



Universidades Lusíada

Bárrios, Maria João
Carvalho, Cláudio

Cuidados a pessoas com demência : a cultura organizacional em instituições em Portugal

<http://hdl.handle.net/11067/6542>

<https://doi.org/10.34628/9saw-0p05>

Metadados

Data de Publicação

2022

Resumo

O aumento da longevidade nas sociedades desenvolvidas reflete-se numa maior prevalência de doenças crónicas, como a demência. Em Portugal, os efeitos deste aumento emergem sobretudo ao nível das instituições públicas e privadas, com implicações nos modelos de gestão da prestação de cuidados. A abordagem centrada na pessoa com demência (ACPcD) revela bons resultados em termos de custo-benefício nas organizações e do bem-estar das pessoas que vivem com demência (PvD). O objetivo desta nota é car...

The developed societies are marked by increasing longevity, reflected in the increased prevalence of chronic diseases, such as dementia. In Portugal, the effects emerge at the public and private institutions. This has implications for care management. The objective of this paper is to characterize the organizational culture of nursing homes in Portugal, from the perspective of employees, according to the person-centered care for people with dementia. We conducted a questionnaire survey, applied ...

Palavras Chave

Serviços de Saúde - Gestão - Portugal, Demência - Pacientes - Assistência em Instituições, Cultura organizacional

Tipo

article

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-FCEE] LEE, n. 32 (2022)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T11:30:55Z com informação proveniente do Repositório

**CUIDADOS A PESSOAS COM DEMÊNCIA:
A CULTURA ORGANIZACIONAL EM INSTITUIÇÕES
EM PORTUGAL**

**CARE FOR PEOPLE WITH DEMENTIA:
ORGANISATIONAL CULTURE IN INSTITUTIONS IN PORTUGA**

Maria João Bárrios

Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
Centro de Administração e Políticas Públicas
ISCSP-Universidade de Lisboa
Orcid: 0000-0002-4569-9770
mbarrios@iscsp.ulisboa.pt

Cláudio Carvalho

Investigador Independente
Orcid: 0000-0002-3206-5875
cmmcarvalho.94@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.34628/9saw-0p05>

Data de submissão / Submission date: 05/01/2022

Data de aprovação / Acceptance date: 05/09/2022

Resumo: O aumento da longevidade nas sociedades desenvolvidas reflete-se numa maior prevalência de doenças crónicas, como a demência. Em Portugal, os efeitos deste aumento emergem sobretudo ao nível das instituições públicas e privadas, com implicações nos modelos de gestão da prestação de cuidados. A abordagem centrada na pessoa com demência (ACPcD) revela bons resultados em termos de custo-benefício nas organizações e do bem-estar das pessoas que vivem com demência (PvD). O objetivo desta nota é caracterizar a cultura organizacional de estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) em Portugal, na perspetiva dos colaboradores, segundo a ACPcD. Aplicou-se um inquérito por questionário aos colaboradores de quatro instituições. Da sua análise resulta um conjunto de boas práticas, mas também orientações dirigidas às organizações, em termos de gestão de serviços, recursos e pessoas, com base em elementos que se afastaram da ACPcD: (1) especialização dos cuidadores formais, (2) consciencialização e formação em demência dirigida aos colaboradores, (3) adequação do rácio de recursos humanos, (4) alargamento/ eliminação dos horários de visitas, (5) estratégias e instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços, (6) investimento na gestão de vagas, equipas e condições das PvD, (7) respeito e inclusão da PvD nos processos de decisão e institucionalização.

Palavras chave: Cultura Organizacional; Gestão da prestação de cuidados; Demência; Abordagem centrada na pessoa; Estrutura residencial para pessoas idosas.

Abstract: The developed societies are marked by increasing longevity, reflected in the increased prevalence of chronic diseases, such as dementia. In Portugal, the effects emerge at the public and private institutions. This has implications for care management. The objective of this paper is to characterize the organizational culture of nursing homes in Portugal, from the perspective of employees, according to the person-centered care for people with dementia. We conducted a questionnaire survey, applied to employees of four institutions with residents diagnosed with dementia. We have concluded a set of good practices, but also guidelines aimed at organizations, in terms of managing services, resources and people, based on elements far from the selected approach: (1) specialization of formal caregivers, (2) awareness and training of employees (3) adequacy of the human resources ratio, (4) extension/elimination of visiting hours, (5) strategies and tools for evaluating the quality of services, (6) investment in the management of vacancies, and conditions for people with dementia, (7) respect

and inclusion of people with dementia in decision-making and institutionalization processes.

Keywords: Organizational culture; Care management; Dementia; Person-centered care for people with dementia; Nursing homes.

Introdução

O envelhecimento demográfico constitui um dos maiores desafios na área dos cuidados sociais e de saúde nas sociedades modernas. Portugal é o quarto país mais envelhecido da União Europeia. Segundo os dados do Eurostat, em 2020, 22,1% da população portuguesa tinha 65 e mais anos, sendo apenas ultrapassado pela Finlândia e Grécia (22,3%) e Itália (23,2%).

O processo de envelhecimento individual acarreta uma redução da funcionalidade física e/ou cognitiva, aumentando a suscetibilidade da doença, que importa considerar também numa perspetiva coletiva, de saúde pública. A crescente longevidade que caracteriza as sociedades desenvolvidas reflete-se num aumento do número de pessoas com doenças crónicas, nomeadamente pessoas que vivem com demência (PvD). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a demência constitui um dos maiores problemas de saúde da população idosa da Europa, com um novo caso de demência diagnosticado a cada quatro segundos (WHO, 2013). Acresce que o número de PvD poderá triplicar até 2050 (WHO, 2013). Segundo o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvidos Económicos (OCDE) “Health at a Glance”, em 2017 Portugal era já o quarto país com mais casos de demência por cada mil habitantes (19,9 casos, sendo a média da OCDE 14,8 casos) (OECD, 2017). Estimava-se que Portugal tivesse já mais de 205 mil PvD, número que subirá, substancialmente, para 322 mil casos até ao ano de 2037 (OECD, 2017).

