



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Impacto de um programa de estimulação multissensorial de *Snoezelen* em pessoas idasas institucionalizadas

Mariana Carreiro Machado Ferreira Amaral

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Psicologia Clínica e da Saúde

(2º Ciclo de estudos)

**Orientadora: Professora Doutora Rosa Marina Brás Martins
Afonso**

Covilhã, Outubro 2014

**Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da
Professora Doutora Rosa Marina Brás Martins Afonso
apresentada à Universidade da Beira Interior para a
obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da área
Clínica e da Saúde.**

“Não adianta pensares na idade que terás,
se não souberes viver a que tens!”
(António Amaral, 2014)

Resumo

A terapia multissensorial de *snoezelen*, consiste na estimulação dos sentidos através de luz, cheiro, toque, som e visão, com a utilização de equipamentos próprios para proporcionar prazer e bem-estar. Trata-se de um tipo de intervenção não-farmacológica, que tem vindo a complementar o tratamento de problemas psicopatológicos e físicos. Os resultados sobre os efeitos desta intervenção não são conclusivos. No entanto sugerem benefícios na melhoria de comportamentos desadaptativos, bem-estar e problemas de aprendizagem e desenvolvimento, entre outros. Este estudo pretende analisar o impacto de um programa de 5 sessões de estimulação multissensorial de *snoezelen* em pessoas idosas. Participaram no estudo 7 pessoas com idades compreendidas entre os 67 e os 85 anos, institucionalizadas numa casa de saúde mental com diferentes patologias: demência, deficiência mental moderada e transtorno afetivo bipolar. Os instrumentos usados foram a Escala de Rastreo Cognitivo *Montreal Cognitive Assessment*, a *Geriatric Depression Scale* e uma *Grelha de Observação de Comportamentos*. Os resultados sugerem uma diversidade de efeitos, que não permite estabelecer um padrão de impacto do *snoezelen* em pessoas idosas com psicopatologia. Contudo, sugerem-se potenciais efeitos benéficos da intervenção multissensorial em termos de emoções, comportamentos e a nível cognitivo. Destaca-se, também a necessidade de investigações mais robustas e consistentes que permitam para analisar os processos e impacto deste tipo de intervenção que parecem ser muito diferentes de indivíduo para indivíduo.

Palavras-chave: Estimulação multissensorial, *Snoezelen*, Envelhecimento.

Abstract

The multisensory therapy *snoezelen* consists in stimulating the senses through light, smell, touch, sound and vision, with the use of proper equipment to provide pleasure and well-being. This is a type of non-pharmacological intervention, which has a complementary treatment of psychopathological and physical problems. The results on the effects of this intervention are inconclusive. However suggest benefits in improving maladaptive behavior, welfare and problems of learning and development, among others. This study aims to analyze the impact of a program of five sessions multisensory stimulation *snoezelen* in older people. Participated in the study seven people aged between 67 and 85 years, institutionalized in a house with different mental health disorders: dementia, mild mental retardation and bipolar affective disorder. The instruments used were the Scale Cognitive Screening *Montreal Cognitive Assessment*, the *Geriatric Depression Scale* and a *Behavior Observation Grid*. The results suggest a diversity of effects, which rules out a pattern of impact of *snoezelen* in older people with psychopathology. However, we suggest potential beneficial effects of multisensory intervention in terms of emotions, behaviors and cognitive level. Noteworthy is also the need for more robust and consistent for investigations to analyze the processes and impact of this type of intervention that appear to be very different from individual to individual.

Keywords: multisensory stimulation, *Snoezelen*, Aging.

Agradecimentos

Agradecer nunca será suficiente para expressar a minha gratidão a todas as pessoas que contribuíram e me guiaram na conclusão desta longa jornada.

Antes de mais, gostaria de expressar o meu enorme agradecimento à Professora Doutora Rosa Marina Afonso pela orientação, constante preocupação, pela estimulação e pela visão inovadora que nos levou à realização deste trabalho, pois sem a sua visão e espírito inovador este trabalho não seria possível de concretizar.

