



Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde
Ano 2013

**Catarina Soares
Oliveira**

Cuidado Centrado na Pessoa e Comunicação Verbal



**Catarina Soares
Oliveira**

Cuidado Centrado na Pessoa e Comunicação Verbal

Impactos de um programa educativo em cuidadores formais de pessoas com demência

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Doutora Daniela Maria Pias Figueiredo, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Alda Sofia Pires de Dias Marques, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico todo o meu esforço, luta e vigor,
À minha tia Emília de Aveiro
À minha avó Francelina
À minha avó Emília
Ao meu avô Oliveira

Aos meus pais, Armando Oliveira e Margarida Ribeiro
Ao meu irmão, Alexandre Oliveira

A toda a minha família Oliveira e Soares

Que este seja apenas o início da luta por um mundo melhor, por um envelhecimento, um futuro, uma vida mais produtiva e feliz. Que os erros do passado nos distingam e nos impulsionem a apresentar melhores soluções para o futuro.

o júri

presidente

Prof. Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão
Professora Adjunta na Universidade de Aveiro

Doutora Lílíana Maria de Carvalho e Sousa
Professora Associada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Prof. Doutora Daniela Maria Pias de Figueiredo
Professora Adjunta na Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Alda Sofia Pires de Dias Marques
Professora Adjunta da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Não posso terminar este percurso académico sem agradecer à Professora Doutora Daniela Figueiredo e à Professora Doutora Alda Marques por toda a ajuda, apoio e partilha de conhecimentos que permitiram a construção deste trabalho.

À Professora Doutora Vera Afreixo por toda a ajuda e paciência a nível “estatístico”.

Um obrigado muito especial para a Ana Barbosa e para a Joana Cruz por todo o apoio, partilha de conhecimentos e de oportunidades.

À Márcia Moreira e à Elisabete Marques pela partilha de desabafos, de trabalhos, de momentos, de companhia e pelo imenso apoio na realização deste trabalho.

Ao Guilherme Oliveira por todo o apoio, ajuda e paciência, por todo o carinho e atenção.

Ao Diogo Pinto e ao Eduardo Ferreira por todo o apoio, força e amizade recebida ao longo destes cinco anos de caminhada académica. À Ana Amaro por estar disponível.

Sem esquecer de referir um grande obrigado a toda a turma da licenciatura e de mestrado de Gerontologia, por todos os bons momentos, pelo apoio e partilha de experiências e por me terem influenciado e ajudado a ser a pessoa que sou hoje. Referindo-me especialmente à Maria Clara Cardoso, à Tatiana Cardoso, à Tatiana Lopes, à Rita Freitas, ao Bruno Portelada e ao Tiago Valente.

À Marta Coutinho porque sem a sua disciplina, exigência, educação e persistência eu não teria chegado onde estou hoje.

palavras-chave

Demência, Cuidado Centrado na Pessoa, Estimulação multissensorial, Estimulação motora, Comunicação Verbal, Cuidadores formais

resumo

Enquadramento: O aumento da incidência e prevalência da demência tem levado a um aumento de institucionalizações de pessoas com esta síndrome. A literatura recomenda a implementação de uma abordagem de cuidados centrados na pessoa com demência e também a realização de estimulação multissensorial e motora.

Objetivos: Este estudo exploratório teve como objetivo analisar o impacto de um programa educativo baseado numa abordagem de cuidados centrados na pessoa, e centrado na estimulação multissensorial e motora, na comunicação verbal dos cuidadores formais de pessoas com demência institucionalizadas durante os cuidados matinais.

Métodos: Neste estudo quase-experimental, analisou-se a comunicação verbal de cuidadores formais de uma instituição com resposta social de lar, que participaram semanalmente em 8 sessões educativas de 90 minutos. Os dados foram recolhidos antes e imediatamente após a intervenção, através de vídeo-gravações das interações cuidador-pessoa com demência durante os cuidados matinais. Foi construído um etograma baseado nas observações e na literatura para analisar a duração e frequência dos comportamentos verbais. O estudo da fiabilidade inter-observadores foi efetuado através do cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI (2,1)) para a fiabilidade relativa e da análise dos gráficos de dispersão de Band e Altman para a fiabilidade absoluta.

Resultados: Participaram no estudo 18 cuidadoras formais com uma média etária de $43,61 \pm 10,47$. A análise de fiabilidade entre observadores apresentou resultados moderados a excelentes (CCI entre 0,40 e 0,96) e a inexistência de viés sistemático. O estudo da comunicação verbal revelou diferenças estatisticamente significativas apenas em três categorias: aumento da frequência de “elogiar” ($p=0,011$), diminuição da duração de “falar com terceiros” ($p=0,049$) e aumento da frequência de “outros comportamentos negativos” ($p=0,006$).

Implicações: Este estudo sugere a importância de dotar os cuidadores formais com conhecimentos e competências no âmbito das abordagens de cuidados centrados na pessoa com demência para a mudança do padrão de comunicação verbal. Todavia, recomenda-se a replicação do estudo com amostras mais alargadas, num maior número de instituições, e com um desenho de estudo randomizado e controlado para analisar a extensão dos seus benefícios.

keywords

Dementia, Person Centered Care, Multisensory Stimulation, Motor Stimulation, Verbal Communication, Formal Caregivers

abstract

Background: The growing incidence and prevalence of dementia has led to an increase number of institutionalization of people with this syndrome. The literature recommends both the implementation of a person-centred care approach and the use of motor and multisensory stimulation with people with dementia.

Aim: This exploratory study aimed to analyze the impact of an educational program based on a person-centred care approach, and focused on multisensory and motor stimulation, on verbal communication of formal caregivers of institutionalized persons with dementia during morning care.

Methods: In this quasi-experimental study, the verbal communication of formal caregivers who have participated in 8 weekly educational sessions of 90 minutes was analysed. Data were collected before and immediately after the intervention, through video recordings of the interactions between the caregiver and the person with dementia. An ethogram was created based on the observations and literature to analyze the duration and frequency of verbal behaviours. An inter-observer reliability study was performed by calculating the Intraclass Correlation Coefficient (ICC (2,1)) for relative reliability and the analysis of the scatter plots of Bland and Altman for absolute reliability.

Results: Eighteen formal caregivers, with a mean age of $43,61 \pm 10,47$ have participated. The inter-observer reliability analysis showed moderate to excellent results (ICC between 0,40 and 0,96) and the absence of systematic bias. The formal caregivers' verbal communication analysis revealed significant statistical differences in only three categories: increased frequency in "praise" ($p=0,011$), decrease duration in "speaking with others" ($p=0,049$) and increased frequency in "other negative behaviours" ($p=0,006$)

Implications: This study suggests the importance to train formal caregivers with knowledge and competences in person-centred care in order to change verbal interactions with people with dementia. However, it is recommended the replication of the study with larger samples, in a larger number of institutions, and with a randomized controlled trial design to examine the extent of the benefits.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1 DEMÊNCIA: DESAFIOS PARA OS CUIDADOS A LONGO PRAZO.....	3
2.2 O CUIDADO CENTRADO NA PESSOA COM DEMÊNCIA: IMPLICAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS.....	8
2.3 A ESTIMULAÇÃO MULTISSENSORIAL E MOTORA NA DEMÊNCIA	10
3. OBJETIVOS	13
4. METODOLOGIA.....	13
4.1 TIPO DE ESTUDO	13
4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	14
4.3 PARTICIPANTES.....	14
4.4 INTERVENÇÃO	15
4.5 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	16
4.6 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	16
4.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	17
5. RESULTADOS	18
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	18
5.2 ESTUDO DA FIABILIDADE ENTRE OBSERVADORES.....	21
5.3 EFEITOS NOS COMPORTAMENTOS DOS PARTICIPANTES	23
6. DISCUSSÃO	25
7. CONCLUSÕES.....	29
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Sessões da intervenção educativa	15
Tabela 2 - Características sociodemográficas dos cuidadores formais	19
Tabela 3 – Características sociodemográficas e clínicas das pessoas com demência	20
Tabela 4 - CCI e os IC de 95% de concordância de Bland e Altman da comunicação verbal dos cuidadores formais nos momentos pré- e pós-intervenção	22
Tabela 5 – Comportamento das cuidadoras formais durante os cuidados matinais, antes e depois da intervenção	24

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico de Bland e Altman para a categoria duração de "Falar com terceiros", no momento pré intervenção	21
---	----

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVDs – Atividades de Vida Diárias

PSM – Psicologia Social Maligna

EMS – Estimulação Multissensorial

EM – Estimulação Motora

CCI – Coeficiente de correlação intraclass

IC – Intervalo de confiança

CCI 95% IC - 95% dos intervalos de Confiança dos Coeficientes de Correlação Intraclass

\bar{d} - Média das diferenças obtidas entre os dois observadores

DP dif. - Desvio Padrão das diferenças;

SE \bar{d} - Erro padrão das diferenças

DP – Desvio padrão

1. INTRODUÇÃO

A demência apresenta-se como uma síndrome associada à doença mental, normalmente crónica, caracterizada por deterioração global e progressiva das capacidades intelectuais (Prince & Jackson, 2009).

Dados de 2010 mostram estimativas de 35,6 milhões de pessoas em todo o mundo a sofrer de demência, prevendo-se um aumento para 66 milhões em 2030 e para 115 milhões em 2050 (Wortmann, 2012). Em Portugal, os dados apresentados pela Alzheimer Portugal (2009) apontam para a existência de 153 mil pessoas com demência, das quais 90 mil com demência de Alzheimer, sendo esta a causa mais frequente de demência que afeta as pessoas idosas (Prince & Jackson, 2009).

Além dos sintomas e sinais das diferentes fases da demência, é importante referir que 90% das pessoas com esta síndrome manifestam sintomas psiquiátricos e comportamentais (IPA, 1998). A complexidade destes sintomas representa a causa mais frequente de institucionalização destas pessoas (Hersch & Falzgraf, 2007). Neste sentido, a adaptação e a preparação das instituições de cuidados a longo prazo e dos profissionais torna-se uma prioridade, devido ao número crescente de institucionalizações de pessoas com demência (Sidani, LeClerc & Streiner, 2009) e da qualidade de vida das pessoas com demência depender das interações diárias com os cuidadores formais (McGilton, Sidani, Boscart, Guruge & Brown *et al.*, 2012).