O impacto que a demência tem nas populações coloca-a no centro das políticas públicas. Além de implicar o entendimento do esforço pessoal, perdas económicas e fatores de risco, o número de PvD faz emergir a prestação de cuidados como faceta importante da saúde pública (Chapman et al., 2006). Com o decorrer da idade e a progressão da demência, o desafio instala-se sobretudo ao nível da prestação de cuidados dirigidos PvD em instituições para pessoas idosas (ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas), consistindo nas respostas sociais que mais acolhem PvD. A cultura organizacional e os modelos de gestão nestas instituições são desafiados a criar estratégias geradoras de bem-estar, com intervenções adequadas às necessidades.

A literatura em torno das orientações a respeito dos cuidados prestados às PvD tem evoluído na direção da “abordagem centrada na pessoa com demência (ACP-cD)”, pela crescente evidência de resultados positivos quer para as PvD, quer em termos de custo-benefício nas organizações (necessitando de baixos custos e recursos)

(Chenoweth et al., 2019). Com efeitos na cultura organizacional das instituições, esta abordagem apela a que as equipas se concentrem na forma como são prestados os cuidados, reforçando a personalidade e o bem-estar da PvD, focados na pessoa e não de acordo com rotinas organizadas por conveniência (Fazio et al., 2018).

Prestação de cuidados a pessoas que vivem com demência (PvD)

Demência é uma síndrome causada por uma doença do cérebro (de natureza crónica ou progressiva), produzindo alteração de múltiplas funções como a memória, pensamento, orientação, compreensão, linguagem, capacidade de aprender e fazer cálculos e tomar decisões (WHO, 2013). Apesar dos esforços contínuos da prevenção e cura da demência, a necessidade de cuidados de qualidade permanecerá (Stein-Parbury et al., 2012). A maioria das pessoas continua a viver em sua casa até muito tarde, mesmo com quadro demencial, sendo a família o principal prestador de cuidados (Paquete, 2015). No entanto, prestar cuidados a PvD é exaustivo para as famílias (Chenoweth et al., 2019). Acresce que as alterações na estrutura e funcionamento das famílias reduzem a sua capacidade de cuidar dos seus membros (Bárrios; Marques; Fernandes, 2020). Em estágios avançados da doença, a pessoa poderá precisar de serviços formais, como cuidados residenciais de longo prazo (Bárrios; Marques, Fernandes, 2020; Chenoweth et al., 2019).

Abordagem centrada na pessoa com demência (ACPcD)

As diretrizes da ACPcD, alicerçadas no modelo biopsicossocial, foram impulsionadas por Tom Kitwood (1997a), para fazer a distinção entre as abordagens médicas e as comportamentais, enfatizando a comunicação e os relacionamentos interpessoais, e reconhecendo a persistência da personalidade, apesar das perdas cognitivas. Para Kitwood, a demência não progride de forma linear, compreendendo uma interação entre o comprometimento neurológico e os fatores psicossociais (Kitwood, 1998), requerendo uma abordagem em torno das necessidades e conhecimento do indivíduo, concretizando-se através de um relacionamento interpessoal, abraçando a escolha pessoal e a autonomia (Fazio et al., 2018; Kitwood, 1997b).

Levy-Storms concluiu três características das práticas assentes na ACPcD:

- i) apoiar um sentido de identidade e personalidade, através de cuidados baseados nos relacionamentos;
- ii) realizar atividades individualizadas com significado;
- iii) proporcionar orientação para os cuidadores (Dewing, 2008).

Em conformidade, Kogan, Wilber e Mosqueda (2016) identificaram seis princípios:

- i) cuidado holístico centrado na pessoa;
- ii) respeito;
- iii) escolha;
- iv) dignidade;
- v) autodeterminação;
- vi) vida com propósito (Kogan; Wilber; Mosqueda, 2016).

Neste esclarecimento, destacam-se ainda Manthorpe e Samsi (2016), ao proporem como componentes fundamentais:

- i) cuidado personalizado;
- ii) envolvimento familiar;
- iii) auto-cuidado;
- iv) reconhecimento;
- v) empatia;
- vi) ambiente seguro;
- vii) acesso a conselhos de saúde confiáveis;
- viii) tratamento eficaz prestado por profissionais de confiança;
- ix) continuidade de cuidados e transições suaves;
- x) informação clara e compreensível;
- xi) envolvimento nas decisões;
- xii) respeito pelas preferências.

Partindo destes elementos, Fazio, Pace, Flinner e Kallmyer (2018) efetuam seis recomendações:

- i) conhecer a PvD, os seus valores, crenças, interesses, capacidades, gostos e desgostos, do passado e do presente;
- ii) ver o mundo a partir da perspectiva da PvD, reconhecendo o seu comportamento como forma de comunicação;
- iii) apoiar atividades com significado para a PvD, de acordo com os seus interesses e preferências, envolvendo-a e admitindo que pode sentir alegria, conforto e significado na vida;
- iv) construir/cultivar relações autênticas e carinhosas, tratando a PvD com dignidade e respeito, apoiando a sua individualidade, centrando o cuidado na interação ao invés da tarefa;
- v) criar/manter o apoio aos indivíduos, famílias e colaboradores, criando oportunidades para o sucesso, valorizando-os, respeitando as diferenças individuais, promovendo autonomia, envolvimento e experiências compartilhadas;
- vi) avaliar as práticas de cuidados com regularidade, efetuando as mudanças necessárias (Fazio et al., 2018).

Mudança na cultura organizacional e modelo de gestão de cuidados em instituições

A ACPcD tem sido recomendada em contexto residencial (Fazio et al., 2018), sendo a filosofia subjacente às *Dementia Care Practice Recommendations* (Alzheimer's Association, 2018). Esta recomendação tem por base a eficácia demonstrada na redução do nível de agitação das PvD, melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar (Chenoweth et al., 2019; Chenoweth et al., 2009; Fossey et al., 2006), redução do uso de meios de contenção física e química (Chenoweth et al., 2009; Fossey et al., 2006), redução dos episódios de delírio (Crandall et al., 2007), melhoria do humor, sintomas neuropsiquiátricos e função (Chenoweth et al., 2019).

