

Benefícios da Terapia Snoezelen em utentes com Demência

Francisco Sánchez
M^a Inês de Abreu
Enfermeiros

VI Complemento de Formação em Enfermagem

Palavras chave:

Snoezelen, Demência, Benefícios

RESUMO

O objectivo do presente estudo foi avaliar os benefícios da terapia Snoezelen – estimulação multisensorial – a nível da comunicação, da relação interpessoal, do humor e da interacção com o ambiente, em utentes com demência. Seguimos o método de investigação quantitativo – não experimental - comparativo - com grupo de critério. A amostra foi constituída por quarenta utentes com Demência, com idade compreendida entre os 56 e os 98 anos, internadas na Casa de Saúde Bento Meni. Foi dividida em dois grupos: um grupo de vinte utentes sujeitas à terapia Snoezelen (CTS), e por um grupo de critério, formado por outras vinte utentes, não sujeitas à terapia Snoezelen. A colheita dos dados foi realizada através da consulta dos processos clínicos e por observação sistemática das utentes da amostra, seguindo os itens presentes numa grelha de observação. A partir do presente estudo consideramos que é indiscutível a existência de benefícios da terapia Snoezelen em pessoas com demência, verificando-se que a maioria das utentes apresenta uma melhor qualidade de vida do que se não forem estimuladas as várias dimensões do seu ser.

INTRODUÇÃO

As intervenções terapêuticas em pessoas com demência têm como principais objectivos: manter um bom nível de saúde, conservar ao máximo o nível de independência e preservar a dignidade da pessoa. Para isto dispomos de duas vias terapêuticas: farmacológica e não farmacológica. As intervenções não farmacológicas têm um papel cada vez mais relevante no tratamento da demência, sendo todos os seus objectivos dirigidos à melhoria da qualidade de vida destes utentes. Entre estas intervenções está o Snoezelen ou estimulação multisensorial.

Segundo Pinkney (1999), a terapia Snoezelen combinando duas vertentes – uma activa (estimulação sensorial) e uma passiva (relaxar) –, oferece os seguintes benefícios: reduz a pressão; produz relaxamento; oferece uma estimulação gradual; desenvolve a comunicação; produz estimulação sensorial e melhora a concentração.

Sendo a finalidade última do nosso estudo: contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência institucionalizadas, através da busca das intervenções terapêuticas mais adequadas à sua situação, sentimo-nos estimulados a desenvolver este trabalho de pesquisa, porque consideramos que a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados de saúde e colaborar para a sua melhoria.

O objectivo do presente estudo foi **avaliar os benefícios da terapia Snoezelen – estimulação multisensorial – a nível da comunicação, da relação interpessoal, do humor e da interacção com o ambiente, em utentes com demência**. De acordo com o objectivo, a natureza e características do nosso estudo seguimos o método quantitativo de pesquisa.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O conceito de SNOEZELLEN foi definido no fim dos anos setenta por dois terapeutas holandeses, Jan Hulsegge e Ad Verheul. Enquanto trabalhavam no De Hartenberg Institute na Holanda, um centro para pessoas com défices mentais, os dois terapeutas perceberam respostas positivas que um colega conseguia suscitar nos seus doentes quando eram inseridos num ambiente sensorial que ele tinha preparado.

Hulsegge e Verheul (1989:15) montaram uma tenda sensorial experimental no ano seguinte, para posteriormente testar a ideia. Construída simplesmente com um tecto sobre varetas com divisórias de plástico, esta primeira tenda sensorial foi dotada de efeitos simples como: uma ventoinha que sopra tiras de papel, tinta misturada com água e projectada sobre uma tela, instrumentos musicais, objectos tácteis, garrafas perfumadas e sabões e comidas aromatizadas. A experiência teve um sucesso notável, especialmente com doentes graves que mostraram *feed-backs* positivos, verbais e não verbais.

No ano seguinte, Hulsegge e Verheul montaram uma outra unidade no interior do centro. Eles deram também um nome ao conceito: a palavra “Snoezelen”, uma contracção dos verbos

Holandeses “*snuffelen*” (para “procurar fora de” ou “explorar”) e “*doezelen*” (relaxar).

As notícias das experiências eficazes realizadas em De Hartenberg geraram rapidamente interesse em toda a Europa. Impressionados com o que viram na Holanda, muitos terapeutas começaram a criar estruturas Snoezelen permanentes e semi-permanentes nos seus centros (Hutchinson, 1994:18).

Algumas definições

Como Já foi referido anteriormente, a palavra “*Snoezelen*” é uma contracção dos verbos Holandeses “*snuffelen*” (para “procurar fora de” ou “explorar”) e “*doezelen*” (relaxar; sonhar) (Hulsegge, 1989:15). Combina assim, duas vertentes: uma activa (estimulação sensorial) e uma passiva (relaxar). Descreve um ambiente especificamente equipado que transmite aos seus visitantes um sentimento agradável de processos de auto-regulação.

Através de uma sala equipada e usada de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa consegue-se a

estimulação, em intervenções terapêuticas e pedagógicas, assim como se fortalecem as relações pessoais entre terapeuta e utente. Ou seja, proporcionar momentos de vida autêntica a pessoas diferentes.

Hulsegge e Verheul (1989: 36) definem o Snoezelen como: *“oferta selectiva de estimulação primária num ambiente caloroso, actividade primária para deficientes mentais profundos. Actividade orientada para a percepção sensorial indirectamente através da luz, ruído, o toque, o odor e o paladar, criação de momentos de vida autêntica para pessoas diferentes”*.

Louise Haggag e Roger Hutchinson descreveram esta terapia em 1991 e definiram-na como “aproximação fortificante”, uma aproximação sensível e altruísta, não imposta em que uma atmosfera de segurança é criada e a escolha livre é encorajada. Espera-se que os terapeutas partilhem experiências emotivas positivas comuns com os utentes enquanto são envolvidos nas actividades comuns. Não há nenhuma preocupação formal sobre o resultado terapêutico. Preferentemente, a atenção é dirigida a ajudar os utentes a conseguir o máximo prazer da actividade na qual são envolvidos eles e o terapeuta (Snoezelen Foundation, 2005).

Mertens (2004), refere que o Snoezelen não foi desenvolvido a partir de um conceito terapêutico, mas sim como necessidade de descanso para pessoas com grande deficiência. Snoezelen tem muito em comum com a chamada integração sensorial. Os pontos principais são os efeitos de estímulos visuais, cinestésicos, olfactivos e acústicos, que sós ou combinados acalmam as pessoas ajudando-as a resolver os seus problemas, ajudam a recordar, a comparar e a reorganizar.

Mertens (2004) refere que os membros da direcção da Fundação Alemã de Snoezelen chegaram à seguinte definição: *“Snoezelen significa um ambiente especialmente planeado onde o bem-estar é causado por estímulos sensoriais controlados”*. Este *“ambiente especialmente planeado”* tanto pode ser exterior como interior.