A literatura tem recomendado a implementação de uma abordagem de cuidados centrados na pessoa. Tom Kitwood é o primeiro a utilizar a expressão “cuidado centrado na pessoa” relacionando-a com as pessoas com demência (Brooker, 2007), introduzindo também o termo de individualidade (no inglês, *personhood*) para as pessoas com demência baseando-se no princípio do respeito (Kitwood, 1997). Refere a necessidade destas em serem observadas de forma plena, pois são seres sensitivos, relacionais e com história (Kitwood, 1993).

A literatura apresenta também a estimulação multissensorial e motora como um tipo de intervenção adequada para as pessoas com demência severa (van Weert, Kerkstra, Dulmen, Bensing, Peter & Ribbe, 2004; Finnema, Dröes, Ribbe & van Tilburg, 2000). Ao incorporar as circunstâncias pessoais das pessoas com demência como o estilo de vida, desejos e a diversidade cultural na estimulação multissensorial, esta torna-se adaptada às suas

necessidades (van Weert *et al.*, 2004) e compatível com a evolução dos cuidados centrados na pessoa com demência (Kitwood, 1997).

Este estudo exploratório teve como objetivo geral analisar o impacto de um programa educativo baseado numa abordagem de cuidados centrados na pessoa, e centrado na estimulação multissensorial e motora, na comunicação verbal dos cuidadores formais de pessoas com demência institucionalizadas durante os cuidados matinais. Especificamente pretende-se analisar o impacto do programa na frequência e duração de comportamentos verbais positivos e negativos; e analisar os efeitos da intervenção na frequência de utilização de estratégias de estimulação multissensorial e motora durante os cuidados matinais.

Este trabalho encontra-se organizado em duas partes: a primeira enquadra do ponto de vista teórico a síndrome demencial, os pressupostos e princípios da abordagem de cuidados centrados na pessoa de Tom Kitwood e a evidência acerca da introdução da estimulação multissensorial e motora nos cuidados matinais. A segunda parte abrange o estudo empírico realçando a metodologia, os resultados obtidos e a sua discussão. O trabalho termina com uma curta conclusão onde se reforçam as perspetivas futuras.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Demência: desafios para os cuidados a longo prazo

A demência é uma síndrome associada à doença mental, normalmente crónica, caracterizada por deterioração global e progressiva das capacidades intelectuais, incluindo a memória, a aprendizagem, a orientação, a linguagem, a compreensão e o julgamento (Prince & Jackson, 2009).

Existem causas de demência cujos sintomas podem ser controlados ou anulados através de tratamentos específicos, como são os casos de infeções, de perturbações da nutrição, perturbações sistémicas e vasculares, perturbações neurológicas ou lesões que ocupem espaço. Para além destas, existem causas de demência provindos do consumo de medicamentos, substâncias químicas e da maioria das substâncias de abuso, como por exemplo, o álcool (Spar & La Rue, 2005).

No entanto, para algumas etiologias a demência é crónica, progressiva e irreversível, no âmbito atual do conjunto de abordagens disponíveis para tratamento, como é o caso da demência de Alzheimer, a demência vascular, a demência mista, a demência dos corpos de Lewy, entre outras (Spar & La Rue, 2005).

Em 2010 estimou-se que, mundialmente, 35,6 milhões de pessoas sofriam de demência, prevendo-se um aumento para 66 milhões em 2030 e para 115 milhões em 2050, (Wortmann, 2012). A doença de Alzheimer é a causa de demência mais frequente, representando entre 50% a 75% dos casos que afetam as pessoas mais velhas (Prince & Jackson, 2009). Em Portugal, os estudos epidemiológicos apontam para a existência de 153 mil pessoas com demência, das quais 90 mil apresentam demência de Alzheimer (Alzheimer Portugal, 2009).

Podem distinguir-se três etapas relativas à progressão da síndrome da demência de Alzheimer (Prince & Jackson, 2009): inicial, média ou moderada, e tardia ou severa.

A fase inicial é gradual sendo caracterizada por apatia, depressão e deterioração da memória. A deterioração da memória é frequentemente subvalorizada pois é considerada como uma situação normal do processo de envelhecimento, sendo difícil saber exatamente quando se principia. À medida que a demência progride, as limitações tornam-se mais significativas e restritivas. Na fase moderada, a pessoa necessita de supervisão e de ajuda para

a realização das atividades instrumentais e básicas de vida, tornando-se dependente de terceiros. Nesta fase surgem dificuldades de comunicação e orientação, assim como problemas comportamentais, podendo também ocorrer episódios de alucinações. A fase tardia é uma etapa marcada por dependência mais significativa, caracterizada por distúrbios de memória graves e a ocorrência de comportamentos mais óbvios, como dificuldade em alimentar-se, deambular, dificuldade ou incapacidade em reconhecer pessoas e objetos familiares, incontinência urinária e intestinal, exibição de comportamentos inadequados em público, até restrição a cadeira de rodas ou cama (Prince & Jackson, 2009).

Para possibilitar o diagnóstico da demência de Alzheimer estão definidos critérios que devem ser preenchidos, assim como a necessidade de uma história patológica de início insidioso e evolução gradual. Se a partir da história clínica, do exame físico e dos testes laboratoriais forem excluídas outras causas de demência (demência vascular, demência dos corpos de Lewy, demências secundárias a um estado físico ou induzidas por substâncias) é então diagnosticada a demência do tipo Alzheimer (Spar & La Rue, 2005).

Como exemplo de critérios de diagnóstico da demência de Alzheimer, a APA (American Psychiatric Association, 2002) apresenta os seguintes na quarta edição do seu “Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais”, (pp. 157-158; no inglês “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”):

1. Desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos manifestados por:
 - 1.1 Diminuição da memória;
 - 1.2 Uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:
 - a. Afasia (perturbação da linguagem);
 - b. Apraxia (incapacidade de executar atividades motoras, apesar de um funcionamento motor intato);
 - c. Agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar de um funcionamento sensorial intato);
 - d. Perturbação na capacidade de execução (planeamento, organização, sequenciamento, abstração).
2. Estes défices cognitivos causam deficiências significativas no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo em relação a um nível prévio de funcionamento.
3. A evolução caracteriza-se pelo início gradual e declínio cognitivo continuado.

4. Os défices cognitivos não são devidos a nenhum dos seguintes:
 - 4.1 Outras doenças do sistema nervoso central que causam défices progressivos da memória e cognição (doença de Parkinson, tumor cerebral, entre outros.);
 - 4.2 Doenças sistémicas que causam demência (hipotireoidismo, hipercalcemia, infeção com HIV, entre outros.);
 - 4.3 Doenças induzidas por substâncias.
5. Os défices não ocorrem exclusivamente durante a evolução de um delirium.
6. A perturbação não é devida a outra perturbação do Eixo I.
7. Codificar com base na presença ou ausência de perturbações do comportamento clinicamente significativas:
 - 7.1 Sem perturbação do comportamento
 - 7.2 Com perturbação do comportamento (por exemplo: vaguear, agitação)
8. Especificar o subtipo:
 - 8.1 Com início precoce (início aos 65 anos ou mais cedo);
 - 8.2 Com início tardio (início após os 65 anos).

Além destes sintomas e sinais das diferentes fases da doença, é importante referir que 90% das pessoas com demência manifestam sintomas psiquiátricos e comportamentais da demência (IPA, 1998). São frequentes comportamentos como agressão física, gritar, inquietação, agitação, deambular, comportamentos culturalmente inapropriados, desinibição sexual, praguejar. Os sintomas psiquiátricos incluem ansiedade, humor depressivo, alucinações e delírios (IPA, 1998). A complexidade destes sintomas representa a causa mais frequente de institucionalização das pessoas com demência (Hersch & Falzgraf, 2007). Logo, torna-se uma prioridade a adaptação e a preparação de serviços e a formação dos profissionais a nível institucional para responder adequadamente a estas situações (Sidani *et al.*, 2009), pois a qualidade de vida está dependente dos encontros e interações diárias com os prestadores de cuidados (McGilton *et al.*, 2012). Os sintomas psiquiátricos e comportamentais da demência têm um grande impacto na qualidade de vida dos prestadores de cuidados (Prince & Jackson, 2009), sendo uma das causas de sobrecarga (*burnout*) dos cuidadores formais (IPA, 1998). Por sua vez, a sobrecarga influencia negativamente a satisfação com o trabalho, afetando adversamente a comunicação com as pessoas idosas com demência, e comprometendo a qualidade dos cuidados prestados (van Weert, van Dulmen & Bensing *et al.*, 2008).

Além disso, existe a convicção nas áreas de saúde e social que trabalhar com pessoas idosas é pouco estimulante e oferece poucos desafios. Os profissionais acreditam que o trabalho gerontológico não vai aumentar as suas capacidades técnicas e de perspectiva de carreira (Nolan, Davies, Brown, Keady & Nolan, 2004). Como este tipo de trabalho é socialmente desvalorizado, a educação e o desenvolvimento profissional são negligenciados (Kitwood, 1998).

Em muitos países europeus, incluindo Portugal, os cuidados a idosos com demência são ministrados em lares convencionais, na sua maioria por mulheres (OCDE, 2011), com baixa escolaridade e pouca formação especializada (OCDE, 2011; Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa, 2010). Estas instituições respondem fundamentalmente às necessidades instrumentais e físicas das pessoas com demência, como a alimentação, a acomodação adequada, o acesso à saúde física, a assistência na medicação, higiene e cuidados pessoais, e a proteção contra os riscos de segurança (Hancock, Woods, Challis & Orrel, 2006). No entanto, as necessidades psicossociais como o envolvimento em atividades sociais e estimulantes, o acompanhamento psicológico e a companhia tendem a não ser satisfeitas (Hancock *et al.*, 2006).