A aplicação desta abordagem em contexto institucional exige uma mudança na cultura organizacional, que requer uma reorientação de valores, atitudes e normas, quebra de hierarquias, aposta na flexibilidade do trabalho e dar aos trabalhadores mais controlo sobre o seu ambiente de trabalho (Koren, 2010). Apela ainda a questões relacionadas com o conhecimento e visão geral de demência, o ato de cuidar, as prioridades na compreensão, os problemas comportamentais e o sentimento dos colaboradores (Kitwood, 1997a; Paquete, 2015). Dawn Brooker sintetiza as orientações necessárias a esta mudança na cultura organizacional:

- i) valorizar a PvD e colaboradores;
- ii) atendimento individualizado/ tratar as PvD como pessoas com necessidades únicas;
- iii) colocar-se na perspetiva da PvD para compreender o seu comportamento e comunicação;
- iv) criar um ambiente social positivo que promova relacionamento entre a equipa de colaboradores e a PvD (Brooker, 2006; 2007).

Afirmando que as intervenções de mudança de cultura não são homogéneas, Brownie e Nancarrow (2013), consideram que incluem:

- i) melhoria do ambiente;
- ii) oportunidades de estimulação social e relacionamentos;
- iii) continuidade no atendimento/ prestação de cuidados pelos mesmos colaboradores;
- iv) abordagens de gestão e liderança democratizadas, que envolvam os residentes e colaboradores na tomada de decisões;
- v) modelos de focados no empoderamento da equipa; e vi) filosofia de cuidado individualizada.

Estas alterações nos modelos de gestão de práticas de cuidados em ambiente residencial demonstraram viabilidade organizacional e bons níveis de custo-benefício, por melhorarem o bem-estar das PvD, requererem baixos recursos

e baixos custos (Chenoweth et al., 2009; Stein-Parbury et al., 2012). A literatura apresenta modelos práticos que passam pela formação da equipa de colaboradores, visitas às organizações e suporte contínuo no planeamento e aplicação da abordagem (Chenoweth et al., 2009), exigindo que a cultura de trabalho atenda às necessidades das PvD, colaboradores e gerentes, processos de tomada de decisão recíprocos, promoção de habilidades de aprendizagem e liderança (Crandall et al., 2007; Stein-Parbury et al., 2012).

Material e método

Nesta nota descrevemos uma pesquisa que teve como objetivo caracterizar a cultura organizacional de ERPI em Portugal, na perspetiva dos diferentes colaboradores, de acordo com a ACPcD. Seleccionámos quatro ERPI com residentes diagnosticados com demência. Esta seleção teve em consideração a diversidade de contextos territoriais, sociodemográficos e geográficos, bem como a disponibilidade para participar no estudo: duas ERPI do distrito de Lisboa (ERPI A e B) e duas do distrito da Guarda (ERPI C e D).

Foi aplicado um inquérito por questionários dirigidos aos diferentes grupos de colaboradores das quatro instituições (entre maio e julho de 2019). Sendo a população constituída por todos os colaboradores das ERPI que se relacionam/contactam direta ou indiretamente com as PcD, considerou-se uma amostra de quatro sub-grupos:

- i) diretor técnico (DT);
- ii) técnicos superiores/profissionais (TS);
- iii) auxiliares de ação direta (AAD);
- iv) funcionários da cozinha/outros (FC).

Com base na extração de dimensões e indicadores da cultura organizacional de acordo com a ACPcD, foram construídos questionários de tipologia mista, com questões adaptadas a cada grupo de colaboradores. As questões de resposta fechada focaram-se em:

- i) estrutura física e caracterização geral da instituição¹;
- ii) caracterização profissional;
- iii) recursos humanos e formação;
- iv) prestação de cuidados;
- v) processo da PvD na instituição (integração, acolhimento, avaliação);
- vi) atividades.

¹ Apenas colocadas questões no questionário dirigido aos DT.

As questões de resposta aberta permitiam completar a informação relativa a:

- i) formações ministradas, ações de coesão da equipa e *feedback*/ reconhecimento das funções desempenhadas);
- ii) aspetos gratificantes da prestação de cuidados a PvD;
- iii) detalhes das atividades;
- iv) maiores complicações da prestação de cuidados a PvD;
- vi) sugestões para uma intervenção de qualidade.

A informação recolhida através de respostas fechadas foi sujeita a uma análise descritiva com recurso ao *software Excel*. Quanto às respostas abertas, foram tratadas mediante análise de conteúdo, permitindo a categorização da informação. Os dados obtidos junto dos diferentes subgrupos de colaboradores foram, posteriormente, sujeitos a uma análise integrativa aprofundada, que permitiu a sua reflexão a vários níveis. A caracterização da cultura organizacional de cada ERPI permitiu discutir os indicadores positivos e negativos de cada dimensão da ACPcD. A análise dos dados possibilitou discutir os resultados por grupo de colaboradores/ categoria profissional, sobretudo no que concerne a complicações e sugestões. A discussão efetuada levou, de seguida, a uma reflexão sobre o conjunto de instituições estudado, tecendo orientações para a prática na conclusão deste artigo.

Apresentação e discussão dos resultados

- i) Caracterização da amostra

No conjunto de colaboradores que responderam ao inquérito destaca-se a maior representatividade do sexo feminino em todos os grupos e a baixa escolaridade dos AAD (Tabela 1).

