cambridge, Cambridge University Press
- Lipovetsky, Gilles, "Somos hipermodernos", (online), disponível em:
<https://www.facom.ufba.br/ciberpesquisa/cibercidades/lipovetsky.pdf>

- Lopes, L.S.E. (2008), *Encontros intergeracionais e a representação social. O que as crianças pensam dos velhos e a velhice*, Holandra – S.P., Setembro.
- Magalhães, A. S. e T. Féres-Carneiro, (2004), “Transmissão psíquica geracional na contemporaneidade”, *Psicologia em Revista*, 10, pp. 243-255.
- Magalhães, Dirceu Nogueira (2000), *Quem sabe um dia?*, Rio de Janeiro, CBCISS-ANJ/RJ.
- Mannheim, K. (1982), *Sociologia*, São Paulo, Ática, pp. 67-95.
- Martins, M. (2002), *Uma crise accidental na família*, Coimbra, Formesau, pp. 113-147.
- Meireles, Nuno (2009), *A sociedade contemporânea: as visões de Manuel Castells e Ulrich Beck*, Porto, Faculdade de Letras da Universidade de Letras.
- Mendes, F. (2005), *Conspiração grisalha. Segurança social, competitividade e gerações*, Oeiras, Celta Editora, pp. 155.
- Mietkiewicz, M. C. e C. Jolliot (2004), *Grands-parents, arrière et beaux-grands-parents: les représentations de jeunes enfants. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, pp. 52, 330-336.
- Ministério da Saúde (2005), “Relatório de execução de 2004”, (online), disponível em: http://www.qca.pt/pos/download/relatorios_2004/RelatPOSaude2004.pdf.
- Monteiro, Maria C.D. (2010), “Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar: o início da dependência”, Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, pp. 212, disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26357/2/Maria%20Clara%20Duarte%20Monteiro.pdf>
- Moreira, Isabel (2001), *O doente terminal e o contexto familiar*, Coimbra. Formasau. pp. 24. Morin, E. (2002), *Os sete saberes da educação para o futuro*, Lisboa, Instituto Piaget, pp. 16-21.
- Motta, Alda Brito da (2004), *Família e envelhecimento*, Rio de Janeiro, FGV, pp. 118.
- Nogueira, Mariana B. (2007), “A família: conceito e evolução e sua importância”, *Em Linha*, Rio de Janeiro, Centro Universitário Jorge Amado, (online), disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:5MKXsvP2zh4J:www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/18496-18497-1-PB.pdf>>
- Nunes, Cátia (2014) “*Transformações familiares recentes: uma perspectiva territorial*”, em Anabela Delgado e Karin Wall (org.), *Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 85-123
- Pais, J. M. (1998), *Gerações e valores na sociedade portuguesa contemporânea*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais – Secretaria de Estado da Juventude, pp. 17-58.
- Palmeirão, C. (2007), “O esforço do nosso tempo. Aprender na vida e com a vida as respostas da pedagogia social”, *Cadernos de Pedagogia Social*, Lisboa, UCP, pp. 125-134.
- Philipson, C., M. Bernard, J. Philips e J. Ogg (2001), *The family and community life of older people*, London, Routledge.
- Pina Cláudia, Graça Magalhães (2014), “Principais tendências demográficas: as últimas décadas” em Anabela Delgado e Karin Wall (org.), *Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp.23-41
- Sampaio, D e J. Gameiro (1998), *Terapia Familiar*, Porto, Edições Afrontamento, pp. 9.
- Relvas, A.P. (2004), *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*, Porto, Edições Afrontamento.

