

Vivências dos Cuidadores Familiares em Internamento Hospitalar - o início da dependência

Maria Manuela Martins¹; Maria Clara Monteiro²

Resumo

O aparecimento súbito da dependência no autocuidado num dos membros da família representa, quase sempre, uma crise familiar determinada pela interrupção do previsto, ou seja, da rutura com o estilo de vida anterior, originando uma mudança inesperada e não planeada, com a qual cada família tem de lidar para se adaptar. A resposta da família estará muito dependente da capacidade de mobilizar os seus recursos internos e externos, de forma a ultrapassar ou minimizar a situação de crise, e inicia-se em internamento hospitalar, o que enfatiza a importância da intervenção dos enfermeiros se centrar na família como recetora de cuidados.

Optámos pela realização de um estudo exploratório e descritivo, utilizando uma metodologia do tipo qualitativo, aproximando-se da fenomenologia, recorrendo à entrevista áudio-gravada como técnica de pesquisa aos familiares cuidadores, em três momentos distintos. Os participantes foram seleção a partir do genograma e encontram-se internados num serviço de medicina, de um hospital do distrito do Porto, norte de Portugal, onde exercemos funções, deparando-nos muitas vezes com a problemática de adaptação da família à situação de doença com dependência. Teve como objetivo compreender o contexto vivencial da família do doente dependente em internamento hospitalar.

Os resultados obtidos ao longo das entrevistas efetuadas aos familiares participantes revelaram que a relação estabelecida no processo de cuidados é, ainda, com os diferentes elementos individualmente e não com a família como um todo. A situação de dependência num membro da família importa necessidades que têm de ser satisfeitas, é vivenciada por cada cuidador de acordo consigo próprio, com diferentes sentimentos e emoções. As mudanças significativas na vida pessoal de quem cuida repercutem-se no contexto familiar.

Palavras-chave: dependência no autocuidado; família; adaptação; enfermagem.

Abstract

Experiences of Family Carers in Hospitalization – The Beginning of Dependence

The sudden appearance of dependence on self-care of a family member represents, almost always, a family crisis determined by an interruption of the foreseen, which means, the break with the previous lifestyle, originating an unexpected change, not planned, which each family has to cope with to adapt. The family's response will be very dependent on their internal and external resources in order to surpass or minimize the crisis situation and start with hospital internment which emphasizes the importance for nurses' intervention to be centered on the family as the receiver of the cares.

¹ Escola Superior de Enfermagem do Porto. Professora coordenadora, Vice-Presidente (mmartins@esenf.pt).

² Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde. Enfermeira de Reabilitação (claramonteir@gmail.com).

We decided to go through an exploratory and descriptive study using a qualitative type of methodology, approaching phenomenology, resorting to the audio-recorded interview as the research technique for family caretakers at three distinct moments. The participants were selected through an engram and are now in-patients in a medicine service of one hospital in Porto district, northern Portugal, where we fulfill our duties, often coming across problematic family adaptation to the situation of an illness with dependency. Its objective was to understand the way of living of the patient's family while in hospital internment.

The results obtained through the interviews to participant family members revealed that the relationship established in the process of care-taking is still made of the different members individually, and not the family as a whole. The situation of dependency on one family member brings needs that have to be satisfied, is experienced by each caretaker according with him/herself with different feelings and emotions. The significant changes in the caretaker's life reflect themselves on the family context.

Keywords: dependence on self-care; family; adaptation; nursing.

Introdução

As alterações demográficas em Portugal, com a redução da taxa de natalidade e o aumento da esperança média de vida, traduzem-se atualmente na existência de uma população cada vez mais envelhecida e o correspondente acréscimo de situações patológicas e de *situações de dependência física*, com a conseqüente procura e consumo de cuidados de saúde, em particular, em *internamento hospitalar* (Silva, 2006), provocando na nossa sociedade modificações profundas tanto a nível *económico*, como *social e político*, pelo que atualmente este estudo ganha um relevo e uma prioridade indiscutíveis.