Tabela 1. Colaboradores inquiridos

	ERPI	População	Amostra		Caracterização
			Nr.	Proporção	
Diretor Técnico (DT)	A	1	1	100%	Sexo feminino, 23 anos, licenciatura em Serviço Social, formação Gerontologia Social
	B	1	1	100%	Sexo feminino, 37 anos, licenciatura em Serviço Social
	C	1	1	100%	Sexo masculino, 35 anos, licenciatura em Serviço Social
	D	1	1	100%	Sexo feminino, 32 anos, mestrado em Psicologia

	ERPI	População	Amostra		Caracterização
			Nr.	Proporção	
Técnicos Superiores (TS)	A	3	2	67%	Sexo feminino, 23 anos, licenciatura em Enfermagem Sexo feminino, 33 anos, curso de Animação sociocultural
	B	9	2	22%	Sexo feminino, 25 anos, licenciatura em Terapia Ocupacional, Sexo feminino, 36 anos, licenciatura em Ciências da Comunicação e Cultura, especialização em Gestão de Organizações Sociais
	C	5	3	60%	Sexo feminino, idades entre 28 e 36 anos Escriturária, licenciatura em Línguas e Literaturas Modernas Animadora Sociocultural, licenciatura em Educação Social
	D	5	2	40%	Enfermeira, licenciatura em Enfermagem Sexo feminino, 36 anos, curso de Animadora sociocultural Sexo masculino, 39 anos. chefe de Serviços Administrativos, licenciatura em Gestão
Auxiliares de Ação Direta (AAD)	A	47	5	10,63%	Idades entre 24 e 70 anos Quatro do sexo feminino e um do sexo masculino Níveis de escolaridade entre 4º ano e ensino superior
	B	24	7	29,16%	Idades entre 22 e 54 anos Cinco do sexo feminino e dois do sexo masculino Níveis de escolaridade entre 7º e 12º ano
	C	13	9	69,2%	Idades entre 24 e 65 anos, Oito do sexo feminino e 1 do sexo masculino Níveis de escolaridade entre 4º ano e 12º ano
	D	10	6	60%	Idades entre 26 e 54 anos Sexo feminino Níveis de escolaridade entre 4º ano e 12º ano

	ERPI	População	Amostra		Caracterização
			Nr.	Proporção	
Funcionários da cozinha (FC)	A	8	4	50%	Idades entre 25 e 56 anos Três do sexo feminino e um do sexo masculino Níveis de escolaridade entre 4º ano e 12º ano
	B	2	2	100%	Idades entre 25 e 39 anos Sexo feminino Níveis de escolaridade entre 10º ano e ensino superior
	C	4	4	100%	Idades entre 29 e 54 anos Três do sexo feminino e um do sexo masculino Níveis de escolaridade entre 6º ano e 12º ano
	D	3	3	100%	Idades entre 55 e 57 anos Sexo feminino Níveis de escolaridade entre 4º ano e 9º ano

*todos os que desempenham funções a tempo integral

ii) Estrutura e funcionamento geral das ERPI

A análise da cultura organizacional nas ERPI selecionadas permitiu enumerar elementos de acordo com a ACPcD (Tabela 2). Os quartos e as casas de banho das PvD estão devidamente identificados com: fotografias, pictogramas, desenhos, nomes e/ou placas de cores diferentes. Todas as instituições permitem às PvD personalizar os quartos com decoração e/ou mobiliário que levam das suas casas. As quatro instituições têm um espaço de culto espiritual/religioso e um espaço ao ar livre que as PvD podem frequentar, embora duas a três AAD de três ERPI (A, C e D) considerem que as PvD não são incentivadas/ encaminhadas para esses locais.

Por sua vez, a análise salientou indicadores afastados da ACPcD (tabela 2). Todas as ERPI têm horário de visita limitado. O ambiente físico requer adaptação, de forma a promover o direito à privacidade, fornecendo oportunidades para que a PvD se sinta segura e confortável (Fazio et al., 2018), pois a PvD não tem acesso a quartos individuais (exceto uma na ERPI B) e, na maioria das vezes, não partilha quarto com pessoas sem défice cognitivo ou dependência física (exceto algumas nas ERPI B e C).

Tabela 2. Resultados sobre a estrutura/ funcionamento geral da ERPI segundo os DT

	A	B	C	D
Horário visita	12h-21h	14h30-18h30	14h-17h30	13h30-18h30
Tipologia dos quartos das PvD	Duplos e triplos	1 individual e restantes duplos	Duplos e triplos	Duplos
Com quem as PvD partilham quarto?	<ul style="list-style-type: none"> com PvD/ défices cognitivos com pessoas dependentes fisicamente 	<ul style="list-style-type: none"> com PvD/ défices cognitivos com pessoas dependentes fisicamente com pessoas independentes e autónomas física e cognitivamente. 	<ul style="list-style-type: none"> com PvD/ défices cognitivos com pessoas dependentes fisicamente com pessoas independentes e autónomas física e cognitivamente. 	<ul style="list-style-type: none"> com PvD/ défices cognitivos com pessoas dependentes fisicamente
Identificação dos quartos e casas de banho, tendo em conta os défices cognitivos	Fotografias	<ul style="list-style-type: none"> Fotografias Pictogramas 	<ul style="list-style-type: none"> Desenhos Nome da PvD 	<ul style="list-style-type: none"> Cores iguais a pulseiras Fotografias
Personalização dos quartos das PvD	Permitida, com peças de mobiliário e decoração	Permitida, com peças de mobiliário e decoração	Permitida, com peças de mobiliário e decoração	Permitida, com peças de mobiliário e decoração
Espaço de culto espiritual/ religioso	Sim	Sim	Sim	Sim
Espaço ao ar livre	Sim	Sim	Sim	Sim

iii) Recursos humanos e formação

O reconhecimento das funções que os colaboradores desempenham é fulcral, na medida em que a implementação bem-sucedida da ACPcD requer uma liderança eficaz na melhoria do desempenho da equipa (Chenoweth et al., 2010; Stein-Parbury et al., 2012). Isso passa por demonstrar compromisso e alocar recursos suficientes (Chenoweth et al., 2019), apoiando as práticas por meio de redução da ênfase na conclusão de tarefas em determinado tempo (Stein-Parbury et al., 2012), colocando os relacionamentos antes das tarefas de planeamento/prestação de cuidados, permitindo que os colaboradores equilibrem os desejos das PvD com os valores organizacionais (Chenoweth et al., 2019). A ACPcD destaca ainda o potencial do apoio da administração em influenciar a redução do desgaste da equipa, potenciando o sucesso das intervenções (Chenoweth et al., 2010; Stein-Parbury et al., 2012). A valorização dos colaboradores é realizada a partir da criação de sistemas de apoio e ações de coesão da equipa, realizadas em três das quatro instituições (ERPI B, C e D), bem como oferecendo *feedback* das funções que a equipa desempenha (todas as ERPI) (tabela 3).