Todavia, a falta de resposta às necessidades psicossociais das pessoas com demência associa-se frequentemente ao um aumento dos comportamentos desafiantes (Hancock *et al.*, 2006). Torna-se assim evidente a necessidade de envolver as pessoas com demência e os cuidadores formais em intervenções psicossociais que minimizem os sintomas psiquiátricos e comportamentais das pessoas com demência, oferecendo um ambiente mais cómodo a ambos (Hersch & Falzgraf, 2007).

O principal recurso de interação entre residentes e profissionais nas instituições é a assistência nas AVDs, que está particularmente concentrada nos cuidados matinais – das 7h às 12h. Estes cuidados consistem em vestir (roupa interior, exterior, calçado, meias e agasalhos), higiene corporal (banho de chuveiro, higiene no lavatório), higiene oral (boca, dentes, prótese dentária), e ainda outros cuidados como o pentear, a limpeza dos óculos, entre outros. (Wells, Dawson, Sidani, Craig & Pringle, 2000; Rogers, Holm, Burgio, Granieri, Hsu, Hardin & McDowell, 1999).

A literatura tem evidenciado que o período dos cuidados matinais é dos momentos mais difíceis para os cuidadores e para as pessoas com demência, pois é um período em que

ambos se envolvem em contactos íntimos mais diretos, e é quando os comportamentos disruptivos ocorrem com mais frequência (Sidani *et al.*, 2009; Wells *et al.*, 2000).

É importante que os profissionais considerem que o tempo de cuidados é uma oportunidade para o contacto social, a exercitação dos movimentos e de fomentar o sentimento de independência das pessoas, aumentando o seu bem-estar (Cohen-Mansfield, Creedon, Malone, Parpura-Gill, Dakheel-Ali & Heasley, 2006). Ao impedir que os cuidados sejam realizados com tempo e com a atenção necessária pode-se, desta forma, aumentar as reações confusionais, pois as pessoas com demência não têm tempo para se aperceber do que está a acontecer, devendo o cuidado ser ajustado às limitações da performance funcional do indivíduo (Hallberg, Norberg & Eriksson, 1990).

Apesar de a comunicação ser dificultada pelas limitações cognitivas, os cuidadores formais devem adaptar a sua forma de interagir para promover uma comunicação eficaz, sendo valorizada a comunicação não-verbal, pois, mesmo as pessoas com demência severa são sensíveis à comunicação emocional dos cuidadores (van Weert, van Dulmen, Spreuwenberg, Ribbe & Bensing., 2005).

Vários estudos procuraram esclarecer a influência da comunicação entre os cuidadores formais e as pessoas com demência no decorrer dos cuidados. Exploraram também quais intervenções se mostram adequadas e eficazes para facilitar o trabalho dos profissionais e oferecer uma melhor qualidade de vida às pessoas cuidadas. A pesquisa tem evidenciado que a comunicação é um aspeto importante para a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado beneficia de uma comunicação eficaz (Caris-Verhallen, De Gruijter, Kerkstra & Bensing, 2001) pois uma comunicação verbal e não-verbal adequada e adaptada às capacidades comunicacionais das pessoas com demência tendem a revelar uma diminuição significativa da agitação no decorrer dos cuidados (Rogers *et al.*, 1999), constatando-se também uma relação positiva entre o comportamento relacional negativo do cuidador formal e a resistência da pessoa com demência (McGilton *et al.*, 2012).

No estudo de Burgio, Allen-Burge, Roth, Bourgeois, Dijkstra, Gerstle *et al.* (2001) observou-se também que, através do treino de capacidades comunicacionais e do uso de auxiliares de memória por ajudantes de enfermagem, as pessoas com demência e com défices cognitivos aumentaram a informação e precisão da conversação, e diminuíram a ambigüidade e a repetição do discurso. O estudo de Chao (2005) também constatou que a formação em gestão de comportamentos problemáticos leva a um aumento significativo do conhecimento

sobre o cuidado das pessoas idosas e a tendência para uma atitude mais positiva perante os residentes e os seus comportamentos disruptivos.

Surge, então, a necessidade de reduzir ou prevenir os sintomas comportamentais e psicológicos da demência adotando, na prestação de cuidados, estratégias que restaurem ou mantenham a função das pessoas diminuindo a sobrecarga (*burnout*) dos cuidadores formais, valorizando o seu papel e funções, privilegiando os seus conhecimentos e experiências, apostando numa formação com qualidade.

Em suma, a fim de se atingir um cuidado individualizado, de qualidade, eficaz e que atenda as necessidades das pessoas com demência é necessário uma abordagem que exija a compreensão das vulnerabilidades e das forças das pessoas cuidadas, com o envolvimento dos profissionais e do ambiente do cuidado, isto é, é necessária uma abordagem centrada na pessoa (Hancock *et al.*, 2006).

2.2 O Cuidado Centrado na Pessoa com Demência: implicações para a organização dos cuidados

O cuidado centrado na pessoa teve origem no trabalho de psicoterapia de Carl Rogers e na orientação centrada no cliente. Posteriormente, Tom Kitwood é o primeiro a utilizar a expressão “cuidado centrado na pessoa” relacionando-a com as pessoas com demência (Brooker, 2007).

Tom Kitwood introduz também o termo de individualidade ou *personhood* para as pessoas com demência baseando-se no princípio do respeito. O indivíduo é um ser humano inserido num contexto social e relacional, o que implica o reconhecimento da pessoa e o respeito numa relação de confiança. A individualidade permite a integridade, a continuidade e a estabilidade do sentido do “eu” (*self*) mesmo em pessoas com demência (Kitwood, 1997).

Neste sentido, a abordagem de cuidados centrados na pessoa reconhece a importância de se estabelecerem planos de cuidados individualizados, baseados na história de vida da pessoa com demência, nas suas necessidades e preferências (Stein-Parbury, Chenoweth, Jeon, Brodaty, Haas & Norman, 2012). Esta abordagem ultrapassa os domínios do cuidado físico e mental, valorizando a individualidade, e centra-se nas experiências da pessoa idosa, nas suas aspirações, preocupações e nas relações significativas ao longo da sua vida (Clarke, Jane

Hanson & Ross, 2003). Trata-se de uma filosofia de cuidados indispensável quando a pessoa reside em instituições de longo prazo (Sidani, Streiner & LeClerc, 2012).

A abordagem de cuidados centrados na pessoa desafia também os cuidadores formais a observar as pessoas com demência a interagir com o mundo social envolvente, determinando quais os estímulos que despoletam a agitação, a agressão ou outros sinais de mau estar. Estas observações deverão incluir também a forma como os próprios profissionais respondem a tais comportamentos (Stein-Parbury *et al.*, 2012).

Neste sentido, preconiza-se que os profissionais deverão compreender que o cuidado é um processo relacional e interpessoal, e que práticas negativas ou inadequadas poderão desencadear comportamentos disruptivos, influenciando diretamente o bem-estar da pessoa com demência (Stein-Parbury *et al.*, 2012). No entanto, os medos, as distrações, a insensibilidade e a pobre formação profissional criam um distanciamento profundo entre cuidadores formais e as pessoas com demência (Kitwood, 1993).

Estudos recentes evidenciam alguns benefícios das abordagens de cuidados centrados na pessoa com demência nos próprios cuidadores formais, como a diminuição do stresse, aumento da satisfação laboral e do comprometimento organizacional, e diminuição da intenção de abandono laboral no espaço de um ano (McCormack, Dewing, Breslin, Coyne-Nevein, Kennedy, Manning *et al.*, 2010; Zimmerman, Williams, Reed, Boustani, Preisser, Heck & Sloane, 2005).

Segundo Kitwood (1997) durante o processo de cuidados, podem ocorrer determinados comportamentos por parte dos cuidadores formais que contribuem para debilitar a *individualidade* da pessoa com demência. Estas atitudes, denominadas de “Psicologia Social Maligna” (PSM), incluem comportamentos como infantilizar, incapacitar, invalidar, ignorar, impor ou trocar. Os comportamentos de PSM raramente têm por base intenções deliberadas por parte dos cuidadores formais, estando antes subjacente a uma cultura do cuidados que, todavia, afeta a qualidade do cuidado psicossocial (Bredin, Kitwood & Wattis, 1995) e ameaça o bem-estar da pessoa com demência (Kitwood, 1997; Kitwood, 1993)

Já os “Comportamentos Sociais Positivos” (“*Positive Person Work*”), que incluem atitudes como reconhecer, negociar, colaborar, validar, facilitar, promovem a manutenção da *individualidade* e do bem-estar das pessoas com demência (Kitwood, 1997).

A pessoa com demência necessita de ser observada de forma plena, na medida em que é um ser sensível, relacional e com história (Kitwood, 1993). Kitwood propõe um modelo de

compreensão da condição demencial, o *Modelo Valorizado da Demência (Enriched Modelo of Dementia)*, concebendo-o como resultado da interação de cinco fatores (Brooker, 2007): a personalidade, a biografia, o estado de saúde física, a diminuição do estado neurológico e a psicologia social. Ao aceitar a interação destes cinco fatores é possível compreender a instabilidade de sintomas que acompanha a neuropatologia e explicar o curso da demência de forma individual (Kitwood, 1993).

Apesar das dificuldades da linguagem e da diminuição cognitiva inerente à patologia, estas pessoas continuam capazes de comunicar não só verbalmente mas também através do comportamento. No entanto, a sua expressão pode ser exagerada ou levada ao extremo (Stein-Parbury *et al.*, 2012).

É da responsabilidade dos profissionais proporcionar um ambiente de apoio e de aceitação dos comportamentos das pessoas com demência pois estes resultam da sua interação com o mundo psicossocial. É essencial ajustar as práticas do cuidado a partir da correta interpretação das respostas verbais e comportamentais da pessoa com demência (Stein-Parbury *et al.*, 2012). Assim, ao compreender as relações entre as atitudes dos profissionais e o bem-estar das pessoas com demência é possível melhorar a qualidade de vida de ambos (Zimmerman *et al.*, 2005).