- Sara, Alves (2017), “Quem são os cuidadores informais em Portugal”, *Jornal Público*, (online), disponível em: <https://www.publico.pt/2017/04/02/sociedade/noticia/quem-sao-os-cuidadores-informais-em-portugal-1766944>
- Sarmento, M. J. (2005), “Gerações e alteridade: interrogações a partir da sociologia da infância”, *Revista Educação e Sociedade*, 26, pp. 361-378.
- Segalen, M. (1999), *História da família. O ocidente: industrialização e urbanização*, 4, Lisboa, Terramar.
- Sequeira, P.M. D. (2009), “Educação para a saúde da família do doente com AVC”, *Revista Investigação em Enfermagem Sinais Vitais*, 20, pp. 15-25.
- Silva, Luísa F (2001), *A acção social na área da família*, Lisboa, Universidade Aberta, pp. 320.
- Silverstein, M. V., L Bengtson (1997), “Intergenerational solidarity and the structure of adult child parent relationships in American families”, *American Journal of Sociology*, 103 (2), pp. 429-460.
- Sussman, M. B (1988), “The isolated nuclear family: factor fiction”, *Family and suport systems across the life span*, New York, Plenum Press, pp. 1-10.
- Takeda, Y, I. Kamachi, Z. Yamagata, S. Hashimoto, Y. Matsumura, S. Oguri, e A. Okayama (2004), “Multigenerational family structure in Japanese society: impacts on stress and health among women and men”, *Social Science & Medicine*, 59, pp. 69-81.
- Teixeira, M. (1996), *A prestação de cuidados de enfermagem no domicílio: um desafio continuo*, Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Torralba F. (1998), *Antropología del cuidar*, Madrid, Institut Borja de Bioética/Fundación Mapfre Medicina.
- Wall Karin, Vanessa Cunha e Vasco Ramos (2014), “A evolução das estruturas domésticas em Portugal, 1960-201”, em Anabela Delgado e Karin Wall (org.), *Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 41-58
- Wall, K. (2005), *Famílias em Portugal: percursos, interacções, redes sociais*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 553-597.
- Widmer, Eric, (2012) “*Family Configurationis: A Structural Approach to Family Diversity*”, Ashgate Publishing, Ltd, pp. 61-75
- Wright, L. e M. Leahey (2009), *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*, São Paulo, Roca.
- Vaitsman, J. “*Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas*”, Rio de Janeiro, Rocco, 1994
- Vasconcelos, P. (2005), Redes Sociais de Apoio, em Karin Wall (ed.), *Famílias em Portugal. Percursos, interacções, redes sociais*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 599-631.
- Vasconcelos, P. (2003), “Famílias complexas: Tendências de evolução”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, (43), pp 83-96
- Vallespir, J. e M. Morey (2007), *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa*, Lisboa, Instituto Piaget, pp. 228.
- Vianna, H. (2003), *Galeras cariocas: territórios de conflitos e encontros culturais*, Rio de Janeiro, EDUFRRJ, pp. 7-16.
- Žižek, S. (2006), *Lacan*, London, Granta Books.

ANEXOS



DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que foi solicitada por parte do Sr. António Fernandes autorização para a realização de um estudo intitulado “Como se relacionam as diferentes gerações na família em ambiente hospitalar” e que o mesmo foi aprovado em reunião de Comissão Executiva em 09 de Maio de 2017.

O Director do Serviço



Dr. José Barata
Hospital
Vila Franca de Xira
Escala Vila Franca – Soc. Gestora do Estabelecimento, SA.
Estrada Carlos Lima Costa, n.º 2
2600-009 Vila Franca de Xira
NIPC: 509 582 222

Anexo B: FICHA DE OBSERVAÇÃO

FICHA DE OBSERVAÇÃO

Nome				Internamento:	
Profissão		Localidade			
Data Nasc		Est Civil			
Filhos		Netos		Amigos	
M	F	M	F	M	F

DIMENSÕES COMPORTAMENTAIS DO DOENTE:

1ª Observação

2ª Observação

3ª Observação

4ª Observação

5ª Observação

Visitantes	1. O doente ouve atentamente as visitas e interessa-se pela conversa					
	2. O doente interrompe as conversas e ausenta-se da mesma					
	3. O doente procura o contato físico com o visitante					
	4. Que relação tem com os alimentos oferecidos pelos visitantes					
	5. O que quer mais desperta a atenção do doente nas visitas					
	6. Demonstra satisfação com a presença das visitas					
	7. Que reações e sentimentos desperta a presença das visitas					

ATITUDES

1ª Observação

2ª Observação

3ª Observação

4ª Observação

5ª Observação

Doente	Alegre					
	Triste					
	Preocupado					
	Próximo					
	Distraído					
	Escuta					
	Fala					
	Silêncio					
	Stress					
	Tempo					

Próximas	Sociáveis	Obrigatórios	Íntimos mas distantes	Desligados
Ligados em todos os indicadores de solidariedade	Proximidade geográfica, frequência de contatos, proximidade emocional e similitude de opiniões	Proximidade geográfica e frequência de contatos e pouca proximidade emocional ou similitude de opiniões	Na base da proximidade emocional e similitude de opiniões	Sem ligação

ANEXO C: GUIA DA ENTREVISTA

Nome:	Idade:
Localidade:	Estado Civil:
Profissão:	
Tempo de internamento:	

Descreva os momentos das visitas:

Quando vêm?

O que trazem?

Lembra de algum momento que a tenha marcado nas visitas e o que mais recorda destas visitas.

Há alguém que gostaria que viesse visitá-la e não veio?

As visitas contribuem para o seu bem-estar e recuperação?

Mantém contato com familiares ou pessoas amigas que não podem vir visitá-la? Que meio utiliza?

Sobre o horário de visitas, acha que estão bem? Poderiam ser diferentes?

Como sente e vive a relação com os profissionais de saúde?

ANEXO D: CONSENTIMENTO

Eu, António Manuel de Jesus Fernandes, a frequentar o Curso de Mestrado de Sociologia, no ISCTE, está a realizar no âmbito, no âmbito da dissertação do Mestrado, um estudo de Investigação Intitulado “Como se relacionam as diferentes gerações na família em ambiente hospitalar” que tem como objetivos:

- Identificar as vivências dos doentes internados em relação às suas visitas;
- Identificar as vivências dos visitantes com relação ao doente
- Identificar e perceber as relações entre doentes e visitantes tendo presente a realidade geracional.
- Compreender se as visitas contribuem e como contribuem para o bem-estar do doente internado.