Tabela 3. Resultados sobre recursos humanos e formação

		A		B		C		D	
		sim	não	sim	não	sim	não	Sim	não
Os colaboradores que lidam com a Pvd têm formação especializada em demência/ pres- tação de cuidados?	DT	0	*	1*	0	1*	0	1**	0
	TS	0	2	2	0	2	1	0	2
	AAD	1	4	3	4	4	5	0	6
	FC	0	4	0	2	0	4	2	1
A instituição proporciona outra formação es- pecializada aos colaboradores?	DT	1	0	1	0	1	0	1	0
	TS	2	0	1	1	3	0	2	0
	AAD	5	0	5	2	9	0	5	1
	FC	0	4	0	2	4	0	3	0
São realizadas ações de coesão de equipa?	DT	0	1	1	0	1	0	1	0
	TS	0	2	1	1	3	0	1	1
	AAD	0	5	0	7	0	9	0	6
	FC	0	4	0	2	0	4	3	0
É dado <i>feedback</i> aos colaboradores das fun- ções que desempenham?	DT	1	0	1	0	1	0	1	0
	TS	2	0	1	1	3	0	2	0
	AAD	5	0	6	1	9	0	5	1
	FC	1	1	2	0	3	1	3	0
O rácio colaborador Pvd é suficiente?	DT	0	1***	0	1***	0	1***	0	1***

*sobre todos os colaboradores

**sobre o DT e um TS

***sobre os AAD

A análise de conteúdo às perceções dos colaboradores permitiu perceber em que consistem estas ações, destacando-se convívios, reuniões e testemunhos verbais (Tabela 4).

Tabela 4. Ações de coesão e formas de feedback

	A	B	C	D
Ações de coesão				
Convívios/ jantares		X	X	
Dinâmicas de grupo		X		
Formações em equipa		X		
Reuniões			X	X
Formas de <i>feedback</i>				
Verbalmente, por testemunho	X		X	X
Avaliação em equipa das atividades	X			
Avaliações de desempenho		X		X

	A	B	C	D
Reuniões de coordenação		X		
Elogios e confiança		X		
Solicitação de mais trabalho		X		
De forma escrita ou por telefone				X
Sugestão para atividades				X

A implementação de um sistema de governança compartilhada seria importante para que os colaboradores se tornassem parte do processo de tomada de decisão, dando *feedback* sobre o efeito das mudanças nos procedimentos, ambiente e fluxo de trabalho (Chenoweth et al., 2019). Trata-se de uma dimensão que requer investimento no que respeita ao *empowerment* e formação. A formação especializada em prestação de cuidados e demência adquire relevância, considerando que apenas na ERPI B foi referida pela maioria dos colaboradores, mas as percepções dos colaboradores em relação à demência distanciaram-se da evidência.

iv) Prestação de cuidados

À exceção de uma ERPI (A), todas possuem um plano de cuidados individualizado. Há uma preocupação para que os cuidados sejam centrados na interação e não na tarefa, comprovada através de partilhas de AAD das quatro instituições como “*Posso demorar o tempo que precisar*”. Contudo, em nas ERPI B, C e D há quem refira que “*têm um tempo estimado para executar determinadas tarefas*” (Tabela 5).

Tabela 5. Resultados sobre a prestação de cuidados a PvD

		A		B		C		D	
		sim	não	sim	não	sim	não	sim	Não
Os colaboradores sabem o nome das PvD	DT	0	1*	1*	0	1*	0	1*	0
	TS	2	0	0	2	3	0	2	0
	AAD	2	3	7	0	9	0	6	0
	FC	0	4	0	2	0	4	0	3
Os colaboradores conhecem as preferências, rotinas diárias e histórias de vida das PvD	DT	1*	0	1*	0	1*	0	1*	0
	TS	2	0	1	1	3	0	2	0
	AAD	0	5	5	2	7	2	5	1
	FC	0	4	0	2	1	3	1	2
Existe um plano de cuidados escrito e individualizado	DT	0	1	1	0	1	0	1	0
	TS	2	0	1	1	3	0	2	0
A prestação de cuidados é executada pelo mesmo colaborador/dupla	DT	1	0	1	0	0	1	0	1
	AAD	3	2	5	2	3	6	3	3

		A		B		C		D	
		sim	não	sim	não	sim	não	sim	Não
A prestação de cuidados é centrada na interação e não na tarefa	AAD	5		2	5	8	1	4	2
	DT	0	1*	1*	0	1*	0	1*	0
Os colaboradores sentem-se capacitados para trabalhar com as PvD	TS	2	0	2	0	2	1	1	1
	AAD	4	1	7	0	9	0	6	0
	FC	0	4	0	2	4	0	3	0
Os colaboradores agem de maneira diferente perante uma PvD	DT	0	1*	1*	0	1*	0	1*	0
	TS	2	0	1	1	3	0	2	0
	AAD	4	1	4	3	6	3	5	1
	FC	0	4	2	0	2	2	3	0
Os colaboradores complementam a comunicação com gesticulação	DT	0	1*	1*	0	1*	0	1*	0
Os colaboradores dirigem à PcD numa base de infantilização	DT	1*	0	0	1*	1*	0	1**	1*

* sobre todos os colaboradores na generalidade

** sobre alguns ("dois ou três")

Não há consenso entre os colaboradores das quatro instituições de que a prestação de cuidados às PvD seja prestada pelo mesmo colaborador ou dupla de colaboradores, requerendo uma avaliação, investimento ao nível da formação e diretrizes da liderança. No entanto, salienta-se de positivo que todos os colaboradores consideram que, nestas circunstâncias, a transição entre cuidadores é suave e cuidadosa, aproximando-se da ACPcD.