A pesquisa tem evidenciado a necessidade de envolver as pessoas com demência em atividades estimulantes, agradáveis, realçando a empatia, a compreensão e a confiança, respeitando as suas necessidades psicológicas (Zimmerman *et al.*, 2005). Desta forma, nos últimos anos, têm sido desenvolvidas intervenções não farmacológicas e intervenções psicossociais que introduziram novas ideias de como os cuidadores devem lidar com as pessoas com demência, aumentando o seu bem-estar (van Weert *et al.*, 2008).

2.3 A estimulação multissensorial e motora na demência

A estimulação multissensorial (EMS) ou *snoezelen* consiste numa atividade orientada individualmente durante a qual as perceções sensoriais são estimuladas. Trata-se de um tipo de intervenção adequada para pessoas com demência severa pois não recorre a capacidades cognitivas complexas (van Weert *et al.*, 2004; Finnema *et al.*, 2000) como a memória e a aprendizagem, estimulando os sentidos através de luzes, sons, toque, cheiro e sabor. A pessoa é o centro da experiência da EMS (Lancioni, Cuvil & O'Reilly, 2002). Durante a estimulação,

é essencial uma atitude empática e positiva por parte dos profissionais, incorporando-se nas experiências da pessoa com demência (Baker, Holloway, Holtkamp, Larsson, Hartman, Pearce *et al.*, 2003), oferecendo um ambiente íntimo, seguro e concebendo uma atmosfera de confiança e relaxamento (Finnema *et al.*, 2000).

Ao incorporar as circunstâncias pessoais das pessoas com demência como o estilo de vida, desejos e a diversidade cultural na EMS, esta torna-se adaptada às suas necessidades (van Weert *et al.*, 2004) e compatível com uma abordagem de cuidados centrados na pessoa com demência, pois satisfaz as suas necessidades psicossociais: conforto, relacionamento, inclusão, ocupação e identidade (Kitwood, 1997). A incorporação das circunstâncias individuais da pessoa nos cuidados de EMS pode ser realizada através da recolha dessa informação junto de familiares e de observações sistemáticas (Lancioni *et al.*, 2002).

A estimulação motora (EM) é caracterizada por exercícios estruturados de forma a estimular a mobilidade e procura manter, aumentar ou restaurar a capacidade funcional, prevenir ou atrasar a sua deterioração, ajudando os indivíduos a adaptar-se às perdas (Oswald, Gunzelmann & Ackermann, 2007).

Embora os estudos científicos sejam escassos, existe uma crescente evidência empírica de que a EMS e a EM têm efeitos positivos na qualidade de vida das pessoas com demência e dos cuidadores formais. van Weert *et al.* (2005) estudaram o efeito da EMS nos cuidados pessoais a pessoas com demência nas interações entre os auxiliares de enfermagem e os residentes. Verificaram alterações nos comportamentos de ambos, nomeadamente: i) o aumento da comunicação não-verbal (contato visual, sorrir, toque afetivo), e verbal positiva (comunicação afetiva, social, sobre a EMS, concordância e compreensão), a diminuição da comunicação verbal negativa (reprovação) nas auxiliares ii) e um aumento da duração do contato visual e da frequência de sorrisos nas pessoas com demência. Constatou-se também um aumento do tempo médio de duração dos cuidados matinais e a diminuição de comportamentos de recusa e de irritação dos residentes, fatores que contribuiram para o menor stresse, menor pressão pelo tempo e menor exaustão emocional das auxiliares de enfermagem.

Na investigação de van Weert *et al.* (2008) verificou-se também uma relação positiva entre a experiência de qualidade de vida no trabalho dos cuidadores formais e a qualidade da comunicação com as pessoas com demência. As auxiliares de enfermagem com menos stresse e mais satisfeitas com o trabalho tinham mais comportamentos comunicacionais positivos

para com os residentes do que as colegas que sentiam mais pressão temporal. Para além disso, estabeleciam mais contacto visual e riam mais frequentemente para os residentes. Mais: as auxiliares do grupo experimental (isto é, integração da EMS nas 24h de cuidados pessoais) manifestaram mais comportamentos comunicacionais positivos e menos comportamentos comunicacionais negativos (PSM), mais contacto visual, mais sorrisos e mais toque afetivo em comparação com o grupo controlo (isto é, as auxiliares que realizavam o cuidado normal).

O estudo piloto de Cruz, Marques, Barbosa, Figueiredo & Sousa (2011) suporta a implementação de estratégias multissensoriais e motoras pelos profissionais, mostrando uma melhoria nos comportamentos de interação e o envolvimento nas tarefas pelos residentes com demência moderada a severa. Estes apresentaram maiores níveis de contacto visual direto, risos e envolvimento nas tarefas após a implementação da intervenção.

A EM contribui para minimizar o declínio mental e físico inerente ao processo de demência, evidenciando ser uma intervenção de promoção de saúde e de qualidade de vida (Christofolletti, Oliani, Gobbi & Stella, 2007). Beneficia os cuidadores formais e as pessoas com demência ao oferecer efeitos positivos na interação: diminui a agitação das pessoas com demência, oferece efeitos positivos nos comportamentos relacionais dos cuidadores formais e facilita a provisão dos cuidados (Sidani *et al.*, 2009; Wells *et al.*, 2000).

Este tipo de intervenções multissensoriais e motoras estão sob o controlo dos cuidadores formais, não requerem mudanças radicais na forma de interagir com as pessoas com demência nem tempo adicional para a sua implementação (Sidani *et al.*, 2009).

Existe a consciência que o sucesso da intervenção também depende da abertura dos cuidadores formais para aprender novas aptidões (Burgio *et al.*, 2001). Todavia, a introdução de um novo modelo de cuidados, que requer mudanças comportamentais e a melhoria dos conhecimentos e aptidões não leva automaticamente às mudanças desejadas (van Weert *et al.*, 2004). É então necessário estabelecer sistemas motivacionais, como por exemplo, o quadro de honra, sacos de brindes e supervisão comportamental (Burgio *et al.*, 2001). Mas muito além da motivação acresce a urgência da mudança da cultura organizacional para uma abordagem mais democrática e inclusiva, e que o cuidado centrado na pessoa seja experimentado de uma maneira consistente e contínua, suportando a necessidade de desenvolvimento e crescimento das equipas, a indispensabilidade da gestão de trabalho, tempo e das relações laborais, dando espaço e abertura para uma prática e formação de relações centradas na pessoa (McCormack *et al.*, 2010).

É igualmente importante reforçar que para atingir as metas dos programas e o sucesso da sua implementação é necessário uma liderança forte e comunicação, coordenação de múltiplos serviços, definição dos objetivos orientados para a pessoa, compreensão e avaliação dos papéis das várias áreas, negociação eficaz e partilha de responsabilidades (Keough, Field & Gurwitz, 2002). O apoio dos gestores organizacionais, incluindo o interesse e o suporte a longo-prazo, é crucial para o sucesso da implementação de novas intervenções, assim como para a sua continuidade, pois quando se facilita as intervenções para todos os níveis da hierarquia organizacional (cuidadores formais, supervisores, gestores, diretores), aumenta-se a probabilidade de mudança da abordagem de cuidados (van Weert *et al.*, 2004).

3. OBJETIVOS

Este estudo exploratório teve como objetivo geral analisar o impacto de um programa educativo baseado numa abordagem de cuidados centrados na pessoa, e centrado na estimulação multissensorial (EMS) e motora (EM), na comunicação verbal dos cuidadores formais de pessoas com demência institucionalizadas durante os cuidados matinais. Especificamente pretende-se analisar o impacto do programa na frequência e duração de comportamentos verbais positivos e negativos; e analisar os efeitos da intervenção na frequência de estratégias de EMS e EM durante os cuidados matinais.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo insere-se no âmbito de um projeto de investigação mais alargado, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, que visa desenvolver, implementar e avaliar um programa integrado de apoio a cuidadores formais e pessoas idosas com demência institucionalizadas.

Envolve um desenho quasi-experimental de pré-teste pós-teste e foi conduzido numa Instituição Particular de Solidariedade Social, com resposta social de lar, do distrito de Aveiro. A instituição acolhe 60 pessoas idosas, 11 destas com diagnóstico clínico de demência e 20 cuidadores formais (auxiliares de ação direta).

A instituição analisada recebeu uma intervenção educativa, e apenas foram analisados dados recolhidos antes e imediatamente após a intervenção, salientando os comportamentos dos cuidadores formais, através da observação dos cuidados matinais.

4.2 Considerações éticas

O estudo obteve aprovação ética pela Unidade de Investigação em Ciências de Saúde – enfermagem (UICISA) e foi realizado na região centro de Portugal.

4.3 Participantes

Os critérios de seleção da instituição foram os seguintes: disponibilidade para participar no estudo, ausência de alterações organizacionais significativas durante a implementação do estudo e ausência de projetos de investigação semelhantes a decorrer em simultâneo.

Como critérios de inclusão dos cuidadores formais fixaram-se a prestação de apoio direto a pessoas com demência (diagnosticados por um médico adotando os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – IV edição), a disponibilidade para participar no programa, trabalhar na instituição há pelo menos dois meses e a ausência de limitações na capacidade de compreensão.

Para as pessoas com demência estabeleceram-se como critérios de inclusão o diagnóstico médico de demência moderada a severa (segundo os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – IV edição) e a institucionalizado há pelo menos 3 meses.

Através de um elemento da direção foi agendada uma reunião com os cuidadores formais e famílias de pessoas com demência para apresentação do programa, seus objetivos e procedimentos.

Após esclarecidos, os cuidadores formais interessados em participar e os representantes legais das pessoas com demência assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Dos 20 cuidadores formais, 19 aceitaram participar no estudo. Contudo, devido à impossibilidade de obtenção de dados pós-programa, um dos cuidadores formais foi

eliminado da análise. Assim, a amostra total contempla 18 cuidadores formais. Das 11 pessoas com demência identificadas, 10 participaram através da assinatura do termo de consentimento livre e informado do representante legal.

4.4 Intervenção

Os cuidadores formais receberam oito sessões educativas de 90 minutos e periodicidade semanal, baseadas no estudo de Cruz *et al.* (2011) (Tabela 1).