Deste modo, solicitamos a sua autorização para colaborar na realização de uma entrevista, sabendo que, será respeitado o anonimato, a confidencialidade das informações fornecidas e a privacidade do participante. A inclusão no estudo, só acontecerá após o seu consentimento informado e esclarecido.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, declaro que participo de livre vontade, seguindo todas as orientações dos responsáveis do estudo, sendo que a qualquer momento posso desistir do mesmo, se essa for a minha vontade.

Vila Franca de Xira, maio de 2017

(Participante no estudo)

ANEXO E: O HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA

Hospital VFX

4.1. História

O Hospital Vila Franca de Xira (HVFX) desenvolveu a sua atividade em Vila Franca de Xira, em terrenos da propriedade da Santa Casa de Misericórdia, com instalações edificadas em três épocas distintas. Inauguração do Hospital: 18 de novembro de 1951; Foi inaugurado, próximo da Estrada de Arruda dos Vinhos, o Hospital da Misericórdia cuja missão era tratar os pobres e indigentes. Hospital Distrital: Março 1972: passou a ser qualificado como Hospital Distrital.

Elaboração do Programa para o Novo Hospital: Agosto 1995 o Ministério da Saúde determinou a elaboração do programa do Novo Hospital e que, com a maior brevidade, se estudasse a possibilidade de implementação nos terrenos disponíveis em Vialonga. Retoma do Novo Projeto: Em 2003, o Ministério da Saúde decidiu retomar o projeto de construção de um Novo Hospital para substituição do existente. Cedência de Terrenos para o Novo Hospital: Dezembro de 2004, o Município de Vila Franca de Xira, através de contrato celebrado cedeu ao Estado Português, através da Direção-Geral do Património, o direito de superfície do terreno situado no lugar da Charneca, freguesia de Vila Franca de Xira, para construção do Novo Hospital.

Parceria Público-Privada: Setembro de 2005 A assinatura do despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde para lançamento do Novo Hospital de Vila Franca de Xira, sob a forma de parceria público-privada. Novo Modelo de Gestão: Junho de 2011, o Hospital Vila Franca de Xira, tem um novo modelo de gestão, resultante da parceria entre o Estado português e o Grupo José de Mello Saúde.

Assente num modelo orientado para a eficiência dos processos e a otimização da prática clínica, este novo projeto começou por gerir a antiga infraestrutura (Hospital de Reynaldo dos Santos) e construiu, em paralelo, o Novo Hospital, que responde às necessidades da população dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Vila Franca de Xira e Benavente (anexo). Pleno funcionamento das novas Instalações: Abril de 2013, O Hospital Vila Franca de Xira entrou em funcionamento em pleno nas novas instalações

4.2. Visão, Missão e Valores

Ser uma referência nacional pela qualidade, eficiência e segurança do serviço prestado. Obter um elevado nível de satisfação na população. Desenvolver uma cultura forte e própria com elevado orgulho e satisfação por parte dos seus profissionais.

O Hospital Vila Franca de Xira tem como missão genérica a promoção e a prestação de serviços de saúde à população dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira, com cerca de 245.000 habitantes, assim como a qualquer cidadão em situação de emergência médica, com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual da organização, numa busca permanente do melhor.

Respeito pela dignidade e Bem-estar da Pessoa; Garantir os direitos e o bem-estar do utente, humanizando a relação e os cuidados prestados. Desenvolvimento Humano: Incentivar o crescimento dos profissionais, valorizando as capacidades e a procura de um objetivo comum. Competência: Valorizar a capacidade técnica, a formação e a entreaajuda de todos os profissionais. Inovação: Encontrar novas formas de atuar, privilegiando o trabalho em equipa e a partilha de conhecimento. Responsabilidade: Promover a Responsabilidade individual e coletiva na boa prática clínica e na utilização de recursos.

4.3. Serviços

Gerido através de um modelo de parceria entre o Estado Português e o Grupo José de Mello Saúde. Possui valências básicas, intermédias e diferenciadas, em regime de internamento e ambulatório, integrando a prestação de cuidados urgentes classificados como médico-cirúrgicos. O Hospital Vila Franca de Xira tem as seguintes valências: Serviço de Urgência Urgência Geral; Urgência de Pediatria; Urgência de Obstetrícia/Ginecologia, Internamento Geral; Unidades Especiais Hospital de Dia; Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios - UCI (nova unidade); Unidade de Neonatologia; Unidade Cuidados Intermédios Cirúrgicos - UCIC (nova unidade); Unidade de Cuidados Pós Anestésicos - UCPA (nova unidade); Blocos Operatório (9); Sala de Partos (5) e uma (1) de cesariana.