Os cuidadores formais inquiridos referem aspetos gratificantes do trabalho com a PvD, sendo aqui evidenciados como indicador positivo (Figura 1). Os efeitos em termos de enriquecimento pessoal pelo gosto em cuidar/ ajudar foram os mais frequentes, apurados através de partilhas como: *"Tudo para mim é positivo e gratificante porque faço o que gosto"* (um AAD da ERPI A), *"saber que estamos a fazer algo que um dia talvez nós também precisaremos"* (um AAD da ERPI C), ou *"a sensação de estar a ajudar"* (um TS da ERPI D). Segue-se o conforto por produzir melhorias/ bem-estar e qualidade de vida à PvD: *"o apoio aos que mais necessitam, estimulando o que ainda conseguem realizar, o carinho no cuidado"* (DT ERPI B). A reação da PvD aos cuidados prestados é referida por muitos colaboradores como um aspeto gratificante, através de testemunhos como: *"quando reconhece quem nós somos, quando esboça um sorriso, quando obtemos uma resposta do outro lado"* (um TS da ERPI A), *"o carinho e o sorriso"* (um AAD da ERPI B), *"o seu sorriso quando lhe fazemos alguma coisa de que gostam"* (um FC da ERPI D).

Figura 1. Aspetos gratificantes do trabalho com a PvD



Nem todos os colaboradores agem de maneira diferente perante a PvD. Ainda assim, muitos reconhecem a importância de uma comunicação diferenciada e do tempo dispensado (Figura 2).

Figura 2. Formas de agir com a PvD



v) Processo e avaliação da PvD na instituição

Nas percepções dos colaboradores salienta-se a necessidade de se apostar na avaliação da qualidade dos cuidados prestados e do bem-estar das PvD. Ainda que alguns refiram que esta é realizada, a análise das respostas abertas apurou que apenas acontece na ERPI B, através da *escala de depressão geriátrica e QOL* (escala de qualidade de vida familiar).

Tabela 6. Resultados sobre o processo e avaliação da PvD na instituição

		A		B		C		D	
		sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
Os colaboradores são responsáveis pelo acolhimento do utente?	DT	1	0	1	0	1	0	1	0
	TS	1	1	0	2	1	2	1	1
	AAD	0	5	0	5	1	8	0	6
	FC	0	4	0	4	0	4	0	3
pode ingressar na ERPI com um animal de estimação?	DT	0	1	1	0	0	1	0	1
É realizada uma avaliação inicial do utente padronizada e escrita?	DT	1	0	1	0	1	0	1	0
	TS	1	1	2	1	2	2	2	0

		A		B		C		D	
		sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
São realizadas reavaliações da PvD?	DT	1		1	0	1	0	1	0
	TS	2		2	0	3	0	2	0
É realizada avaliação da qualidade dos serviços e bem-estar das PvD?	DT	0	1	2	0	1	0	0	1
	TS	2	0	2	0	3	0	1	1

A capacidade de decisão da PvD precisa ser trabalhada no processo de institucionalização, considerando que esta raramente ou nunca propõe/ consente a sua institucionalização, sendo uma decisão da família (tabela 7).

Tabela 7. Proponente da institucionalização da PvD

	Família	Utente	Serviços de Saúde	Serviços Sociais
A	sempre	raramente	nunca	nunca
B	frequentemente	raramente	frequentemente	raramente
C	sempre	nunca	frequentemente	frequentemente
D	frequentemente	raramente	frequentemente	frequentemente

vi) Atividades

Tabela 8. Resultados sobre atividades

		A		B		C		D	
		sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
Plano de atividades e ocupação e participação individualizados para cada PvD	DT	0	1	1	0	1	0	1	0
	TS	1	1	0	2	2	1	1	1
As PvD podem sair da instituição com os seus familiares e amigos	DT	1	0	1	0	1	0	1	0
São promovidas atividades com familiares e amigos	DT	1	0	1	0	1	0	1	0
Existe colaboração entre o colaborador e a PvD nas AVD	DT	1	0	1	0	1	0	1	0
	AAD	4	1	0	7	3	6	4	2
A PvD é apoiada para o autocuidado	AAD	4	1	7	0	9	0	6	0
O AAD acompanha/auxilia as PvD em atividades de ocupação para além das AVD	AAD	1	4	2	0	3	6	0	6
O AAD auxilia/ajuda a PcD a circular livremente pelo interior/exterior	AAD	5	0	7	0	8	1	4	2
O AAD encaminha a PvD para locais de culto	AAD	3	2	7	0	6	3	3	3
	DT	1	0	1	0	1	0	1	0
	TS	1	1	2	0	2	1	1	1
	AAD	1	4	5	2	6	0	6	
	FC	0	4	0	2	0	4	0	3

		A		B		C		D	
		sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
As Pvd participam na seleção das atividades	DT	0	1	1	0	1	0	1	0
	TS	1	1	2	0	2	1	1	1
As Pvd realizam atividades com utentes sem demência	DT	1	0	1	0	1	0	1	0

Não fica clara a existência de um plano de atividades pensado de acordo com os gostos e preferências da Pvd nestas instituições, nem se têm a possibilidade de participar na seleção das atividades (tabela 8). Também ao nível das atividades não se concluiu se são criados os mecanismos necessários de auxílio à tomada de decisão pela Pvd. Por seu lado, é positivo que em todas as ERPI a Pvd realize atividades em conjunto com residentes sem quadro demencial, existindo um esforço das equipas em promover os contactos/ relações com familiares e amigos.