O Snoezelen é considerado actualmente, seja como filosofia seja como aproximação terapêutica (Kewin, 1991:5), isto é, como um recurso para melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiências ou com outras condições limitantes, como por exemplo a demência.

Embora Snoezelen seja frequentemente identificado como uma sala projectada especificamente para estimular todos os sentidos é importante salientar que estas experiências podem replicar-se na vida diária e em todos os ambientes em que a pessoa se encontra, desde que a percepção dos estímulos tenha influência positiva na pessoa. Assim, caminhar nas margens de um rio, nas montanhas ou no mar, bem como balancear-se numa rede à sombra de uma árvore, ou num oásis com a observação de repuxos de água borbulhante, podem ser experiências Snoezelen.

Objectivos da terapia Snoezelen

Alfonso (2002:76) descreve como objectivo geral do Snoezelen: experimentar, explorar, sentir, perceber, interiorizar e identificar, na medida das possibilidades da pessoa, as sensações e percepções que se obtêm a partir do próprio corpo (fome, sono, dor, bem-estar...) e da realidade exterior (os outros, o ambiente, os objectos, a alimentação), utilizando os cinco sentidos.

Sintetizando, e segundo Pinkney (1999), poderíamos enumerar como principais objectivos do Snoezelen:

- Criar um ambiente estimulante que aumente os níveis de consciência.
- Criar uma atmosfera interessante que encoraje a pessoa a explorar o ambiente.
- Criar um ambiente que ofereça segurança, permitindo relaxamento físico e mental.
- Criar ambiente não restritivo, onde a pessoa se sinta capaz de iniciativa e possa sentir-se livre.

Destinatários

Embora tenha sido como actividade específica para a deficiência mental profunda que a terapia Snoezelen se desenvolveu, não se destina exclusivamente a este grupo de pessoas; estende-se a um domínio muito mais vasto. O Snoezelen desperta particular interesse no domínio das demências e na psiquiatria (Hulsegge, 1989:13). Conseguiram-se resultados encorajantes com patologias degenerativas do idoso (Pinkney, 1999), como a Doença de Alzheimer; em pessoas com doença mental, e ainda naqueles com dor crónica; com comportamentos hiperactivos; com danos cerebrais e outras situações semelhantes. Além disso, Snoezelen está a ser muito apreciado pela população em geral, como antídoto ao stress. Segundo o artigo *Snoezelen. Entorno multisensorial e Ledesma (2004)*, de um ambiente de estimulação sensorial obteremos resultados positivos em todos os casos.

Actualmente o Snoezelen é utilizado quotidianamente nos campos da reabilitação, saúde, formação e terapia ocupacional. É também utilizado em estruturas escolares e de tratamento para crianças com deficiências e autismo (Mertens, 2005).

Benefícios da terapia Snoezelen em Saúde Mental

Pinkney (1999) afirma que em termos de Saúde Mental um ambiente Snoezelen oferece os seguintes benefícios: reduz a pressão; introdução suave ao relaxamento; estimulação gradual; “tempo fora”; espaço privado; desenvolvimento da comunicação; intervenção em momentos de crise; estimulação sensorial e melhoria da concentração.

Snoezelen e Demências

Desde há alguns anos a terapia Snoezelen adquiriu uma certa importância no quadro dos cuidados a pessoas com demência. Dado que o objectivo do presente estudo é perceber os benefícios desta terapia em pessoas com demência, parece-nos importante aprofundar esta temática, em particular as suas características e evolução, antes de avançarmos para alguns estudos realizados neste campo. Segundo o DSM-IV, a Demência caracteriza-se pelo desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos, incluindo comprometimento da memória, devido aos efeitos fisiológicos relacionados com uma condição médica geral, aos efeitos persistentes de uma substância ou a múltiplas etiologias (por exemplo, os efeitos combinados de doença cérebro-vascular e a doença de Alzheimer). Os transtornos demenciais partilham uma apresentação sintomática comum, mas são diferenciados com base na sua etiologia.

A demência é, como já foi dito, uma doença cerebral degenerativa, caracterizada por perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas, que prejudicam o paciente em suas actividades de vida diária e em seu desempenho social e ocupacional. Ela pode ser dividida em três fases ou estádios – leve, moderada e grave – de acordo com o nível de

comprometimento cognitivo e o grau de dependência do indivíduo.

Na fase inicial da doença ou primeiro estadio, mostra diminuição significativa no desempenho de tarefas instrumentais da vida diária, mas ainda é capaz de executar as actividades básicas do dia a dia, mantendo-se independente. Verificam-se repetições, esquecimento de nomes, de local, de objectos pessoais. Há um défice selectivo para acontecimentos recentes. A avaliação neuropsicológica pode evidenciar discretas falhas na atenção, no nomear e a nível visuo-espacial (Teive, 2004).

Na fase moderada ou segundo estadio, o compromisso intelectual é maior e o paciente passa a necessitar de assistência para realizar tanto as actividades instrumentais como as actividades básicas do dia-a-dia. Existem défices na linguagem, raciocínio, orientação espacial, e funções executivas. Há alteração do ciclo sono-vigília e alterações do comportamento. Podem surgir sintomas psiquiátricos, como delírios, alucinações e agitação (Teive, 2004).

Na fase grave e final da demência ou terceiro estadio, o indivíduo geralmente fica acamado, necessitando de ajuda total. Deixa de reconhecer os familiares e amigos (Teive, 2004) e pode apresentar dificuldades de deglutição, sinais neurológicos (mioclonias e crises convulsivas), incontinência urinária e fecal (Bottino, 2002).

Benefícios da terapia Snoezelen em pessoas com Demência

Segundo Pinkney (1999), o Snoezelen proporciona estímulos sensoriais para aguçar os sentidos primários da visão, audição, tacto, gosto e olfacto, através do uso de efeitos de iluminação, superfícies tácteis, música meditativa e perfume de óleos de essências relaxantes. Durante a década passada, a aplicação clínica de Snoezelen estendeu-se desde campo da deficiência e dificuldades de aprendizagem até à atenção à demência. A justificação do seu uso reside em proporcionar um ambiente sensorial com menos exigências sobre as capacidades intelectuais enquanto se aproveitam as capacidades sensoriomotoras residuais das pessoas com demência, como também o asseguram os estudos de Marcus (1983) e Hanley (1988), citados por Pinkney (1999).

Nos últimos trinta anos o Snoezelen ganhou popularidade e tem-se aperfeiçoado de uma maneira impressionante, graças aos muitos trabalhos de investigação, sobre a eficácia do Snoezelen, que se vão desenvolvendo nos últimos anos em vários países e em diferentes áreas de estudo (Mertens, 2005).