As sessões foram conduzidas por um gerontólogo e um fisioterapeuta e abordaram informação acerca da demência, etiologia, sintomas e evolução; princípios e estratégias para integrar o cuidado centrado na pessoa nas rotinas diárias; estratégias de estimulação multissensorial e motora em fases avançadas de demência. Entre as sessões, cada participante foi acompanhado no decorrer dos cuidados matinais, aproveitando este período para esclarecimento de dúvidas e apoio na aplicação de estratégias de cuidados centrados na pessoa. A opção pelos cuidados matinais justifica-se por ser o momento no qual ocorre maior interação entre cuidadores e pessoas com demência (Rogers *et al.*, 1999), e onde os comportamentos “problemáticos” ocorrem com mais frequência (Wells *et al.*, 2000).

Tabela 1 – Sessões da intervenção educativa

Sessão	Conteúdo
1	Informação acerca da demência
2	Comunicação na demência
3	Comportamentos desafiantes
4	Ambiente
5	Estimular o movimento
6	Estimulação multissensorial- olfato
7	Estimulação multissensorial – toque, visão
8	Estimulação multissensorial – audição, gosto

4.5 Instrumentos de recolha de dados

A informação sociodemográfica dos participantes foi recolhida através de questionários estruturados. Os dados sociodemográficos como o género, a idade, o estado civil, a escolaridade, o tipo de horário, o tempo de serviço e o tempo de baixa médica dos cuidadores formais foram obtidos através de questionários de autopreenchimento. Por sua vez, os dados sociodemográficos das pessoas com demência foram recolhidos através da consulta dos processos dos clientes e a severidade da demência foi avaliada através da aplicação da Escala de Deterioração Global (Leitão & Monteiro, 2007).

Os efeitos da intervenção educativa nos comportamentos dos cuidadores formais foram analisados tendo em conta a frequência e a duração de uma lista de categorias (etograma) previamente identificados na literatura (Brooker, 2007; van Weer *et al.*, 2005; Kitwood, 1997) e resultantes das observações. Trata-se de um etograma ainda em desenvolvimento no âmbito de uma Tese de doutoramento e que, ao momento, apresenta diferentes categorias para a análise da comunicação verbal:

- ✓ Comunicação verbal: cumprimentar, consultar a pessoa, informar e orientar, dar instruções, estimulação sensorial ou motora, conversa social, infantilizar, ignorar, enganar, tranquilizar, preocupação, mostrar compreensão, validar, invalidar, troçar/escárnio, reprovar, impor, falar com terceiros, outra.

Na categoria “outra” reuniram-se os comportamentos que não entram em concordância com as outras categorias identificadas na literatura (Brooker, 2007; van Weer *et al.*, 2005; Kitwood, 1997) e resultantes das observações. Trata-se de comportamentos sem sentido útil para a realização da atividade em questão ou para aprofundar a relação com o residente com demência. São exemplos interjeições, a repetição verbal do discurso do residente, dizer o nome da pessoa sem o intuito de a chamar, de pedir a sua atenção, ou de ter algum tipo de conversa social com a mesma.

4.6 Procedimentos de recolha de dados

O impacto do programa educativo no comportamento dos cuidadores formais no decorrer dos cuidados matinais foi estudado através da observação de vídeo-gravações das

interações cuidador-pessoa com demência, recolhidas antes e imediatamente após a intervenção.

A câmara de vídeo foi colocada num tripé, nos quartos das pessoas com demência ou no quarto de banho previamente ao decorrer dos cuidados. As atividades filmadas foram os cuidados de higiene (face, mãos, higiene oral, pentear, excluindo os banhos para evitar a exposição do corpo nu da pessoa com demência) e o vestir.

Para a recolha de dados, estabeleceu-se uma ordem de procedimentos: 1) sempre que possível, foi pedida a autorização das pessoas com demência para a realização das filmagens; 2) depois do parecer positivo, foi colocada uma câmara de vídeo num tripé e instalada no quarto de banho ou no quarto da pessoa com demência; 3) no decorrer das filmagens, caso fosse notada qualquer alteração de comportamento fruto da presença da câmara, a mesma era imediatamente desligada. Todos os cuidadores formais foram autorizados a remover ou desligar a câmara caso a pessoa apresentasse qualquer reação negativa à mesma. Várias filmagens foram realizadas anteriormente aos vídeos de recolha de dados para minimizar o efeito que a câmara de filmar poderia causar nos comportamentos das pessoas. Estes procedimentos de recolha de dados estão de acordo com o estudo piloto de Cruz *et al.* (2011). Foi mantida a privacidade das pessoas com demência desligando a câmara de filmar antes de as despir totalmente para os cuidados de higiene no leito. Todos os vídeos com exposição corporal total foram eliminados.

Foram realizadas várias filmagens anteriores aos vídeos de recolha de dados com o intuito de diminuir a reatividade à câmara e controlar comportamentos de desejabilidade social (Elder, 1999). A recolha efetiva é constituída por três gravações de vídeos antes e três imediatamente após a implementação da intervenção educativa para cada cuidador formal.

A atribuição de códigos e palavras-passe para as instituições, residentes e cuidadores formais permitiu a confidencialidade e o anonimato dos dados.

4.7 Procedimentos de análise dos dados

Dois observadores independentes analisaram cada um dos 108 vídeos dos cuidados matinais e classificaram os comportamentos de acordo com as categorias apresentadas anteriormente através de um *software* especializado, NOLDUS The Observer ® XT 10,5 (Noldus Information Technology, Wageningen, The Netherlands). Os observadores obtiveram

uma sessão prévia de treino com o *software* e foram cegos tanto à intervenção como à fase da intervenção (se pré ou pós-implementação do projeto). Para cada categoria dos momentos pré e pós intervenção calculou-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI - *Intraclass Correlation Coefficient*) com a equação (2,1) (Rankin & Stokes, 1998) para a fiabilidade relativa. A fiabilidade absoluta foi analisada através dos gráficos de Bland e Altman (Bland & Altman, 2010; Rankin & Stokes, 1998).

De forma a uniformizar a duração de todos os vídeos analisados, os mesmos foram escalonados para 5 minutos (300 segundos), com base no valor da mediana. Devido à baixa frequência observada de comportamentos negativos como “ignorar”, “enganar”, “invalidar”, “reprovar” e “impor”, estes foram agrupados numa só categoria designada por “outros comportamentos negativos”. Pelos mesmos motivos, comportamentos positivos como “tranquilizar”, “preocupação”, “mostrar compreensão” e “validar” foram reunidos numa só categoria denominada “outros comportamentos positivos”.

Os dados foram analisados com recurso à estatística descritiva e inferencial, através do programa PASW Statistics (Predictive Analytics Software) versão 20,0 para o Windows (SPSS Inc., Chicago, Illinois). Um valor de p inferior a 0,05 foi considerado estatisticamente significativo. A opção pelo teste dos sinais (teste não paramétrico para medidas repetidas), para comparação dos comportamentos antes e após a intervenção, fundamentou-se na observação de elevada heterogeneidade entre os sujeitos, a inexistência de distribuição normal, de homogeneidade de variâncias e de simetria (Maroco, 2007).

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes

A amostra de cuidadores formais é constituída na sua totalidade pelo sexo feminino, com uma média etária de $43,61 \pm 10,47$ anos, pertencendo a maioria (55,6%) à faixa etária entre os 39 e os 48 anos. Metade dos participantes é casado (Tabela 2). Quanto às habilitações escolares, 55,6% possui o terceiro ciclo do ensino básico ($n=7$; 38,9%) ou qualificações superiores. Em média, os cuidadores formais apresentam um tempo de serviço na instituição

de $8,86 \pm 2,51$ anos, tendo a maioria ($n=11$) um horário rotativo. No último ano, 4 das 18 cuidadoras formais estiveram de baixa médica, com uma duração média de $76 \pm 70,88$ meses.

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos cuidadores formais

Cuidadores Formais (n=18)		
Género		
Mulheres (n, %)	18	100,0
Idade		
(Média, DP)	43,61	10,47
Idade		
Faixas etárias		
19-28 (n, %)	1	5,6
29-39 (n, %)	3	16,7
39-48 (n, %)	10	55,6
49-58 (n, %)	3	16,7
59+ (n, %)	1	5,6
Estado civil		
Solteiro (n, %)	2	11,1
Casado (n, %)	9	50,0
Divorciado (n, %)	3	16,7
Viúvo (n, %)	2	11,1
União de facto (n, %)	2	11,1
Escolaridade		
1º ciclo (n, %)	4	22,2
2º ciclo (n, %)	4	22,2
3º ciclo (n, %)	7	38,9
Ensino Secundário ou equivalente (n, %)	2	11,1
Ensino Superior (n, %)	1	5,6
Tipo de horário		
Fixo (n, %)	7	38,9
Rotativo (n, %)	11	61,1
Tempo de serviço		
Anos (média, DP)	8,86	2,51
Meses (média, DP)	83,67	50,88
Baixa médica		
Último ano		
Não (n, %)	14	77,8
Sim (n, %)	4	22,2
Duração meses (média, DP)	76,0	70,88

A amostra de pessoas com demência é constituída por 10 indivíduos, dos quais 7 são mulheres, com uma média etária de $84,4 \pm 7,6$ anos (Tabela 3). Metade das pessoas com demência é viúva ($n=5$) e apresenta qualificações académicas correspondentes ao 1º ciclo do ensino básico ($n=5$). As pessoas com demência apresentam um diagnóstico de doença de Alzheimer ($n=4$), demência vascular ($n=2$) e demência não especificada, na sua maioria na fase moderada da síndrome ($n=7$), de acordo com a Escala de Deterioração Global (Leitão & Monteiro, 2007).