A ACPcD considera importante estimular a Pvd para o autocuidado e incentivá-la a colaborar nas atividades da vida diária (AVD). Na tabela 8 verificamos que a grande maioria dos AAD considera que este apoio é exercido, encorajando a Pvd a vestir-se, alimentar-se ou fazer a sua higiene. Por outro lado, todos os AAD referem que são eles que decidem a roupa que a Pvd veste e que grande parte das Pvd não come sozinha, por incapacidade ou risco de engasgamento. A maioria dos AAD não acompanha/auxilia as Pvd nas atividades de ocupação. Os poucos que o fazem referem “*passeios ao ar livre*” (um AAD da ERPI A), “*Ginástica, atividades de animação, estimulação cognitiva, espaço de culto, snoezelen e estimulação sensorial*” (dois AAD da ERPI B).

vii) Complicações e dificuldades sentidas pelos colaboradores

Os DT destas instituições consideram que as maiores complicações passam pelos “*comportamentos característicos de diferentes graus de doença, dificultando a individualização dos cuidados*” (dois DT), o que se agrava com a “*falta de preparação dos colaboradores*” (um DT). Já os TS, salientam a “*desorientação da Pvd*” (dois TS), que “*não permite ajuda da equipa*” (três TS). É ainda referido: “*a discriminação das Pvd por parte dos outros utentes*” (um TS), “*a falta de informação sobre o passado da Pvd*” (um TS), “*a dificuldade no planeamento e organização das tarefas*” (um TS), “*a frustração das Pvd*” (um TS) e “*os períodos de agressividade*” (um TS). Para os AAD, o fator comunicação é o maior obstáculo por “*não se conseguir estabelecer um diálogo coerente com a Pvd*” e não a entenderem (cinco AAD). Referem ainda que, muitas vezes, a Pvd rejeita o seu auxílio (cinco AAD), que “*é difícil lidar com “os períodos de agressividade” (um AAD), “comorbilidade” (um AAD) e “alterações comportamentais” (um AAD). À semelhança, os FC apontam a “comunicação”, a “agressividade” e a “falta de tempo”, mas destacam como maior dificuldade “estarem atentos a todas as movimentações das Pvd” (três FC).*

Estas dificuldades encontram sentido na literatura. Cuidar de PvD é desafiador, pois os doentes podem apresentar vocabulário e habilidades de comunicação diminuídos, agressão e explosões emocionais imprevisíveis, requerendo supervisão e vigilância quase constantes (Sinha, 2011). Os problemas psicológicos e comportamentais são frequentemente mal interpretados como mau comportamento deliberado, gerando a sentimentos de culpa, ansiedade ou frustração dos cuidadores (Sinha, 2011).

viii) Sugestões partilhadas pelos colaboradores

Os quatro DT gostariam de melhorar os serviços a nível dos recursos disponibilizados, investindo na capacidade e competências dos colaboradores. Pensam que poderiam fazê-lo através de *“instrumentos de estimulação cognitiva/ memória”* (dois DT), *“serviços/ formação mais especializada”* (dois DT) e *“atividades de ocupação, estimulação, relaxamento e socialização”* (um DT). Para os TS, as intervenções de qualidade exigem *“formação contínua especializada que potencie as suas aptidões/ competências”* (três TS). Destaca-se ainda a *“criação de laços empáticos”* (um TS), *“conhecer o passado da PvD”* (um TS) e *“ter mais disponibilidade”* (um TS). As sugestões dos AAD dirigem-se para a *“criação de laços empáticos com a PvD e relações mais próximas e humanizadas”* (seis AAD), apelando igualmente à *“formação e empowerment da equipa”* (três AAD). No entendimento de um AAD seria importante uma *“maior articulação entre os familiares e a equipa de colaboradores”* e outro refere o *“trabalho como equipa multidisciplinar”*. Por fim, os FC sugerem *“investimento em formação especializada”* (quatro FC) e *“atividades que envolvam os suportes informais como a família”* (dois FC), mas não apoiam o envolvimento das PvD nas tarefas da cozinha (cinco FC), ao considerá-la um local de risco à integridade física.

Conclusão

Na generalidade, as ERPI estudadas produzem esforços e sinergias na prestação de cuidados de qualidade às PvD. Não obstante, e pelo facto da ACPcD se poder constituir como uma filosofia de implementação exigente, subsistem algumas práticas a corrigir. Esta correção passa por uma mudança na cultura organizacional, no sentido de intervenções adequadas às necessidades das PvD, coerentes com a evidência de que as PvD mantêm o seu senso de identidade, têm capacidade de comunicar os seus desejos e necessidades (Mayhew et al., 2002; Rankin et al., 2005; Stein-Parbury et al., 2012). Estas práticas a alterar existem, em parte, porque os colaboradores têm incertezas quanto à forma adequada de prestar cuidados e são limitados pela cultura de trabalho (Chenoweth et al., 2019). Pesquisas desta natureza podem constituir incentivos a que a prestação de cuidados às PvD em ambientes residenciais, além de individualizar o atendimento, reforce as interações interpessoais da equipa para que esta compreenda

os sentimentos das PvD (Stein-Parbury et al., 2012), apoiem a sua autonomia e preservem a sua personalidade.

À semelhança de outros estudos (Barbosa, Cruz, Figueiredo, & Sousa, 2011), a prestação de cuidados nas ERPI desta pesquisa é, na sua maioria, efetuada por colaboradores do sexo feminino, com baixa escolaridade (AAD) e sem formação especializada. A necessidade de formação das AAD é fundamental na ambição de que se pratique uma cultura organizacional baseada na ACPcD, por constituírem elementos determinantes da prestação de cuidados às pessoas institucionalizadas.

Uma ERPI (B) revelou bastante proximidade com as dimensões e indicadores defendidos pela ACPcD, sendo especializada na área de cuidados em demência, com uma unidade de neuroestimulação. Nela se efetivam práticas positivas como: formação na área da demência, aposta na aprendizagem das histórias de vida e suportes de comunicação que permitem à PvD tomar decisões.

A análise das diferentes perceções dos inquiridos revelou discrepâncias e contradições, entre as expectativas dos DT e a realidade descrita pelos colaboradores, respeitantes aos conhecimentos e segurança dos cuidadores, ao envolvimento da PvD nas atividades, à formação disponibilizada e realizada, ao plano de cuidados e de atividades. Estas discrepâncias podem ser entendidas como falhas dos modelos de gestão e informação/ comunicação implementados pelas instituições, considerando a ACPcD.

Assumimos como limitações da pesquisa a falta de representatividade das ERPI em Portugal e a parca participação dos colaboradores. Um maior número de ERPI e de respondentes poderia solidificar e generalizar os resultados. No entanto, face aos dados discutidos nestas quatro instituições, em particular indicadores e perceções mais afastados da abordagem centrada na PvD, e considerando o documento *Dementia Care Practice Recommendations* da Alzheimer's Association (2018), é possível sintetizar um conjunto de orientações para a prática:

- i) consciencialização e formação especializada em demência para todos os colaboradores;
- ii) captação de recursos humanos (ajustando o rácio colaboradores-PvD, sobretudo AAD);
- iii) melhoria na gestão de condições de institucionalização e inclusão da PvD, respeitando a sua privacidade;
- iv) respeito pela capacidade de decisão da PvD e articulação com a família.