Os médicos demonstram interesse em utilizar o Snoezelen na em pessoas com demência e têm-se documentado resultados aliantes na área da promoção de comportamentos adaptativos e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência. No entanto, segundo o trabalho de Chung *[et al.]*, a aplicação clínica do Snoezelen varia frequentemente na forma, natureza, princípios e procedimentos. Tais variações não só dificultam a análise dos valores terapêuticos do Snoezelen, como impedem o progresso clínico do Snoezelen na atenção à demência. Pelo que, é necessária uma revisão sistemática da evidência da eficácia do Snoezelen na atenção a pessoas com demência, para fornecer dados às aplicações clínicas futuras e orientar a investigação (Chung *[et al.]*, 2005).

Segundo Thorgrimsen *[et al.]* (2005), as terapias complementares, como estimulação multisensorial, foram utilizadas mais frequentemente na última década e aplicaram-se a vários problemas de saúde, incluindo a demência. Destas, a aromaterapia é o mais usado no Serviço Nacional de Saúde

Britânico e pensa-se que a sua utilização é benéfica em pessoas com demência para quem a interacção verbal seja difícil. A aromaterapia tem sido utilizada nestas pessoas para reduzir as alterações do comportamento (Brooker, 1997), promover o repouso (Wolfe, 1996) e para estimular a motivação (MacMahon, 1998).

Thorgrimsen, Spector, Wiles e Orrell desenvolveram um estudo em 2002, cujo objectivo foi avaliar a eficácia da aromaterapia como intervenção para as pessoas com demência. Os resultados deste estudo revelaram um efeito do tratamento estatisticamente significativo a favor da aromaterapia sobre a agitação e sintomas neuropsiquiátricos das demências. A aromaterapia demonstrou ser benéfica para as pessoas com demência (Thorgrimsen *[et al.]*, 2005).

Lancioni, Cuvo e O'Reilly, em 1996, também desenvolveram um estudo que pretendia identificar os efeitos do Snoezelen em pessoas com deficiência mental e com demência, durante a sessão, depois da sessão e a longo prazo. Os resultados encontrados não foram considerados estatisticamente significativos, pois a amostra era muito pequena (Lancioni *[et al.]*, 2002).

Na mesma área da estimulação multisensorial, em 2003, foi realizado um estudo orientado por Vink, Birks, Bruinsma e Scholten, cujo objectivo era avaliar os efeitos da musicoterapia no tratamento de problemas comportamentais, sociais, cognitivos e emocionais de idosos com demência. As conclusões deste estudo foram consideradas insuficientes para estabelecer conclusões úteis, devido à deficiente qualidade metodológica dos estudos (Vink *[et al.]*, 2005).

Baillon *[et al.]* (2004), procuraram avaliar o efeito do Snoezelen, a nível do humor e comportamento, em pessoas com demência, comparando estes efeitos com os efeitos da terapia da reminiscência. A amostra seleccionada foi de vinte doentes com demência e com agitação. Tanto a terapia da Reminiscência como o Snoezelen tiveram efeitos positivos. E, embora o Snoezelen tenha conseguido melhores resultados que a terapia da Reminiscência, tendo em conta o tamanho da amostra e a diferença muito pequena, a vantagem do Snoezelen em relação à terapia da Reminiscência não pôde ser demonstrada estatisticamente.

De grande interesse para o nosso estudo é a investigação realizada por Weert (2004: 140), que teve como objectivo avaliar os efeitos do Snoezelen em pessoas com demência em regime residencial e os efeitos nos técnicos, nomeadamente nos enfermeiros. Verificou-se que os doentes que estiveram sujeitos à terapia Snoezelen melhoraram significativamente, nomeadamente a nível dos comportamentos desajustados e agressivos, depressão, apatia e perda de decoro. Observaram-se mudanças significativas, em sentido positivo, no humor, na relação interpessoal e com o ambiente e a nível dos comportamentos adaptativos. Concluindo-se que o Snoezelen tem efeitos muito benéficos no humor, comunicação e comportamento de pessoas com demência.

Na mesma linha da anterior investigação, Minner (2004) fez um estudo sobre os efeitos do Snoezelen em idosos com demência internados num lar. No final deste concluíram que o uso da terapia Snoezelen é benéfico tanto para os utentes, como para a equipa terapêutica.

Para Mertens (2005) o Snoezelen está cada vez mais indicado para os idosos, permitindo-lhes relaxar, encontrar paz, recordar, redescobrir os seus próprios corpos e melhorar a comunicação interpessoal.

Hope (1998) fez um estudo com o objectivo de avaliar os efeitos de um ambiente multisensorial em pessoas com

demência, analisando as respostas e efeitos a nível do comportamento. A partir da análise dos dados obtidos Hope concluiu que geralmente há respostas positivas, mas existem também casos em que os estímulos tácteis provocam respostas negativas em algumas pessoas com demência. Salieta ainda que se verificam mudanças positivas no comportamento destas pessoas depois de terminada a sessão de Snoezelen.

De facto, está comprovado pela prática que, ainda que em geral não existam restrições à aplicação do Snoezelen, é recomendada prudência na sua utilização em pessoas com

epilepsia ou história de episódios convulsivos, dado que particularmente os estímulos visuais e luminosos podem provocar crises. Também para as pessoas com esquizofrenia com actividade delirante e alucinatória, está recomendado que se evite uma excessiva estimulação.

Sendo assim, uma intervenção Snoezelen deve ter em conta a informação e opinião médica, e, além disso, deve-se assegurar um acompanhamento e uma atenção permanente aos efeitos do Snoezelen em cada pessoa, para evitar complicações.

METODOLOGIA

Partimos do problema de investigação seguinte: **Quais os benefícios do Snoezelen – estimulação multisensorial – no tratamento de idosos com Demência?** Atendendo a temática e aos objectivos definidos decidimos direccionar o nosso estudo pelo **método de investigação quantitativo** – não experimental - comparativo - com grupo de critério, já que não manipulámos a variável independente – Snoezelen –, que já estava a produzir o seus efeitos num dos grupo de utentes submetidas a esta técnica (CTS), desde há um ano.

O objectivo do nosso estudo foi avaliar os benefícios do Snoezelen – estimulação multisensorial – a nível da comunicação, da relação interpessoal, do humor e da interacção com o ambiente, em utentes com demência.

Tendo em conta o objectivo do nosso estudo, considerámos como **variável dependente** os **benefícios**, na dimensão da comunicação, relação, humor e interacção com o ambiente, em utentes com demência. No nosso estudo os benefícios foram definidos em termos de funcionamento psicológico e comportamental, pelo que na grelha de observação especificámos o método pelo qual seriam avaliados estes benefícios, concretamente identificando determinados parâmetros qualitativos, relacionados com a comunicação, relação, humor e interacção com o ambiente. Através da observação da utente foram assinalados quais os fenómenos presentes durante um intervalo de tempo determinado, que no nosso caso foi de cinco minutos. E como **variável independente** considerámos a **Terapia Snoezelen**. No nosso estudo pretendemos averiguar se a presença desta variável produz ou não benefícios em doentes com demência. Outras **variáveis** do nosso estudo foram: idade, escolaridade, presença ou não de outra patologia, nível cognitivo e grau de dependência.