Cada vez mais o forte impacto destas situações no sistema de saúde, com a exigente redução de custos dos cuidados, obriga a uma redução das demoras médias dos internamentos, o que se traduz “... *num transferir dos doentes dependentes ou dos doentes vítimas de doenças incapacitantes, para o seio das suas famílias, que se vêm confrontadas, com a necessidade de cuidar dos seus membros, muitas vezes sem condições económicas, sem condições habitacionais ou sem conhecimentos*” (Marques, 2007 p.64). A família passa a ser a principal fonte de apoio nos cuidados. Esta situação tem grande impacto na família, constituindo um acontecimento stressante, desde logo pela imprevisibilidade da instalação da dependência, depois pela reorganização familiar que exige, sendo vivenciada com diferentes sentimentos e emoções, optando cada família por recorrer a estratégias de coping com o objetivo de conseguir uma adaptação eficaz.

A convivência com esta problemática ao longo do nosso percurso profissional em contexto hospitalar, associada ao descuro do envolvimento das famílias no processo de cuidados, as dificuldades por elas expressas durante o internamento, são as vertentes que nos impulsionaram a retomar um estudo centrado nos doentes dependentes e suas famílias para conhecermos “*Como vivenciam as famílias o processo de deficiência/dependência em meio hospitalar*”, porque acreditamos que se poderá traduzir em novos contributos para a melhoria da qualidade na assistência de enfermagem familiar, dignificando a profissão e os cuidados prestados. Reconhecendo a importância de compreender o fenómeno de adaptação das famílias ao processo de dependência e dos cuidados de enfermagem centrados em todo o núcleo familiar, foram delineados os seguintes objetivos: identificar os problemas expressos pelas famílias durante o internamento de doentes dependentes; compreender os processos de reorganização do familiar cuidador do início ao fim do internamento; compreender o processo de adaptação da família à situação

de doença com dependência e analisar as estratégias de coping utilizadas pelos familiares face aos desenvolvimentos de dependência do doente durante o internamento.

Metodologia

Participantes

Atendendo ao fenómeno e objetivos desta investigação, enveredámos por um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Os *participantes* foram agrupados intencionalmente para o fim deste estudo, considerando o *número total dos cuidadores familiares de doentes que se tornaram dependentes no autocuidado* internados num serviço de medicina de um hospital do distrito do Porto, norte de Portugal. Baseamo-nos no pressuposto de que o conhecimento do investigador sobre a população pode ser usado para pinçar os casos a serem incluídos na amostra (Polit, Beck, Hungler, 2004). A amostra do nosso estudo, no que respeita aos familiares veio a constituir-se por seis famílias participantes, que obedeceram aos seguintes *critérios de inclusão*: os familiares de doentes internados no serviço de medicina, por um episódio que gerou dependência no autocuidado, dado a vivência única desta situação por cada família; as famílias que se disponibilizem a acompanhar o doente dependente durante o internamento, para recolha de informação desde o início ao fim do internamento; familiares que coabitem ou passem a coabitar com o doente, pois as repercussões da dependência num membro da família refletem-se no sistema familiar; as famílias que vão assistir o doente no domicílio aquando do regresso a casa, porque aprender a cuidar exige desenvolver aptidões e habilidades que serão vivenciadas e partilhadas de diferentes formas pelos cuidadores.

A colheita de dados foi realizada entre os meses de Novembro de 2005 e Fevereiro de 2006 em meio hospitalar. A sua realização proporcionou momentos importantes de aprendizagem e reflexão para a atividade profissional do investigador.

Instrumentos

Existem diversos tipos de instrumentos de colheita de dados, no entanto, cabe ao investigador a decisão de selecionar o método que melhor se adapta ao seu estudo. Nesta perspetiva Polit e Hungler afirmam que “...tal diversidade é fundamental ao espírito científico, cuja meta principal é a descoberta do conhecimento” (1995 p.17). Dada a natureza da problemática em estudo, optou-se pela *entrevista do tipo semi-estruturado*, de modo a colher toda a informação necessária para responder aos objetivos da nossa investigação, possibilitando alguma flexibilidade na condução da entrevista, com a finalidade de se conseguir uma compreensão absoluta e abrangente das vivências dos participantes no estudo.