Tabela 3 – Características sociodemográficas e clínicas das pessoas com demência

Pessoas com demência		
Género		
Feminino (n, %)	7	70,0
Masculino (n, %)	3	30,0
Idade		
(Média, DP)	84,4	7,6
(Mínimo, Máximo)	72	96
Estado civil		
Solteiro (n, %)	2	20,0
Casado (n, %)	2	20,0
Divorciado (n, %)	1	10,0
Viúvo (n, %)	5	50,0
Escolaridade		
Sem habilitações (n, %)	4	40,0
1º ciclo do Ensino Básico (n, %)	5	50,0
Ensino Secundário ou equivalente (n, %)	1	10,0
Tipo de demência		
Não especificada (n, %)	4	40,0
Doença de Alzheimer (n, %)	4	40,0
Demência Vascular (n, %)	2	20,0
Severidade – Escala de Deterioração Global		
Moderada (n, %)	7	70,0
Severa (n, %)	3	30,0

5.2 Estudo da fiabilidade entre observadores

Os resultados obtidos pelo teste do CCI (2,1) variam entre 0,45 e 0,96 na fase pré intervenção, e 0,40 e 0,95 após a intervenção, indicando uma fiabilidade moderada a excelente (Fleiss, 1986) (ver Tabela 4).

Os intervalos de 95% de confiança de concordância do Bland e Altman foram calculados e os gráficos analisados para todas as variáveis antes e após a intervenção. O cálculo do Bland e Altman não mostrou viés sistemático (ver tabela 4). A título demonstrativo apresenta-se seguidamente um gráfico relativo à categoria da duração de “Falar com Terceiros”, no momento anterior à intervenção.

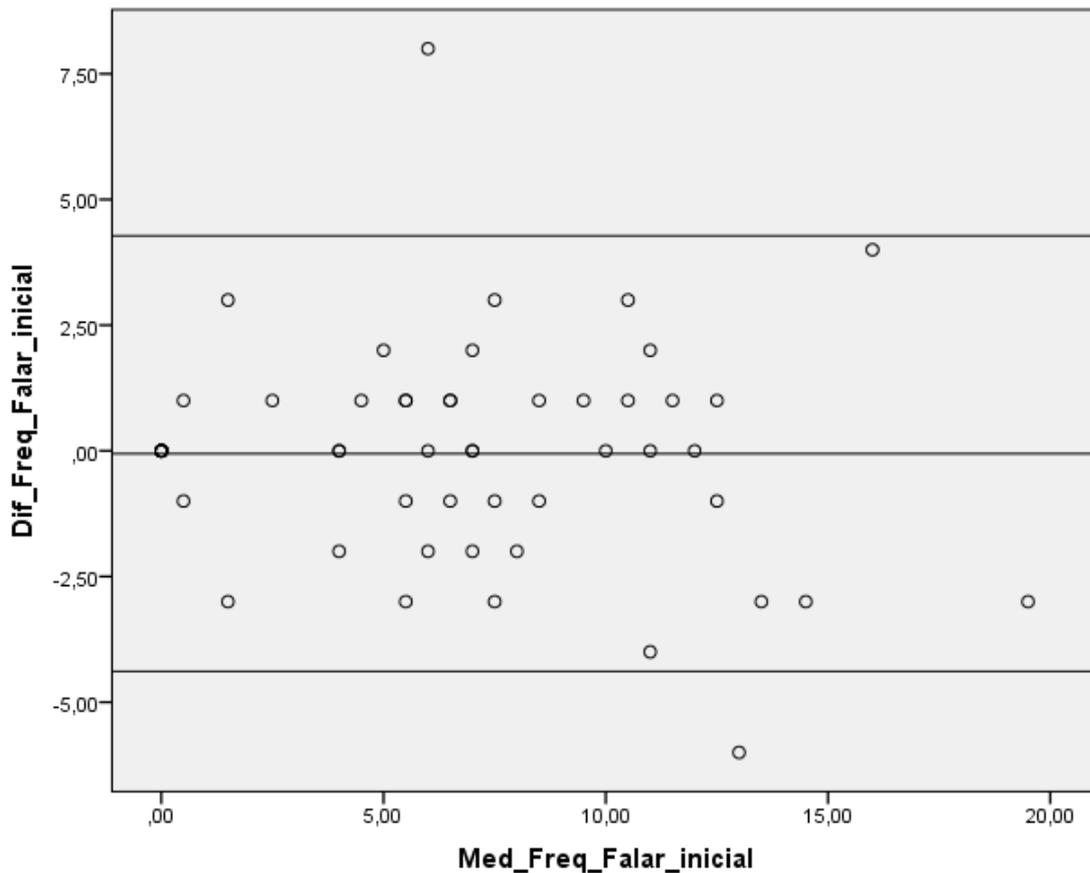


Gráfico 1 - Gráfico de Bland e Altman para a categoria duração de "Falar com terceiros", no momento pré intervenção

Tabela 4 - CCI e os IC de 95% de concordância de Bland e Altman da comunicação verbal dos cuidadores formais nos momentos pré- e pós-intervenção

Categoria	Tipo de Medida	Momento	CCI	CCI 95% IC	d̄	DP dif.	SE d̄	95% dos limites de concordância
Cumprimentar	Frequência	Pré	0,78	[0,65;0,87]	-0,02	0,36	0,49	[-0,99;0,95]
		Pós	0,80	[0,66;0,88]	0,02	0,49	0,07	[-0,95;0,99]
Consultar a pessoa	Frequência	Pré	0,68	[0,50;0,80]	1,30	2,23	0,30	[-3,07;5,66]
		Pós	0,62	[0,43;0,80]	1,17	2,02	0,27	[-2,79;5,12]
Informar e Orientar	Frequência	Pré	0,89	[0,82;0,94]	-1,83	2,39	0,33	[-6,52;2,86]
		Pós	0,86	[0,77;0,92]	-0,65	2,59	0,35	[-5,72;4,42]
Dar Instruções	Frequência	Pré	0,96	[0,93;0,98]	0,19	1,71	0,23	[-3,16;3,53]
		Pós	0,93	[0,88;0,96]	0,20	2,42	0,33	[-4,54;4,95]
Estimulação Multissensorial ou Motora	Frequência	Pré	0,55	[0,33;0,71]	-0,13	0,55	0,07	[-1,21;0,95]
		Pós	0,45	[0,21;0,64]	-0,24	0,97	0,13	[-2,14;1,66]
Conversa Social	Frequência	Pré	0,45	[0,21;0,64]	-1,15	3,87	0,56	[-8,73;6,43]
		Pós	0,48	[0,24;0,66]	-0,54	3,99	0,54	[-8,36;7,28]
	Duração	Pré	0,69	[0,53;0,81]	-3,24	26,10	3,55	[-54,40;47,92]
		Pós	0,86	[0,77;0,916]	2,02	26,32	3,58	[-49,57;53,61]
Infantilizar	Frequência	Pré	0,96	[0,93;0,98]	1,33	1,20	0,16	[-1,01;3,68]
		Pós	0,95	[0,91;0,97]	1,50	1,50	0,20	[-1,44;4,44]
Ignorar	Frequência	Pré	0,64	[0,45;0,77]	-0,85	1,29	0,18	[-3,39;1,69]
		Pós	0,73	[0,57;0,83]	-0,74	1,10	0,15	[-2,01;1,42]
Elogiar	Frequência	Pré	0,67	[0,49;0,79]	-0,09	0,59	0,08	[-1,25;1,067]
		Pós	0,84	[0,73;0,90]	-0,19	0,93	0,13	[-2,01;1,64]
Enganar	Frequência	Pré	0,66	[0,48;0,79]	0,02	0,14	0,02	[-0,25;0,29]
		Pós	0,40	[0,16;0,61]	0,22	1,34	0,18	[-2,41;2,85]
Tranquilizar	Frequência	Pré	0,77	[0,64;0,86]	-0,85	1,52	0,21	[-3,84;2,13]
		Pós	0,82	[0,70;0,89]	-0,57	1,40	0,19	[-3,31;2,16]
Preocupação	Frequência	Pré	0,79	[0,66;0,87]	-0,31	0,58	0,08	[-1,45;0,82]
		Pós	0,44	[0,20;0,63]	-0,69	1,10	0,15	[-2,83;1,46]
Mostrar Compreensão	Frequência	Pré	0,66	[0,48;0,79]	-0,04	0,19	0,03	[-0,41;0,34]
		Pós	0,63	[0,44;0,77]	-0,13	0,34	0,05	[-0,79;0,53]
Validar	Frequência	Pré	0,65	[0,46;0,78]	-0,07	0,26	0,04	[-0,59;0,44]
		Pós	0,83	[0,73;0,9]	-0,07	0,33	0,04	[-0,72;0,57]
Invalidar	Frequência	Pré	0,82	[0,71;0,89]	0,11	0,77	0,10	[-1,40;1,62]
		Pós	0,46	[0,22;0,65]	0,15	1,47	0,20	[-2,74;3,03]
Troçar/ Escárnio	Frequência	Pré	0,80	[0,68;0,88]	-0,02	0,66	0,09	[-1,31;1,27]
		Pós	0,74	[0,59;0,84]	-0,11	0,32	0,04	[-0,73;0,51]
Reprovar	Frequência	Pré	0,75	[0,61;0,85]	-0,37	0,65	0,89	[-1,65;0,91]
		Pós	0,86	[0,77;0,92]	-0,39	0,88	0,12	[-2,11;1,33]
Impor	Frequência	Pré	0,72	[0,56;0,83]	-0,09	0,35	0,05	[-0,78;0,60]
		Pós	0,45	[0,21;0,64]	-0,15	0,63	0,09	[-1,38;1,08]
Falar com terceiros	Frequência	Pré	0,90	[0,83;0,94]	-0,06	2,21	0,30	[-4,39;4,28]
		Pós	0,95	[0,91;0,97]	0,41	2,14	0,29	[-3,79;4,60]
	Duração	Pré	0,85	[0,75;0,91]	3,26	10,89	1,48	[-18,09;24,61]
		Pós	0,94	[0,89;0,96]	2,80	11,40	1,55	[-19,56;25,15]
Outra	Frequência	Pré	0,76	[0,62;0,85]	1,02	2,29	0,31	[-3,46;5,50]
		Pós	0,76	[0,61;0,85]	0,81	1,93	0,26	[-2,97;4,60]

Notas: 95% dos limites de concordância utilizando o método de Bland e Altman ($d \pm 1.96 \times DP \text{ dif}$); Frequência, número de ocorrências; Duração, período de tempo em que ocorre o comportamento (em segundos)

5.3 Efeitos nos comportamentos dos participantes

Como primeiro resultado, observou-se que a duração média do tempo de cuidados (expressa pela duração dos vídeos) aumentou após a intervenção, passando de $367,02 \pm 226,26$ segundos para $381,80 \pm 189,48$, embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

A tabela 5 apresenta os resultados dos efeitos da intervenção no comportamento das cuidadoras formais durante os cuidados matinais aos residentes com demência moderada a severa. Verifica-se assim, um aumento da frequência das estratégias de estimulação multissensorial e motora embora sem significado estatístico.