A **amostra** foi constituída por quarenta utentes com Demência, com idade compreendida entre os 56 e os 98 anos, internadas na Casa de Saúde Bento Menni. Foi dividida em dois grupos: um **grupo** de vinte utentes com Demência e integradas no

projecto “Despertares”, isto é, sujeitas à terapia Snoezelen (CTS) – estimulação multisensorial –, e por um **grupo de critério**, formado por outras vinte utentes com Demência, mas que não se encontravam integradas no projecto “Despertares” (STS), isto é, não sujeitas à terapia Snoezelen.

Como instrumento de colheita de dados, no nosso estudo, utilizámos uma folha de avaliação das utentes, já testada anteriormente na Instituição, de que faz parte uma grelha de observação que adaptámos de acordo com os objectivos do nosso estudo. A colheita dos dados foi realizada através de:

- Consulta dos processos clínicos
- Observação sistemática de todas as utentes, seguindo os itens presentes na grelha de observação. Procedemos à colheita dos dados durante o período da manhã, entre as 11 e as 13 horas, no ambiente em que normalmente se encontram as utentes, sem fazer qualquer manipulação.

Os dados relativos à avaliação cognitiva e avaliação da dependência, foram-nos fornecidos pela psicóloga da Instituição, que em Novembro de 2005 fez esta avaliação através da aplicação da escala **MMS (Mini Mental State)** e **MDA (Mini Dependence Assessment)**, normalizadas e validadas para a população portuguesa.

Para o nosso estudo seguimos todas as exigências éticas: pedido prévio de autorização para a realização da investigação e seguir as orientações da Comissão de Ética da Casa de Saúde Bento Menni. Comprometemo-nos, além disso, a ter sempre presentes os seguintes princípios éticos: o direito à *intimidade*; o direito ao *anonimato e confidencialidade*; o direito à *protecção contra o desconforto e o prejuízo* e o direito a um *tratamento justo e equitativo*. Não podemos deixar de recordar que a terapia Snoezelen não foi introduzida pelos investigadores, mas é uma terapia aplicada desde 2004 na Instituição e que o grupo de critério (STS) não é submetido à terapia por critérios clínicos independentes a esta investigação.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a colheita dos dados através da grelha de observação, estes foram organizados, classificados e inseridos numa base de dados, servindo-nos do programa SPSS, versão 11.5. Utilizámos a estatística descritiva – frequências absolutas, frequências relativas e médias. Também utilizámos a estatística inferencial, concretamente Correlação, T-student e Qui-quadrado de Pearson, para comparar os dados dos dois grupos (CTS e STS) e determinar níveis de significância, utilizando um intervalo de confiança de 95%.

Nas **tabelas 1, 2, 3 e 4** apresentamos a caracterização da amostra estudada, segundo as variáveis observadas e controladas. Podemos observar as frequências absolutas e relativas, segundo as faixas etárias encontradas, a escolaridade,

estadio da demência, a existência ou não de outra patologia associada, o nível cognitivo, grau de dependência, comunicação verbal, expressão facial, olhar, gestos, relação interpessoal, humor e interacção com o ambiente.

Dado que o objectivo do nosso estudo é avaliar os benefícios do Snoezelen a nível da comunicação, relação interpessoal, do humor e da interacção com o ambiente, na apresentação dos dados damos especial atenção às variáveis que estão mais directamente relacionadas com estas dimensões. No entanto tentamos estabelecer relações entre as diversas variáveis, não esquecendo que a variável independente é a terapia Snoezelen.

Tabela 1 – Caracterização da amostra segundo a idade, escolaridade, outra patologia

		Terapia Snoezelen				Total	
		STS		CTS			
		F	%	F	%	F	%
Idade	56-70	3	15,0	6	30,0	9	22,5
	71-85	12	60,0	13	65,0	25	62,5
	86-98	5	25,0	1	5,0	6	15,0
Total		20	100,0	20	100,0	40	100,0
Escolaridade	Analfabeta	4	20,0	7	35,0	11	27,5
	1 a 11 anos	14	70,0	13	65,0	27	67,5
	Superior a 11 anos	2	10,0	0	0,0	2	5,0
Total		20	100,0	20	100,0	40	100,0
Outra patologia	sim	4	20,0	6	30,0	10	25,0
	não	16	80,0	14	70,0	30	75,0
Total		20	100,0	20	100,0	40	100,0

Em relação à **idade**, a média da amostra é de 78 anos, tendo a utente mais jovem 56 anos e a mais velha 98 anos. A média de idade do grupo STS é de 80 anos e a do grupo CTS é de 76 anos. Na **tabela 1** podemos observar as frequências relativas e absolutas por faixas etárias, sendo de notar que, tanto no grupo STS como no grupo CTS, a maior frequência se encontra na faixa etária entre os 71 e os 85 anos (STS=60%; CTS=65%). Também se realça o facto de no grupo CTS só 1 (5%) das utentes ter mais de 85 anos.

Relacionando a **idade** com o **estadio da demência** verificámos que não existe correlação entre estas duas variáveis ($r=0,22$; $n=40$; $p=0,893$), pelo que a idades mais elevadas não correspondem sempre estadios da demência mais avançados. E aplicando o teste de Qui-quadrado verificámos que $VOb=2,367$, $gl=4$ e $VC=9,488$, para $\alpha=0,05$, logo $VOb < VC$ e, conseqüentemente, não há dependência do estadio da demência em relação à idade.

Tabela 2 – Caracterização da amostra segundo o estadio da demência, avaliação cognitiva e grau de dependência

		Terapia Snoezelen				Total	
		STS		CTS			
		F	%	F	%	F	%
Estadio da demência	Inicial	5	25,0	3	15,0	8	20,0
	Intermédio	8	40,0	8	40,0	16	40,0
	Final	7	35,0	9	45,0	16	40,0
Total		20	100,0	20	100,0	40	100,0
Avaliação Cognitiva	Bom nível	2	10,5	1	5,3	3	7,9
	Déficit moderado	6	31,6	5	26,3	11	28,9
	Déficit severo	11	57,9	13	68,4	24	63,2
Total		19	100,0	19	100,0	38	100,0
Grau de dependência	Ligeiro	3	15,0	6	30,0	9	22,5
	Moderado	9	45,0	5	25,0	14	35,0
	Severo	2	10,0	7	35,0	9	22,5
	Muito severo	6	30,0	2	10,0	8	20,0
Total		20	100,0	20	100,0	40	100,0

Relativamente às **habilitações literárias** das utentes constatámos que: 11 utentes (27,5%) são analfabetas, das quais 4 pertencem ao grupo STS e 7 pertencem ao grupo CTS; 27 utentes (67,5%) entre 1 e 11 anos de escolaridade, das quais 14

pertencem ao grupo STS e 13 ao grupo CTS; 2 utentes (5%) têm escolaridade superior a 11 anos.