Para a condução das entrevistas elaborámos um guião com perguntas abertas, dando liberdade ao participante para se exprimir na linguagem que melhor conhecia, num total de 18 questões agrupadas por diferentes objetivos atendendo ao momento:

- *Primeiro momento* (dia da admissão) dar orientações sobre o tema do estudo, objetivos, pedido de autorização para gravação áudio como método de registo dos dados. Caracterizar condições sociodemográficas dos parti-

cipantes e caracterizar a situação sócio habitacional das famílias (através da escala de Graffar). As questões formuladas visaram conhecer a percepção dos cuidadores sobre a situação de dependência, sobre as necessidades do membro dependente, bem como dos problemas que terão durante o internamento hospitalar.

- *Segundo momento (durante o internamento)*, as questões tenderam para conhecer a dinâmica das famílias e relações estabelecidas com a comunidade. Compreender as dificuldades dos cuidadores familiares face ao papel de prestador de cuidados após participação no processo de cuidar, e estratégias utilizadas para as ultrapassar. E ainda, quais os problemas decorrentes desta situação neste momento e após a alta hospitalar.

- *Terceiro momento (dia da alta)*, as questões tencionaram conhecer como se sente o cuidador familiar para dar resposta às necessidades do seu membro dependente no domicílio, após a alta hospitalar e como se preparou para tal. E ainda, quais os problemas decorrentes desta situação neste momento e após a alta hospitalar.

Para compreender a dinâmica da família efetuamos o *Genograma* e para compreender as relações da família com a comunidade efetuamos o *Ecomapa*. “O genograma e o ecomapa são dois instrumentos particularmente úteis a serem utilizados pela enfermeira para delinear as estruturas internas e externas da família” (Wright e Leahey 2009 p.84). São de utilização fácil e rápida, facilitando a comunicação entre enfermeira e família.

Procedimentos

Este estudo reveste-se de um conjunto de procedimentos, que tiveram início com o pedido de consentimento para a sua realização ao Conselho de Administração da instituição hospitalar referida anteriormente. Na investigação científica a etapa de colheita de dados tem de ser precedida de *procedimentos ético-legais* que salvaguardam os direitos das pessoas envolvidas na mesma. Nesta conformidade, as entrevistas foram precedidas de um termo de *consentimento* livre e esclarecido dos participantes, explicando os objetivos do estudo e garantindo também o seu anonimato assim como a confidencialidade dos dados adquiridos.

O *procedimento de colheita de dados* estabelecido com os seis participantes do estudo, decorreu em *três momentos* distintos, ou seja, o primeiro no dia de admissão, o segundo, após uma semana de internamento e o terceiro no dia da alta hospitalar, culminando num total de 18 entrevistas. O que pode explicar a pertinência de entrevistar a família em momentos diferentes durante o internamento foi constatado na nossa prática profissional, através de um conjunto de experiências que cada família vivencia ao longo do processo de desenvolvimento da doença do seu membro. Processo este descrito como “*trajetória da doença*” (Enelow, et al.,1999 p.119) contempla cinco fases: *início da doença, impacto da doença, início da terapia, recuperação precoce e adaptação à permanência do desfecho*. A fase de adaptação é aquela que mais nos interessa para a compreensão do estudo relativamente à frequente falta de comparência da família no momento da alta hospitalar. “*É muitas vezes neste momento que a família, que esteve mais ou menos ausente da evolução da doença e das sequelas finais, entra em stress, pois terá que modificar o seu funcionamento e, algumas vezes, alterar os seus papéis*” (Martins, 2004 p.163).

A *análise de informação* e sistematização dos dados foram realizadas através da análise de conteúdo procurando contextualizar e compreender o fenómeno da vivência do processo de dependência desencadeado num membro, na perspectiva de cada família.

Análise & discussão dos resultados

Ao analisarmos as características dos participantes entrevistados, verificamos que a grande maioria dos cuidadores pertence ao sexo feminino, com *idades* compreendidas entre os 40 e os 67 anos, sendo a maioria casados. Respeitante ao *grau de instrução*, um grande número tem ensino primário completo. Profissões pouco diferenciadas, um salário médio baixo. Há, no entanto, um pequeno grupo de classe média relativamente semelhante. Relativamente à *categoria social*, na nossa amostra só encontramos indivíduos pertencentes à *terceira e quarta classe*, correspondente a famílias em pobreza relativa dificultando o suprir das necessidades básicas. Da análise dos discursos realizada foi possível categorizar os dados recolhidos por temas, sendo estes:

Sentimentos vivenciados pelos familiares no decorrer do processo de cuidar no hospital que remetem sobretudo para o desempenho do papel de responsável pela manutenção do bem-estar da pessoa dependente, expressando *insegurança* sobre a sua capacidade para cuidar com competência, gerada pelo desconhecimento face à imprevisibilidade da situação, resultando em *sofrimento* pela perda de independência do membro afetado e pela percepção das mudanças que podem decorrer na vida pessoal de cada membro da família. Daí que todos os participantes sentem *impotência*, pois habitualmente nestas situações inesperadas não têm formação prévia acabando por se resignarem à assunção do referido papel, que não sendo opcional para nenhum dos participantes, tornou-se uma obrigatoriedade e “*escorregaram para dentro*” da situação (processo de «*slippig into it*»), sem tempo para se adaptar à transição, para adquirir conhecimentos e competências.

Estratégias desenvolvidas pelos familiares para prepararem o regresso a casa, no sentido de ultrapassarem as dificuldades encontradas principiou por enfrentarem a situação de dependência, recorrendo a suporte informativo para aquisição de conhecimentos e capacidades participando ativamente na prestação de cuidados com os enfermeiros do serviço de internamento “... nós é que temos que aprender a dar-lhe de comer, aprender a virá-la, aprender a posicioná-la, aprender a lavá-la. Com a enfermeira eu aprendi a tratar dela” (E4). Curiosamente relata um cuidador que preservar a relação socioprofissional, foi a sua estratégia para minimizar os efeitos na vida pessoal da exigente tarefa de cuidar “O que também me fez, (...) foi eu não deixar o meu trabalho, como sou empregada de balcão lido com muita gente, falo, rio, ...” (E1). A partilha do cuidar com outros elementos da família é considerada pelos participantes uma ajuda essencial proporcionando maior bem-estar para quem cuida “É assim, eu também não tenho o trabalho todo e tenho o meu pai que olha por ela, sei o que o meu pai passa, dividimos, e não custa nem a um nem a outro” (E1). O desejo de melhorar a qualidade de vida do seu familiar e atenuar as dificuldades sentidas leva-os a procurar apoio formal que auxilie os cuidados de higiene e conforto no domicílio bem como o trabalho doméstico. A necessidade de modificações habitacionais pode tornar difícil e problemática a ida para casa sendo a eliminação de barreiras arquitetónicas, outra das actividades desenvolvidas. No sentido de adquirirem recursos materiais/ajudas técnicas nomeadamente cama articulada e cadeira de rodas, os cuidadores recorreram a instituições.

Momento mais oportuno durante o internamento para os familiares aceitarem as informações, relacionadas com o processo de aprendizagem para cuidar no domicílio tem a ver com as necessidades de aprendizagem individuais e com o processo de desenvolvimento da doença. Conforme Martins (2003) depende do impacto da doença na vida do cuidador e da família, do sentido dado naquele momento, do significado desta situação e da história dessa família em particular. Podemos identificar o descrito no relato de um cuidador “Ao fim de dois dias, já me queriam mandar vir aprender a lavá-la e a limpá-la, que vou ter que cuidar dela, porque ao fim desta semana quando lhe deu a paralisia que tinha que ir para casa. Foi um balde de água, não é normal, é de gelo, porque toda

esta situação para mim é complicada, porque nunca passei por isto e ao fim de uma semana, dizerem-me que ela já ia para casa, é super complicado” (E4). Todavia, os participantes que receberam aprenderam a cuidar apenas no final do internamento, não demonstraram qualquer descontentamento o que pode ser explicado pela experiência prévia para cuidar em situações semelhantes no passado.

Sentimentos vivenciados pelos familiares após a notícia da alta hospitalar continuam subjacentes ao exercício do papel de prestador de cuidados bem como à responsabilidade pela sua assunção, no entanto, face à inevitabilidade da alta neste momento os sentimentos ganham maior relevo, exteriorizando os cuidadores sentimentos *ambivalentes* perante o familiar querido mas que também causa problemas “... e há uma a gente está mortinho que ela venha para casa, por outra a gente fica assim, ...” (E1), desenvolvendo-se um dilema entre a vontade de o levar para casa e a *insegurança* em relação à prestação de cuidados “A gente fica com muito medo, muito frio na barriga” (E4), podendo a ausência de informação/formação estar na base deste sentimento. Advém de alguns cuidadores no momento da alta manifesto desagrado no regresso a casa, transparecendo um sentimento de *recusa*.