A maioria dos comportamentos positivos como “consultar a pessoa”, “informar e orientar”, “dar instruções”, “conversa social” e “outros comportamentos positivos” apresentam uma ligeira diminuição na sua frequência e duração, embora sem diferenças estatisticamente significativas. Apenas as categorias “cumprimentar” e “elogiar” mostraram um aumento da frequência, no entanto, apenas para a última se observam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,011$)

Quanto aos comportamentos representativos de PSM, verifica-se uma tendência geral para a diminuição da sua frequência (“infantilizar”, “troçar”, “falar com terceiros”), tendo sido observadas diferenças estatisticamente significativas apenas para a duração da variável “falar com terceiros” ($p=0,049$). Todavia, observou-se um aumento estatisticamente significativo para a categoria “outros comportamentos negativos” ($p=0,006$).

Tabela 5 – Comportamento das cuidadoras formais durante os cuidados matinais, antes e depois da intervenção

Categoria	Tipo de Medida	Pré Intervenção	Pós intervenção	p ^a
		Média ± DP	Média ± DP	
Estimulação Multissensorial ou Motora	Frequência	0,08 ± 0,26	0,33 ± 0,77	,096
Cumprimentar	Frequência	0,34 ± 0,83	0,39 ± 0,79	,832
Consultar a pessoa	Frequência	2,47 ± 3,11	1,46 ± 1,98	,243
Informar e Orientar	Frequência	5,74 ± 15,61	4,59 ± 3,78	,332
Dar Instruções	Frequência	8,80 ± 23,18	7,03 ± 5,54	,341
Conversa Social	Frequência	2,93 ± 2,89	2,65 ± 30,1	,410
	Duração	29,66 ± 42,0	25,60 ± 32,98	,169
Elogiar	Frequência	0,59 ± 2,03	1,14 ± 1,95	,011
Outros comportamentos positivos	Frequência	1,95 ± 2,40	1,86 ± 3,45	1
Infantilizar	Frequência	5,60 ± 17,37	3,87 ± 3,55	,480
Troçar	Frequência	0,22 ± 0,56	0,03 ± 0,15	,065
Falar com Terceiros	Frequência	7,83 ± 12,02	4,84 ± 4,42	,119
	Duração	37,05 ± 77,80	18,76 ± 19,68	,049
Outros comportamentos negativos	Frequência	1,06 ± 2,95	1,89 ± 2,15	,006
Outra	Frequência	5,93 ± 15,27	3,99 ± 3,93	,892

Notas:

Frequência, número de ocorrências;

Duração, período de tempo em que ocorre o comportamento (em segundos)

^a Teste dos Sinais

6. DISCUSSÃO

O presente estudo exploratório pretendeu analisar o impacto de um programa educativo, baseado numa abordagem de cuidados centrados na pessoa, e centrado na EMS e EM, na comunicação verbal dos cuidadores formais de pessoas com demência institucionalizadas durante os cuidados matinais. De uma forma geral, observaram-se poucos resultados estatisticamente significativos entre os dois momentos, dificultando a delimitação de conclusões robustas acerca da eficácia do programa educativo. Após a intervenção, verificou-se um aumento estatisticamente significativo apenas para a frequência da categoria “elogiar” e uma diminuição significativa para a duração do comportamento “falar com terceiros”. Embora sem significado estatístico, observou-se um aumento da frequência de alguns comportamentos sociais positivos (como “cumprimentar” e “estimulação multissensorial e motora”) e uma diminuição de comportamentos associados à PSM, como “infantilizar”, “troçar” e “falar com terceiros”. Apesar de pouco expressivos, estes resultados mostram efeitos positivos e tendem a confirmar alguns dos dados já obtidos em estudos prévios (Van Weert, Janssen, van Dulmen, Spreeuwerberg, Bensing & Ribbe, 2006; van Weert *et al.*, 2005), sugerindo que uma intervenção educativa centrada numa abordagem de cuidados centrados na pessoa com demência pode facilitar a mudança dos comportamentos verbais dos cuidadores formais de pessoas com demência em fases avançadas.

Todavia, estes resultados são mitigados pela tendência de diminuição de comportamentos verbais positivos após a intervenção, como “consultar a pessoa”, “informar e orientar”, “dar instruções” ou “conversa social”. E também pelo aumento significativo da frequência de “outros comportamentos negativos”. Razões de ordem conceptual e metodológica podem ajudar a compreender esta tendência nos resultados.

Embora a abordagem educativa reconheça o conhecimento dos profissionais, as suas forças e capacidades, com o objetivo de motivar a melhoria contínua das práticas, oferecendo uma aprendizagem interativa e oportunidades para a experiência e a reflexão (Sidani *et al.*, 2009), a eficácia da intervenção pode ter sido prejudicada por inúmeros fatores. Características como o tema, os exercícios, a duração do programa, até mesmo o ambiente de trabalho entre colegas e superiores influenciam os resultados de uma intervenção (van Weert *et al.*, 2004). Para além disso, a aquisição de competências não garante a utilização das

aptidões na prática (Burgio *et al.*, 2001), pois surge o receio de ameaçar as práticas já desenvolvidas na instituição (Sidani *et al.*, 2009).

Neste sentido, a nível conceptual, a intervenção educativa poderia mostrar-se mais útil se oferecesse aos cuidadores formais sessões de apoio e validação das suas práticas e dificuldades, de formação e exploração dos seus sentimentos e receios, de adaptação das práticas trabalhando antecipadamente em conjunto a sensibilidade, a consciência e a disciplina (Rogers, 1946) necessária para produzir um cuidado centrado na pessoa.

Por outro lado, o sucesso de qualquer intervenção numa organização prestadora de cuidados requer uma forte liderança e apoio dos superiores hierárquicos. Stein-Parbury *et al.* (2012) identificaram como fatores chave para o sucesso da implementação de um programa a participação ativa e o apoio da liderança, um clima de relacionamento positivo e uma comunicação clara entre todos os profissionais e gestores. Todavia, o presente estudo envolveu apenas um pequeno número de trabalhadores da instituição, composto apenas pelas pessoas de nível mais inferior na hierarquia institucional, o que poderá ajudar a explicar os resultados obtidos. Em termos de implicações, recomenda-se que futuramente as intervenções educativas, que preconizam mudanças na filosofia de cuidados, procurem envolver os diferentes profissionais, de diversos níveis hierárquicos, com acompanhamento periódico e constante, que legitime e valide as novas práticas.

A literatura também tem reconhecido a dificuldade de cuidar e conviver diariamente com pessoas com demência, pois a possibilidade de vir a desenvolver uma síndrome demencial é um dos aspetos mais temidos em relação ao processo de envelhecimento (Brooker, 2007). Trabalhar e cuidar de pessoas com demência pode ser profundamente perturbador, suscitando nas pessoas medos sobre a fragilidade, a dependência, a alienação e a morte (Kitwood, 1998), dando origem a processos de defesa por parte dos cuidadores formais que criam distância e despersonalizam as pessoas com demência (Kitwood, 1998). Além disso, o cuidado de longa duração é uma situação frequentemente frágil e suscetível a um ciclo de desmoralização e de despersonalização (Bredin *et al.*, 1995) difícil de combater e transformar o que poderá dificultar a implementação de novas práticas e estratégias, e poderá também ajudar a compreender melhor os resultados alcançados neste estudo.

Neste sentido, a duração do tempo da intervenção pode ter sido insuficiente pelo que os resultados sugerem um maior acompanhamento dos cuidadores formais a longo prazo e a

promoção do envolvimento de todos os profissionais, independentemente da sua posição hierárquica.

A nível metodológico, verificou-se uma grande variabilidade na amostra de pessoas com demência ao incluir pessoas em diferentes fases da síndrome demencial, pois cuidar de pessoas com demência moderada ou severa implica desafios e dificuldades distintos (Prince & Jackson, 2009). Para além disso, três das dez pessoas com demência que foram incluídas no estudo faleceram logo após as vídeo-gravações do momento pós-intervenção, sugerindo que já estariam em estado terminal e, portanto, menos interativas/reativas. Este dado pode ajudar a compreender os resultados obtidos, uma vez que estas três pessoas representavam 1/3 dos vídeos analisados após a intervenção.

Apesar dos desafios conceptuais e metodológicos apontados, o presente estudo tem como pontos fortes o seu desenho metodológico, baseado num método de recolha de dados de observação naturalista dos comportamentos dos cuidadores formais, ultrapassando as limitações apontadas ao uso de instrumentos de avaliação de autopreenchimento, como a desejabilidade social ou a familiaridade com os testes (Kuske, Hanns, Luck, Angermeyer, Behrens & Riedel-Heller, 2007). Para além disso, os observadores dos vídeos foram cegos à intervenção e ao momento de avaliação, diminuindo as ameaças à validade interna do estudo. Foi também efetuado o estudo da fiabilidade inter-observadores para todas as categorias do etograma, tendo sido obtidos resultados de moderada a excelente fiabilidade. Para além de se terem realizado vários vídeos por cuidador/pessoa idosa antes do início do estudo de forma a reduzir a reatividade à câmara, cada cuidador formal foi filmado 3 vezes antes e 3 vezes após a intervenção, num total de 6 vezes, com o intuito de diminuir reações comportamentais atribuídas ao acaso (por exemplo, dificuldades relacionais com determinado residente, variabilidade comportamental devido a estados afetivos ocasionais, entre outros).