Analisando a existência ou não de correlação entre **habilitações literárias** e o **nível cognitivo**, verificámos que não existe associação entre as duas variáveis ($r=0,103$; $n=38$; $p=0,269$). Aplicando os testes de Qui-quadrado verificou-se que o $VOb=2,480$; $gl=4$ e o $VC=9,488$, para $\alpha=0,05$, o que significa que $VOb < VC$ e, conseqüentemente que não existe dependência entre o nível de escolaridade e o nível cognitivo em utentes com demência. De facto, é facilmente observável que as 2 utentes com maior nível de escolaridade apresentam um défice cognitivo muito severo e, das 27 utentes com escolaridade entre 1 e 11 anos, 16 também apresentam um défice cognitivo muito severo.

Ao testarmos a existência ou não de correlação entre o **nível cognitivo** das utentes e o **estadio da demência**, verificámos que embora exista correlação, os resultados não são estatisticamente significativos ($r=0,288$; $n=38$; $p=0,080$). Comparando os dados dos dois grupos verificámos que, em relação ao estadio da demência, das 8 utentes que se encontram no estadio inicial, 5 (62,5%) pertencem ao grupo STS e 3 (37,5%) pertencem ao grupo CTS. No estadio intermédio encontram-se 16 utentes, distribuindo-se de forma igual pelos dois grupos. E das 16 utentes que se encontram no estadio final 7 (43,8%) estão integradas no grupo STS e 9 (56,3%) no grupo CTS, não se podendo considerar uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Aplicando o teste de Qui-quadrado verificámos que não existe dependência entre o estadio da demência e a terapia Snoezelen, já que $VOb < VC$ ($VOb=0,750$; $gl=2$; $VC=5,991$ para $\alpha=0,05$ e $p=0,441$).

Comparando o **nível cognitivo** das utentes dos dois grupos constatámos que no grupo STS a média é de 7,84 e no grupo CTS a média é 6,42, o que corresponde a um défice cognitivo severo, não existindo uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, ainda que o grupo STS apresente melhores resultados, o que está de acordo com os dados anteriormente apresentados relativos aos estadios da demência em que constatámos que 13 das utentes integradas no grupo STS se encontram nos estadios inicial e intermédio, enquanto que do grupo CTS são 11 as utentes que se encontram nestes estadios. Aplicando os testes de dependência entre o nível cognitivo e o Snoezelen verificámos que os resultados não são estatisticamente significativos em favor da terapia Snoezelen pois, $VOb < VC$ ($VOb=0,591$; $gl=2$; $VC=5,991$ para $\alpha=0,05$ e $p=0,458$).

Em relação ao **grau de dependência**, comparando as médias dos dois grupos constatámos que a média do grupo STS é 13,85 e a média do grupo CTS é 13,15 o que corresponde a um nível de dependência moderado. Embora o grupo sujeito à terapia Snoezelen apresente resultados melhores, com níveis de dependência mais baixos, a análise estatística indica-nos que a correlação existente entre o nível de dependência e a Terapia Snoezelen não é significativa ($r=-0,056$; $n=40$; $p=0,731$). No entanto comparando as frequências absolutas e relativas dos dois grupos (cf. tabela 4) constatámos que das 9 utentes com um grau de dependência ligeiro, 6 (66,7%) integram o grupo CTS, enquanto que das 8 utentes com um grau de dependência muito severo, 6 (75%) integram o grupo STS, o que nos induz a pensar que as utentes sujeitas à terapia Snoezelen (CTS) se encontrem maioritariamente entre os graus de dependência ligeiro e severo e as que não estão sujeitas à terapia Snoezelen (STS) entre os níveis moderado e muito

severo, ainda que as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Tabela 3 – Caracterização da amostra segundo a comunicação verbal, expressão facial, olhar, gestos, relação interpessoal, humor e interação com o ambiente

		Terapia Snoezelen				Total	
		STS		CTS		F	%
		F	%	F	%		
Comunicação Verbal	Coerente e clara	12	60,0	8	40,0	20	50,0
	Incoerente	4	20,0	6	30,0	10	25,0
	S/comunicação verbal	4	20,0	6	30,0	10,0	25,0
Total		20	100,0	20	100,0	40	100,0
Expressão Facial	Feliz	12	60,0	13	65,0	25	62,5
	Triste	3	15,0	1	5,0	4	10,0
	Apática	5	25,0	6	30,0	11	27,5
Total		20	100,0	20	100,0	40	100,0
Olhar	Expressivo	13	65,0	14	70,0	27	67,5
	Triste	1	5,0	0	,0	1	2,5
	Vazio	6	30,0	6	30,0	12	30,0
Total		20	100,0	20	100,0	40	100,0
Gestos	Apelativos/rejeição	14	70,0	15	75,0	29	72,5
	Sem significado	1	5,0	0	,0	1	2,5
	Sem gestos	5	25,0	5	25,0	10	25,0
Total		20	100,0	20	100,0	40	100,0

Os dados relativos tanto à **comunicação**, como a **relação interpessoal** e **com o ambiente**, e ainda o **humor**, indicam-nos diferenças entre os dois grupos observados, sempre em favor da terapia Snoezelen, embora apenas em relação ao humor, estes sejam estatisticamente significativos ($p < 0,05$). Analisando as frequências verificamos que 19 (95%) das utentes pertencentes ao grupo CTS apresentam **humor estável** e só 1 (5%) apresenta **humor deprimido**. Em contrapartida das utentes pertencentes ao grupo STS 13 (65%) apresenta humor estável, 3 (15%) apresentam **humor lábil** e 4 (20%) apresentam humor deprimido. Aplicando os testes de correlação verificamos que existe correlação com sentido negativo entre o humor e a terapia Snoezelen ($r = -0,328$; $n = 40$; $p = 0,038$). Aplicando os testes de dependência de Qui-quadrado os resultados obtidos foram os seguintes: $V_{Ob} = 5,925$; $g_l = 2$; $V_C = 5,991$ para $\alpha = 0,05$, o que indica que $V_{Ob} < V_C$, sendo no entanto a diferença muito pequena.

Não é de desprezar o facto da amostra ser muito pequena ($n = 40$) e, conseqüentemente os valores absolutos encontrados serem na maioria das vezes inferiores a 5. Desta forma não podemos nem generalizar, nem extrapolar estes resultados para a população de utentes com demência, mas este estudo permite-nos conhecer e confirmar alguns aspectos.