“É muitas vezes neste momento que a família, que esteve mais ou menos ausente da evolução da doença e das sequelas finais, entra em stress, pois terá que modificar o seu funcionamento e, algumas vezes, alterar os seus papéis” (Martins, 2004 p.163). O exposto justifica, de alguma forma a falta de comparência da família no hospital, no momento da alta.

Razões pessoais que justificam cuidar de um familiar que se torna dependente, revelam sentimentos de *compaixão* devido à total dependência e à probabilidade de institucionalização “... não vou pô-lo num lar porque tenho pena dele, ficar mais desanimado por estar num lar” (E6). Surge também o respeito pela vontade do doente “Ele foi empregado na Santa Casa, já sabe o que é um lar, (...). Ele ia para um lar, (...) mas ao mesmo tempo ele não ia querer e eu não ia contrariá-lo para ele ficar pior” (E6). A sensação de bem-estar/satisfação exposta pelos cuidadores por terem desenvolvido novas competências para cuidar “... aprendi e sinto-me bem por ter aprendido e poder ajudá-la” (E2) mostra de certa forma envolvimento no cuidar. A coabitação porque facilita a provisão dos cuidados, também emerge como determinante “É o facto de ele estar a viver aqui connosco” (E5). Os cuidadores por vezes demonstram sentimentos de obrigação e dever de cuidar do seu familiar dependente, revelando que não têm outra alternativa, sendo o motivo principal para cuidar “O que leva é que eu sou filha, ela é que me deitou ao mundo e eu tenho dever de cuidar dela, como ela me cuidou... (E1), ...ela não tinha mais ninguém. Tive que ser mesmo eu... (E2), É a minha obrigação, penso naquilo que fomos fazer à igreja, na saúde e na doença, e pronto mesmo que não fosse é meu marido, ...” (E3), “Vou tratar dele por obrigação...” (E6), o que salienta a resignação em assumir o papel de cuidador.

Implicações na vida do cuidador e da família de um membro dependente, inerentes ao regresso a casa iniciam-se neste momento de confronto com a realidade, o que significa para os participantes uma *sobrecarga na vida pessoal* quer a *nível físico* quer a *nível psicológico*, tornando-os conscientes de que a complexidade destes cuidados e a sua continuidade ao longo do tempo conduzem à negligência das próprias necessidades “... a gente tem que ter sempre aquele compromisso, tem que estar sempre... vou a algum lado às compras mas estou sempre a olhar para o relógio que tenho que ir embora porque tenho a mãe sozinha...” (E1), resultando frequentemente em *restrições sociofamiliares* “A gente ia numas excursões, nunca mais, ia à rua e demorava mais um bocadinho, agora não posso, (...), sempre estava mais um bocadinho com uma amiga ou ia à missa de manhã (...), agora vai ser totalmente diferente, já sei” (E3). Centrados na família, surgem mudanças no seu funcionamento “É assim, quando eu quero ir a algum lado o meu pai fica, quando vai o meu pai fico eu, ela nunca fica sozinha (E1). Tal como refere Sequeira (2007 p.109) “Viver em família implica reajustamentos progressivos, em função dos acontecimentos que,

de um modo ou de outro, interferem no funcionamento familiar, como é o caso da dependência, onde cada elemento influencia e é influenciado”.

Conclusões

Na tentativa de dar resposta ao processo de adaptação da família à situação de dependência de um membro em meio hospitalar, desenvolvemos este estudo que nos permitiu conhecer as vivências sentidas no processo de cuidar, bem como as implicações resultantes na vida pessoal e familiar. Para além disso possibilitou-nos aprender um pouco mais acerca da família como parceira no processo de cuidados. Sobre os principais achados decorrentes da análise dos discursos dos familiares emergiram as seguintes conclusões:

As dificuldades sentidas pelos cuidadores durante o internamento relacionam-se com a insegurança que sentem para dar resposta às necessidades do doente dependente e com a responsabilidade pela assunção do papel de cuidador, por se tratar de um processo de transição que exige a aquisição de um conjunto de estratégias que permitam uma adaptação eficaz.