Em síntese, os dados obtidos não permitem retirar conclusões robustas acerca da eficácia da intervenção educativa. Todavia, ressalva-se o carácter exploratório do estudo, limitado pelo reduzido número de participantes, a ausência de um grupo de controlo e pelo facto de ter sido conduzido apenas em uma instituição. Como perspetivas de pesquisa futura, recomenda-se assim a replicação da intervenção com um desenho de estudo randomizado e controlado, em amostras maiores, e conduzido num maior número de instituições, conjugando medidas de avaliação quantitativas e qualitativas. Recomenda-se em futuras investigações a atribuição dos cuidadores formais aos residentes baseando-se na sua preferência, visto que

existe relação entre o comportamento relacional do cuidador e o comportamento do residente cuidado (McGilton *et al.*, 2012) assim como também, assegurar um rácio de um profissional para um residente com demência no decorrer dos cuidados matinais.

7. CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo analisar o impacto de um programa educativo baseado numa abordagem de cuidados centrados na pessoa, centrado na EMS e EM, na comunicação verbal dos cuidadores formais de pessoas com demência institucionalizadas durante os cuidados matinais.

Os resultados obtidos no teste do CCI em relação às categorias comportamentais analisadas confirmam uma fiabilidade entre observadores que varia de moderada a excelente e o cálculo do Bland e Altman não mostrou viés sistemático. Relativamente à eficácia da intervenção educativa, embora confirmadores de tendências encontradas em estudos prévios, os resultados obtidos não permitem delimitar conclusões sólidas. A natureza exploratória do estudo e os limites metodológicos identificados ajudam a interpretar os resultados e a lançar novas perspetivas de pesquisa, nomeadamente a replicação da intervenção em amostras mais alargadas e com um desenho de estudo controlado e randomizado.

Ainda assim, os resultados sugerem que as intervenções educativas centradas numa abordagem de cuidado centrada na pessoa têm o potencial de modificar alguns comportamentos dos cuidadores formais em relação às pessoas com demência moderada a severa institucionalizadas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzheimer Portugal. (2009). Plano Nacional de Intervenção Alzheimer, retirado de <http://www.alzheimer-europe.org>

American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.) (pp.157-158). Lisboa: Climepsi Editores.

Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C., Larsson, A., Hartman, L. C., Pearce, R., ... Wareing, L. A. (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 465-477.

Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2010). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129.

Bland, J., & Altman, D. (2010). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *International Journal of Nursing Studies*, 33(2), 113-7.

Bredin, K., Kitwood, T., & Wattis, J. (1995). Decline in quality of life for patients with severe dementia following a ward merger. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(11), 967-973.

Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care: making services better*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Burgio, L. D., Allen-Burge, R., Roth, D. L., Bourgeois, M. S., Dijkstra, K., Gerstle, J. ... Bankester, L. (2001). Come talk with me improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. *The Gerontologist*, 41(4), 449-460.

Caris-Verhallen, W. M. C. M., De Gruijter, I. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (2001). Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1106-1117.

Chao, S. Y. (2005). A psychoeducational program for nursing staff managing problematic behaviors of elderly nursing home residents in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 18(4), 205-212.

Christofoletti, G., Oliani, M. M., Gobbi, S., & Stella, F. (2007). Effects of motor intervention in elderly patients with dementia: an analysis of randomized controlled trials. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 23(2), 149-154.

Clarke, A., Jane Hanson, E., & Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 697-706.

Cohen-Mansfield, J., Creedon, M. A., Malone, T., Parpura-Gill, A., Dakheel-Ali, M., & Heasley, C. (2006). Dressing of cognitively impaired nursing home residents: Description and analysis. *The Gerontologist*, 46(1), 89-96.

Cruz, J., Marques, A., Barbosa, A. L., Figueiredo, D., & Sousa, L. (2011). Effects of a Motor and Multisensory-Based Approach on Residents with Moderate-to-Severe Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 26(4), 282-289.

Elder, J. H. (1999). "Videotaped behavioral observations: enhancing validity and reliability." *Applied Nursing Research* 12(4): 206-209.

Edvardsson, D., & Innes, A. (2010). Measuring person-centered care: a critical comparative review of published tools. *The Gerontologist*, 50(6), 834-846.

Finnema, E., Dröes, R. M., Ribbe, M., & Van Tilburg, W. (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(2), 141-161.

Fleiss, J. (1986). *The Design and Analysis of Clinical Experiments* (1 ed.). New York: John Wiley.

Hallberg, I. R., Norberg, A., & Eriksson, S. (1990). A comparison between the care of vocally disruptive patients and that of other residents at psychogeriatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 15(4), 410-416.

Hancock, G. A., Woods, B., Challis, D., & Orrell, M. (2006). The needs of older people with dementia in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 43-49.

Hersch, E. C., & Falzgraf, S. (2007). Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 2(4), 611-21.

International Psychogeriatric Association (IPA) (1998). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): Educational Pack: Gardiner-Caldwell Communications, Limited.

Keough, M. E., Field, T. S., & Gurwitz, J. H. (2002). A model of community-based interdisciplinary team training in the care of the frail elderly. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(9), 936-936.

Kim, H., & Woods, D. L. (2012). The Development of Direct-Care Staff Social Interaction Coding Schemas for Nursing Home Residents with Dementia. *Geriatric Nursing*. 33(2), 113-7.

Kitwood, T. (1993). Person and process in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(7), 541-545.

Kitwood, T. (1997). The experience of dementia. *Aging & Mental Health*, 1(1), 13-22.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Philadelphia: Open University Press

Kitwood, T. (1998). Professional and moral development for care work: Some observations on the process. *Journal of Moral Education*, 27(3), 401-411.

Kuske, B., Hanns, S., Luck, T., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2007). Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 818-841.

Lancioni, G., Cuvo, A., & O'Reilly, M. (2002). Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability & Rehabilitation*, 24(4), 175-184.

Leitão, O. N., A. & Monteiro, I. (2007). Escala de Deterioração Global. *Escala de Deterioração Global. Tradução e Organização. In Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Coords). Escala e Testes na Demência, Lisboa: Novartis*, 9-13.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. (3ed.) Lisboa: Edições Sílabo.

Marques, A., Cruz, J., Barbosa, A., Figueiredo, D., & Sousa, L. X. (2013). Motor and Multisensory Care-Based Approach in Dementia Long-Term Effects of a Pilot Study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 28(1), 24-34.

McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M. ...Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 93-107.

McGilton, K. S., Sidani, S., Boscart, V. M., Guruge, S., & Brown, M. (2012). The relationship between care providers' relational behaviors and residents mood and behavior in long-term care settings. *Aging & Mental Health*, 16(4), 507-515.

Miyamoto, Y., Tachimori, H., & Ito, H. (2010). Formal caregiver burden in dementia: Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing*, 31(4), 246.

Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13(s1), 45-53.

OCDE (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. *Chapter 5: Long-Term Care Workers: Needed but Often Undervalued*. Obtido em <http://www.oecd.org/els/health-systems/47884921.pdf>

Oswald, W., Gunzelmann, T., & Ackermann, A. (2007). Effects of a multimodal activation program (SimA-P) in residents of nursing homes. *European Review of Aging and Physical Activity*, 4(2), 91-102.

Prince, M., & Jackson, J. (2009). *World Alzheimer Report 2009*. Alzheimer's Disease International. Londres.

Rankin, G., & Stokes, M. (1998). Reliability of assessment tools in rehabilitation: an illustration of appropriate statistical analyses. *Clinical Rehabilitation*, 12(3), 187-199.

Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, 1(10), 415-422.

Rogers, J. C., Holm, M. B., Burgio, L. D., Granieri, E., Hsu, C., Hardin, J. M., & McDowell, B. J. (1999). Improving morning care routines of nursing home residents with dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 47(9), 1049-57.

Sidani, S., LeClerc, C., & Streiner, D. (2009). Implementation of the abilities-focused approach to morning care of people with dementia by nursing staff. *International Journal of Older People Nursing*, 4(1), 48-56.

Sidani, S., Streiner, D., & LeClerc, C. (2012). Evaluating the effectiveness of the abilities-focused approach to morning care of people with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 7(1), 37-45.

Sloane, P. D., Miller, L. L., Mitchell, C. M., Rader, J., Swafford, K., & Hiatt, S. O. (2007). Provision of morning care to nursing home residents with dementia: opportunity for improvement? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22(5), 369-377.

Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. (1ed.). Lisboa: Climepsi,

Stein-Parbury, J., Chenoweth, L., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Haas, M., & Norman, R. (2012). Implementing Person-Centered Care in Residential Dementia Care. *Clinical Gerontologist*, 35(5), 404-424.

Turner, S. (2005). Behavioural symptoms of dementia in residential settings: A selective review of non-pharmacological interventions. *Aging & Mental Health*, 9(2), 93-104.

Van Weert, J., Janssen, B. M., Van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M., Bensing, J. M., & Ribbe, M. W. (2006). Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 656-668.

Weert, J.C.M. van, Dulmen, A.M. van, Bensing, J.M. (2008). What factors affect caregiver communication in psychogeriatric care? In A.M. Visser, *Alzheimer's disease: new research* (87-117). New York: Nova Science Publishers.

van Weert, J. C. M., Kerkstra, A., van Dulmen, A. M., Bensing, J., Peter, J. G., & Ribbe, M. W. (2004). The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: an evaluation through the eyes of caregivers. *International Journal of Nursing Studies*, 41(4), 397-409.

van Weert, J. C. M., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M. M., Ribbe, M. W., & Bensing, J. (2005). Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse–patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 312-326.

Wells, D. L., Dawson, P., Sidani, S., Craig, D., & Pringle, D. (2000). Effects of an abilities-focused program of morning care on residents who have dementia and on caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(4), 442-449.

Wortmann, M., (2012). Dementia: a global health priority - highlights from an ADI and World Health Organization report. *Alzheimer's Research & Therapy*, 4(5), 40.

Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45(suppl 1), 96-105.