O nosso estudo não contraria outros estudos que afirmam a existência de benefícios do Snoezelen nas pessoas com demência. Por exemplo, Cohen-Mansfield (2001), no seu estudo sobre os benefícios de intervenções não farmacológicas, incluindo a estimulação multisensorial, a nível de comportamentos inadequados em utentes com demência, também concluiu que os resultados são positivos na maioria dos utentes, embora as evidências não sejam estatisticamente significativas, por várias razões.

Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo a relação interpessoal, humor e interação com o ambiente

		Terapia Snoezelen				Total	
		STS		CTS		F	%
		F	%	F	%		
Relação interpessoal	Interage	14	70,0	15	75,0	29	72,5
	Não interage	6	30,0	5	25,0	11	27,5
Total		20	100,0	20	100,0	40	100,0
Humor	Estável	13	65,0	19	95,0	32	80,0
	Lábil	3	15,0	0	,0	3	7,5
	Deprimido	4	20,0	1	5,0	5	12,5
Total		20	100,0	20	100,0	40	100,0
Interação com o ambiente	Curiosa e confortável	12	60,0	14	70,0	26	65,0
	Apática/indiferente	6	30,0	5	25,0	11	27,5
	Agitada	2	10,0	1	5,0	3	7,5
Total		20	100,0	20	100,0	40	100,0

A partir da análise dos dados podemos constatar que utentes com um grande défice cognitivo apresentam também grande défice a nível da comunicação, em particular na comunicação verbal. Este é um aspecto que nos parece importante realçar pois os dados colhidos indicam-nos grande coerência entre as várias dimensões da comunicação não verbal observadas: expressão facial, olhar e gestos. Já Hutchinson (1994: 207) indica que a terapia Snoezelen é utilizada como meio de comunicação não verbal, para melhorar o relaxamento e para proporcionar estímulos, o que seria impossível conseguir de outra forma neste tipo de utentes. De acordo com isto estão também os estudos de Marcus (1983) e Hanley (1988), citados por Pinkney (1999), que afirmam que a vantagem da terapia Snoezelen reside em proporcionar um ambiente sensorial com menos exigências sobre as capacidades intelectuais, enquanto se aproveitam as capacidades sensoriomotoras residuais.

Por outro lado, encontramos também grande coerência entre os dados que se referem à comunicação e os dados observados em relação ao humor. Deste modo, parece-nos poder concluir que, a partir dos resultados obtidos, a maioria das utentes do grupo CTS apresenta um humor estável e expressão facial feliz, com um olhar expressivo e gestos com significado indicando uma melhor relação interpessoal e com o ambiente em relação às do grupo STS, em que se constata um menor número de utentes com humor estável a existência de utentes com humor lábil e deprimido. Tudo isto, de algum modo, nos indica a existência de benefícios da terapia Snoezelen a nível do humor e comunicação nas utentes observadas o que está de acordo com os estudos de Baillon [*et al.*] (2004) que comparam os efeitos da terapia Snoezelen com os efeitos da terapia da Reminiscência, encontrando melhores resultados para a terapia Snoezelen.

Outro estudo de grande interesse parece-nos ser o estudo desenvolvido por Weert (2004), que evidencia melhorias significativas a nível do humor, comunicação e comportamento de pessoas com demência sujeitas a terapia Snoezelen em regime residencial. Mertens (2005) afirma que a terapia Snoezelen está cada vez mais indicado para os idosos, permitindo-lhes relaxar, encontrar paz, recordar e melhorar a comunicação interpessoal.

De acordo com isto está também o estudo de Kewin (1991:5), segundo o qual, o Snoezelen proporciona um ambiente que favorece o relaxamento através de uma estimulação suave, estimula interesses, encoraja motivações e ajuda a desenvolver relações com significado.

O nosso estudo oferece-nos também algumas informações que consideramos importantes sobre a situação dos utentes com demência nos estadios mais graves. Estas informações são concordes com as conclusões de outros estudos.

Consideramos importante, a partir dos resultados obtidos, ter em conta o facto de a maioria das utentes – 17 (85%) – que integram o grupo CTS se encontrarem em estadios da demência muito avançados, o que é um factor importante a não desprezar, no momento de tirarmos conclusões. É sabido que em estadios muito avançados da demência as perdas a nível cognitivo e da linguagem são grandes, muitas vezes com afasia (DSM-IV). Na fase moderada e grave da demência existem défices na linguagem, raciocínio e orientação espacial (Teive, 2004). Consequentemente, as mudanças no sentido de uma recuperação das capacidades perdidas são muito reduzidas e lentas, pelo que a terapia Snoezelen pode não produzir os benefícios esperados a nível da comunicação e memória nestes utentes.

Já Baroni (2001) alerta para a importância de não nos iludirmos pensando que conseguiremos curar ou obter remissões de doenças graves, frequentemente incuráveis e muito menos pensemos em rejuvenescer pessoas que estão num processo de declínio. O que não significa que não se

verifiquem benefícios e progressos a vários níveis, como a melhoria da qualidade de vida e atraso de processos de envelhecimento e de declínio, ainda que exijam intervenções persistentes e a longo prazo.

Tanto Bottino (2002) como Teive (2004), referem que nas fases mais graves da demência o compromisso intelectual é maior e o utente passa a necessitar de apoio para realizar tanto as actividades instrumentais como as actividades do dia a dia, chegando a uma situação em necessita de ajuda total. Uma das constatações do nosso estudo é a de que apesar de, como já foi referido, as utentes do grupo CTS se encontrarem em estadio da demência mais avançados, o nível de dependência destas é mais baixo que o esperado e que o das utentes do grupo STS. Este dado induz-nos a concluir que a estimulação multisensorial favorece também a manutenção de um certo nível de autonomia funcional, em utentes com demência, o que pode estar ligado à activação que a estimulação multisensorial produz a nível psicomotor e muscular, entre outros, como se descreve também no artigo *Snoezelen, entorno multisensorial*.

Parece-nos importante realçar que apesar da pouca significância dos dados existe grande coerência dos mesmos nas várias dimensões observadas.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A partir da análise dos dados colhidos e organizados, julgamos poder concluir que, apesar de os resultados não terem significância estatística e as diferenças entre o grupo STS e o CTS serem muito pequenas, existem benefícios da terapia Snoezelen para pessoas com demência, a nível da comunicação, interacção social, interacção com o ambiente e humor. E de todas as dimensões os benefícios a nível do humor parece ser o que mais realça e apresenta significância.