No sentido de ultrapassar dificuldades decorrentes do cuidar os cuidadores recorreram a outros elementos da família e a instituições de apoio social. Para o desempenho adequado do novo papel alguns participaram nos momentos de ensino-aprendizagem com os enfermeiros do serviço onde decorreu o estudo.

No que concerne às *razões* que levaram os nossos cuidadores a cuidar estão a ligação afetiva associada a sentimentos de compaixão, os valores baseados na relação e respeito pela vontade do doente, e a obrigação para com o ele como forma de retribuir cuidados que já lhe foram prestados no passado.

As implicações do cuidado na vida pessoal de quem cuida envolvem a falta de tempo para a realização de atividades pessoais, por se tratar de uma tarefa de tal forma absorvente, limitando as próprias relações sociais bem como o tempo disponível para dedicar aos restantes membros da família. A sobrecarga física associada à sobrecarga de papéis gera alteração no funcionamento e dinâmica da própria família.

O *processo de adaptação da família* à situação de doença com dependência manifesta-se de diferentes formas do início ao fim do internamento hospitalar. Entrevistar os participantes em três momentos distintos permitiu-nos perceber que as diferenças existentes estão relacionadas com os períodos de transição pelos quais cada família passa durante o processo de doença do seu membro, fruto da vivência e da percepção individual. A *conscientização da mudança/transição* e o *envolvimento no processo de cuidados* são determinantes para que ocorra adaptação da família.

Como parceiros, os familiares poderão ter um papel ativo na prestação de cuidados e na tomada de decisões; como recetores de cuidados, eles requerem informação e acompanhamento por parte dos profissionais, de forma a reunir as melhores condições para lidarem com a situação/problema. Assim, ficamos com a certeza de que os cuidados de enfermagem prestados em parceria com a família, obrigarão a algumas mudanças de atitude por parte dos enfermeiros, a uma alteração das políticas e da filosofia das instituições e das unidades de saúde em geral.

Consideramos que os resultados deste estudo poderão aumentar o conhecimento dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde sobre a forma de pensar e intervir na família, a reflexão sobre a preparação da alta e sobre o contributo dos enfermeiros na adaptação ao papel de cuidador informal. Assim, esperamos que possa contribuir

para uma melhor compreensão do contexto vivencial da família do doente dependente, em meio hospitalar, e deste modo, se possam prescrever intervenções mais ajustadas a cada contexto individual, dignificando a profissão e os cuidados, com vista à *melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem Familiar*.

Referências bibliográficas

- ALARCÃO, M. - *(Des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. 3.^a ed. Coimbra: Quarteto, 2006.
- ENELOW, J., et al. - *Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente*. 4.^a ed. Lisboa: Climepsi, 1999.
- HANSON, S. - *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2.^a ed. Loures: Lusociência, 2005.
- MARQUES, S. C. - *Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC*. Coimbra: Formasau, 2007.
- MARTINS, M. M. - Do Hospital orientado para o doente à parceria na assistência. *Informar*. n.º31, (Set./Dez. 2003), p. 5-10.
- MARTINS, M. M. - *O adulto doente e a família uma parceria de cuidados*. Porto: ICBAS, 2004. Tese de Doutoramento.
- MARTINS, M. M. - *Uma Crise Acidental na Família*. Coimbra: Formasau, 2002.
- MINUCHIN, S. - *Técnicas de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Arte Médica, 1990.
- POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5.^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3.^a ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- QUIVY, R., et al. - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 1998.
- RELVAS, A. P. - A Família: Introdução ao seu estudo numa perspetiva sistémica. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Ano 16 (1982), p.307-321.
- SEQUEIRA C. - *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto, 2007.
- SILVA, J. F. - *Quando a vida Chegar ao Fim: Expectativas do Idoso Hospitalizado e Família*. Lisboa: Lusociência, 2006.
- WRIGHT, L.; LEAHEY, M. - *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. 4.^a ed. São Paulo: Roca, 2009.