Referências

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. (2018). *Dementia Care Practice Recommendations*, Disponível em: https://www.alz.org/professionals/professional-providers/dementia_care_practice_recommendations, [consultado em 03-1-2020].

- BÁRRIOS, M.J.; MARQUES, R.; FERNANDES, A.A. (2020). Aging with health: aging in place strategies of a Portuguese population aged 65 years or older). *Revista de Saúde Pública* 54, p. 129. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001942>.
- BARBOSA, A. L.; CRUZ, J.; FIGUEIREDO, D.; SOUSA, A. M. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, saúde e doenças* 12(1), pp. 119-129.
- BROOKER, D. (2006). *Person-centred dementia care: Making services better*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- BROOKER, D. (2007). *Person-centred dementia care. Making services better. Bradford Dementia Group Good Practice Guides*, London, Jessica Kingsley Publishers.
- BROWNIE, S.; NANCARROW, S. (2013). "Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review". *Clinical Interventions in Aging* 8, pp. 1-10. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>
- CHAPMAN, D.P.; WILLIAMS, S.M.; STRINE, T.W.; ANDA, R.F.; MOORE, M.J. (2006), Dementia and its implications for public health. *Preventing Chronic Disease* 3(2), article A34. Disponível em: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/apr/05_0167.htm [consultado em 19-11-2021].
- CHENOWETH, L.; JEON, Y-H.; MERLYN, T.; BRODATY, H. (2010). What factors attract and retain nurses in aged and dementia care: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing* 19(1-2), pp. 156-167. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02955.x>
- CHENOWETH, L.; KING, M.; JEON, Y.; BRODATY, H.; STEIN-PARBURY, J.; NORMAN, R.; HAAS, M.; LUSCOMBE, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: A cluster-randomised trial. *Lancet Neurology* 8, pp. 317-325. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70045-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70045-6)
- CHENOWETH, L.; STEIN-PARBURY, J.; LAPKIN, S.; WANG, A.; LIU, Z.; WILLIAMS, A. (2019). Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLoS ONE* 14(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212686>
- CRANDALL, L.G.; WHITE, D.L.; SCHULDHEIS, S.; TALERICO, K.A. (2007). Initiating person-centered care practices in long-term care facilities. *Journal of Gerontological Nursing* 33(11), pp. 7-56, Disponível em: http://www.livingdementia.com/downloads/docs/person-centered_care_long-term.pdf
- DEWING, J. (2008). Personhood and dementia: revisiting Tom Kitwood's ideas. *International Journal of Older People Nursing* 3, pp. 3-13. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00103.x>
- FAZIO, S.; PACE, D.; FLINNER, J.; KALLMYER, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist* 58(1), pp. 10-19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
- FOSSEY, D.; BALLARD, C.; JUSZCZAK, E.; JAMES, I.; ADLER, N.; JACOBY,

- R.; HOWARD, R. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: Cluster randomised trial. *British Medical Journal* 332, pp. 756-761. <https://doi.org/10.1136/bmj.38782.575868.7C>
- KITWOOD, T. (1997a), *Dementia reconsidered: The person comes first*, Berkshire, Open University Press.
- KITWOOD, T. (1997b). The experience of dementia". *Aging and Mental Health* 1(1), pp. 13-22. <https://doi.org/10.1080/13607869757344>
- KITWOOD, T. (1998). Toward a theory of dementia care: ethics and interaction. *The Journal of Clinical Ethics* 9, pp. 23-34.
- KOGAN, A.C.; WILBER, K.; MOSQUEDA, L. (2016). Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. *Journal of the American Geriatrics Society* 64, pp. 1-7. <https://doi.org/10.1111/jgs.13873>
- KOREN, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs (Project Hope)* 29, pp. 312-317. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>
- MANTHORPE, J.; SAMSI, K. (2016). Person-centered dementia care: current perspectives". *Clinical interventions in aging* 11, pp. 1733-1740. <https://doi.org/10.2147/CIA.S104618>
- MAYHEW, P.A.; ACTON, G.L.; YAU, S.; HOPKINS, B.A. (2002). Communication from individuals with advanced dementia. *Geriatric Nursing* 22(2), pp. 106-110. <https://doi.org/10.1067/mgn.2001.115198>
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2017). *Health at a Glance 2017: OCDE Indicators*, Paris, OCDE Publishing, Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1614287981&id=id&accname=guest&checksum=39F0CCEE6B84643F654264682C4D8545> [consultado em 03-1-2020].
- PAQUETE, P. (2015). *O bem-estar de pessoas com demência e a relação com o desempenho de ocupações significativas: estudo a partir da aplicação do Dementia Care Mapping (DCM) a uma população institucionalizada*. Tese de doutoramento, Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- RANKIN, K. P.; BALDWIN, E.; PACE-SAVITSKY, C.; KRAMER, J.H.; MILLER, B.L. (2005). Self-awareness and personality change in dementia. *Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry* 76, pp. 632-639. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2004.042879>
- SINHA, R.N. (2011). Make dementia a public health priority in India. *Indian J Public Health* 55(2), pp. 67-9. <https://doi.org/10.4103/0019-557X.85234>
- STEIN-PARBURY, J.; CHENOWETH, L.; JEON, Y.; BRODATY, H.; HAAS, M.; NORMAN, R. (2012). Implementing Person-Centered Care in Residential Dementia Care. *Clinical Gerontologist* 35(5), pp. 404-424. <https://doi.org/10.1080/07317115.2012.702654>
- WHO (World Health Organization). (2013). *Demencia: una prioridad de salud pública*.

blica, Washington DC, OPS, Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=79118C08ACC3A185E506EE175A6337A0?sequence=1 [consultado em 06-09-2019].