A partir do presente estudo e de outros já realizados consideramos que é indiscutível a existência de benefícios da estimulação multisensorial – Snoezelen – em pessoas com demência, verificando-se que a maioria das utentes apresenta melhorias e uma melhor qualidade de vida do que se não forem estimuladas as várias dimensões do seu ser. Mesmo em estadios avançados da demência verifica-se a activação sensorial de dimensões aparentemente adormecidas ou perdidas, e concretamente melhorias a nível do humor, que se torna mais estável. Também a nível do relaxamento se verifica que as utentes submetidas à estimulação multisensorial apresentam uma expressão facial e corporal relaxada e confortável. Não podemos esquecer as melhorias a nível da interacção com as outras pessoas e com o ambiente, dimensões estas que são cruciais no tratamento das pessoas com demência.

Posto isto, ainda que estatisticamente os resultados não sejam significativos, consideramos que este estudo é válido para a nossa população-alvo e pode ser um ponto de partida e oferecer alguns elementos para futuros estudos sobre esta temática. E ao concluir, não podemos deixar de apresentar algumas das **limitações** que constatamos no nosso estudo e deixar algumas sugestões para estudos futuros.

A primeira limitação do nosso estudo parece-nos ser o **tamanho da amostra**, isto é, o facto de só terem sido estudadas 40 utentes, o que fez com que os valores observados fossem muito pequenos, dificultando a análise dos mesmos de modo a podermos generalizar as conclusões do nosso estudo a populações com características idênticas à estudada.

Também o facto de só termos realizado **uma observação** foi um limite deste estudo. Parece-nos que para um estudo deste tipo seriam pelo menos necessários 6 meses e três colheitas de dados, com um intervalo entre elas de três meses, uma observação no início, uma segunda três meses depois e uma terceira observação aos seis meses.

Ligada à anterior, a **não existência de uma avaliação precedente** que permitisse uma comparação dos dados anteriores com os actuais foi também um limite. Ainda relacionado com este tema, parece-nos que teria sido importante ter considerado também as diferenças individuais, pelo que talvez fosse importante estudar a evolução das utentes durante um período suficientemente longo. O não possuímos nenhuma avaliação das utentes antes de iniciarem o tratamento, não nos permite saber se há diferenças significativas no seu estado, aos vários níveis estudados, em relação ao momento em que iniciaram a terapia Snoezelen.

Também nos parece importante ter em conta algumas variáveis que de algum modo podem ter influenciado os dados obtidos: o número de sessões de Snoezelen por semana (1 vez) e há quanto tempo o grupo CTS é submetido à estimulação multisensorial (1 ano). Se o tempo de tratamento e a frequência das sessões fosse maiores os dados talvez fossem mais significativos e esclarecedores.

Outro aspecto que poderá exercer influência é o facto de a estimulação multisensorial se reduzir apenas ao espaço da sala de Snoezelen para a maioria das utentes observadas, não tendo continuidade em outros momentos e âmbitos do seu dia a dia, como por exemplo durante as refeições e na prestação de outros cuidados.

Todos estes aspectos parecem-nos não ser indiferentes e de alguma maneira exercerem influência na qualidade de vida das utentes, a nível da linguagem, relações interpessoais, interacção com o ambiente, humor e grau de dependência, pelo que em futuros estudos deveriam ser considerados.

Como **sugestões**, um dos aspectos que nos parece de grande importância refere-se à grelha de observação, que nos parece poder ser melhorada e transformada em **escala**, de modo a

permitir um estudo rigoroso e fiável dos benefícios do Snoezelen. A investigação de Chung [et al.] (2005) indica a necessidade de uma revisão sistemática da evidência da eficácia da terapia Snoezelen na atenção a pessoas com demência.

Thomas (2004) no seu estudo também afirma a necessidade de uma escala de avaliação dos efeitos do Snoezelen estandardizada, de modo que seja possível uniformizar os critérios de observação, permitindo comparar resultados de vários estudos e identificar os verdadeiros benefícios do Snoezelen em utentes com Demência. Segundo a nossa opinião parece-nos que essa escala deverá permitir avaliar os efeitos da estimulação multisensorial nos utentes com demência e observar a sua resposta e evolução a esta intervenção, o que supõe mais que uma observação.

Parece-nos importante que em futuros estudos se tenha em conta além das variáveis contempladas no nosso estudo, a avaliação das **mudanças a nível do comportamento**, particularmente comportamentos não adaptativos e disfuncionais. Consideramos que poderia ser muito útil para a avaliação do humor o recurso a escalas estandardizadas, como por exemplo a escala da depressão.

Por último, há que mencionar que, apesar de em Portugal existirem já mais de 20 salas de Snoezelen a funcionar, a sua utilização orienta-se preferentemente para as deficiências mentais e comportamentos não adaptativos e disfuncionais das crianças, existindo poucos programas de estimulação destinados a pessoas com demência. O trabalho com este tipo de doentes, sobretudo os que se encontram em estadios mais graves, pode parecer sem interesse, já que os objectivos e as perspectivas de melhoria são limitadas por vários factores, dos quais destacamos o carácter evolutivo da doença e a heterogeneidade dos quadros clínicos, como também refere Arroyo-Ansó (2003:299). No entanto, o nosso estudo e outros demonstram que as intervenções de estimulação multisensorial em utentes com demência em estadios avançados são cruciais, sobretudo na melhoria da sua qualidade de vida, quando outras intervenções terapêuticas já não são eficazes.

Esperamos, que num futuro próximo, surjam outras iniciativas na área da investigação em relação ao Snoezelen e sua aplicação em pessoas com demência e que este trabalho possa ser um estímulo e quem sabe um ponto de partida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALFONSO, Lázaro Lázaro – *Aulas Multisensoriales y de Psicomotricidad*. Zaragoza, 2002. ISBN: 84-8465-113-4.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – *DSM-IV*. 4ª ed. Lisboa. Climepsi: 1996.
3. ARROYO-ANSÓ, Eva M. - Intervenciones cognitivas en la enfermedad de Alzheimer: ¿cuándo, cómo, dónde y a quién? In: LAGE, J. M. Martínez; MILLÁN, L. F. Pascual – *Alzheimer 2003: ¿qué hay de nuevo?* Madrid. Ediciones Aula Medica: 2003:291-303.
4. BAILLON, S., DIEPEN, E.V., PRETTYMAN, R., REDMAN, J., ROOKE, N., CAMPBELL, R., *A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia*. In: "International Journal of Geriatric Psychiatry". Vol.19-11 (October 2004):1047-1052: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/109700511/ABSTRACT?CRETRY=1&SRETRY=0>, 21-01-2006.
5. BARONI, M.Pia – *Un'esperienza multisensoriale*. Albeina. 2001: <http://www.pamonline.it/esperienze/un%20esperienza%20multisensoriale.htm>, 18-07-2005.
6. BENHAMOU R. – *Evaluer la dépendance des personnes âgées: proposition d'une échelle d'évaluation rapide et globale*. "Revue du Praticien-Médecine Générale". N°394(1997): <http://www.masef.com/scores/dependanceechellemda.htm>, 30-11-2005.
7. BOTTINO, Cássio M.C. [et al.] – *Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer, Relato de um trabalho em equipe multidisciplinar*. "Arquivos de Neuro-Psiquiatria". São Paulo. Print ISSN 0004-282X, vol.60 n°1 (2002), 70-79: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2002000100013&script=sci_arttext, 27-07-2004.
8. CARLOTTI, Monique – *Ensemble, dans une nouvelle dynamique*: <http://www.agence-rjv.com/article.php?id=105>, 15-11-2005.
9. CASTRO, Cidália (et al) – *Saber escutar para saber cuidar*. "Nursing". Lisboa. vol. 14 (2002), 20-22.
10. CHALIFOUR, Jaques – *La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique – humaniste*. Paris : Lamarre. 1989.
11. CHUNG JCC, LAI CKY, CHUNG PMB, FRENCH HP. – *Snoezelen para la demencia* (Revisión Cochrane traducida). Em: "La Biblioteca Cochrane Plus", número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponível em: <http://www.update-software.com>. (Traducida de "The Cochrane Library", 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.): <http://www.update-software.com/abstractsES/AB003152-ES.htm>, 27-10-2005.
12. COHEN-MANSFIELD, Jiska – *Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia*. Em: "Am J Geriatr Psychiatry". Vol. 9 (November 2001):361-381: <http://ajgponline.org/cgi/content/abstract/9/4/361>, 21-01-2006.
13. DAVIS, Flora – *A comunicação não verbal*. S. Paulo: Summus, Lda, 1971.
14. ESTRELA, Albano – *Teoria e prática de Observação de Classes. Uma estratégia de formação de professores*. Instituto Nacional de Investigação Científica. Lisboa 1990.
15. FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*, Lisboa: Lusociência, 1999.
16. HOPE, KW – *The effects of multisensory environments on older people with dementia*. In: "Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing". Vol. 5-5 (October 1998):377-385: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10067485&dopt=Abstract, 21-01-2006.
17. HULSEGG, Jan, VERHEUL, Ad – *Snoezelen, Un autre monde*, Namur: Editions Erasme S.A., 1989.
18. HUTCHINSON, Roger e KEWIN, Joe – *Sensations & Disability, Sensory environments for leisure, snoezelen, education and therapy*. U.K.: Rompa, 1994.
19. KEWIN, Joe – *Snoezelen user guide*. In: HUTCHINSON, Roger – *The Whittington Hall Snoezelen Project*. Chesterfield: Old Whittington, 1991: 4-12.
20. LA FORGE FORMATION – *Le Concept Snoezelen*. Metz, 1995-1996: <http://www.la-forge-formation.com/fr/snoezelen.htm>, 15-11-2005.
21. LANCIONI, G.E., CUVO, A.J., O'REILLY, M.F. – *Snoezelen: na overview of research with people with developmental disabilities and dementia*. In: "Disability and Rehabilitation". Vol. 24-4 (March 2002): 175-184: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11926258&dopt=Abstract, 21-01-2006.
22. LEDESMA, José Martínez, Toro, Andrés del – *Nuevos Horizontes en Estimulación Sensorial. Snoezelen: un mundo sensorial*. Jaën, 2004: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Estimulacion_sensorial_JMtez_Ledesma.shtm, 15-11-2005.
23. MERTENS, Krista – *Sensory stimulation and relaxation in special interior rooms*. Ede: 2004: http://216.239.39.104/translate_c?hl=pt_PT&sl=en&u=http://www.isna.de/schreiben/r, 18-07-2005.
24. MERTENS, Krista, NOUH, Anja - *The world discovers Snoezelen*. 3rd International Snoezelen-Symposium. Berlin, 2005: http://www.isna.de/kongresse/isna_symposium_2005_plakate.htm, 21-01-2006.
25. MESQUITA, Carlos – *NECI de sonho*. Lagos, 2005: <http://www.mare-alta.web.pt/dossier-Neci-de-sonho.htm>, 20-01-2006.
26. MINNER, de B., HOFFSTETTER, P., CASEY, L., JONES, D. – *Snoezelen Activity: The Good Shepherd Nursing Home Experience*. "Journal of Nursing Care Quality". Vol. 19-4 (October/November/December 2004): <http://www.jncqjournal.com/pt/re/jncq/abstract.00001786-200410000-00010.htm?jsessionid=DVwQ2Wfdrtzrdfl69zEB8mIXpWqAUHgmZ3h013w2ZPvdQ05Pr!-651147081-949856145190011-1>, 21-01-2006.

27. PINKNEY, Lesley – *Snoezelen: a Sensory Environment used by People who are Elderly and Confused*. 1999: <http://www.sohp.soton.ac.uk/neuro/SNOEZ.htm>, 18-07-2005.
28. POLGAR, Stephen, THOMAS, Shane A. – *Investigación en las ciencias de la salud*. Churchill Livingstone. Madrid 1993.
29. POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadette P. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*, 3ª ed. Artes Médicas, Porto Alegre 1995.
30. RIBEIRO, Maria Goretti, T.M., Silva – *A comunicação na deficiência mental profunda*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga, 1996.
31. SNOEZELLEN FOUNDATION – *Che cosa è SNOEZELLEN? La filosofia e la storia di un metodo di stimolazione plurisensoriale*: <http://www.snoezelen.it/chisiamo.html>, 18-07-2005.
32. *Snoezelen. Entorno multisensorial*: http://www.handycat.com/multisens_sp.html, 19-07-2005.
33. TEIVE, Hélio; COLETTA, Marcus V. – *Demências*. Apontamentos da Disciplina de Neurologia. HC – UFPR. São Paulo, 2004. Disponível cópia impressa na Casa de Saúde Bento Menni, Guarda.
34. THOMAS, Lorraine – *Developing a Snoezelen Assessment Scale for Therapists and Intervenors*. Ontário 2004: <http://www.worldwidesnoezelen.com/index.php?option=content&task=view&id=175>, 22-01-2006.
35. THORGRIMSEN L, SPECTOR A, WILES A, ORRELL M. – Aromaterapia para la demencia (Revisión Cochrane traducida). Em: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponível em: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.): <http://www.update-software.com/abstractsES/AB003150-ES.htm>, 27-10-2005.
36. van WEERT J.C. - *Multi-Sensory Stimulation in 24-hour Dementia Care. Effects of snoezelen on residents and caregivers*. NIVEL. Utrecht, 2004. ISBN 90-6905-696-8: <http://www.worldwidesnoezelen.com/content/view/336/257/>, 21-01-2006.
37. VINK AC, BIRKS JS, BRUINSMA MS, SCHOLTEN RJS. – Musicoterapia para personas con demencia (Revisión Cochrane traducida). Em: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponível em: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.): <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB003150.htm>, 27-10-2005.