À casa de saúde Bento Menni por me ter recebido e a este projeto de forma ativa e pronta em todos os momentos de construção deste trabalho.

A toda a equipa multidisciplinar que contribuiu em grande forma para a concretização deste projeto, desde as monitoras das salas ocupacionais, às irmãs, enfermeiros e Doutora Elina Duarte a todos um enorme agradecimento por toda a colaboração e ajuda prestada na realização deste trabalho.

Às minhas queridas “velhinhas” pela participação ativa, pela sempre pronta colaboração mesmo em dias menos bons, pelas horas de conversas as quais me comoveram e me fizeram crescer como pessoa e como profissional, pela preocupação na conclusão deste projeto e acima de tudo por me acarinharem e me acolherem a cada dia com sorrisos e abraços que fizeram toda a diferença neste percurso trabalhoso, mas imensamente gratificante.

Ao meu Pai, por ser o sábio de todas as horas, por me guiar e abrir novos horizontes nesta profissão que tanto me apaixona. Por saber ver o mundo de forma especial e menos aterrorizante. E acima de tudo por me tranquilizar em todos os momentos de angústia e incerteza. E por acreditar em mim, mesmo quando eu não soube como fazê-lo.

À minha Mãe, minha maior paixão. Por todo o amor, por viver comigo todas as dúvidas, todos os medos e por caminhar sempre ao meu lado, apesar da distância, ao longo de todos estes anos. E acima de tudo por me compreender e ouvir em tantos dias de incerteza na prática desta profissão.

Ao meu irmão, por ser um orgulho crescente a cada dia. Por me fazer acreditar que todo o esforço compensa se nos basearmos na dedicação e paixão a tudo aquilo que praticamos.

A ti Flávia, por teres sido o meu braço direito e pessoa indispensável em todo o processo de construção deste projeto, sem ti jamais seria possível. E acima de tudo por seres a minha companheira de todas as horas, meu suporte em momentos de aflição, meu sorriso em momentos felizes e amiga em todos os momentos especiais que vivemos nesta grande experiência de vida. Obrigada por teres sempre lá estado ao meu lado. Gosto muito de ti!

A ti Filipa, amiga de sempre e de todos os tempos. Obrigada por me mostrares que tudo na vida apesar de parecer um problema depende apenas de nós próprios determinar a solução. Obrigada por tudo, sabes bem coração!

A toda a minha família, obrigada pela força e por nunca se esquecerem de mim. A vossa presença fez toda a diferença ao longo desta grande jornada.

Ao povo Açoriano por confirmar no decorrer destes anos que tudo aquilo que me define como pessoa é a compaixão, a amizade e o calor humano que nos caracteriza como Açorianos. E acima de tudo por me fazerem sentir orgulho no meu sotaque e na minha origem atlântica.

A todos o meu sincero e profundo, bem-haja!

Índice

Introdução	3
I. Enquadramento Teórico	3
1. Terapia de <i>Snoezelen</i>	3
1.1 Terapias/Intervenções não-farmacológicas	3
1.2 Intervenções Psicossociais	4
1.3 Terapias multissensoriais e <i>snoezelen</i>	4
1.4 <i>Snoezelen</i> : surgimento, características e contextualização	5
1.5 Espaço <i>snoezelen</i> : caracterização	6
1.6 Terapia de <i>snoezelen</i> : áreas de intervenção, tipos e impacto	7
1.7 Áreas de intervenção/aplicação da terapia de <i>snoezelen</i>	16
II. Estudo Empírico	20
1. Metodologia	20
1.1 Participantes	20
1.2 Instrumentos	22
1.3 Procedimento	24
2. Resultados	26
3. Discussão dos resultados e conclusões	50
Referências Bibliográficas	54

Lista de Figuras

Figura 1. Resultados pré e pós-teste das escalas GDS e MOCA da participante A.

Figura 2. Observação da frequência de “Prazer” da participante A. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 3. Observação da frequência de “Tristeza” da participante A. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 4. Observação da frequência de “Interesse” da participante A. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 5. Média de observação de emoções da participante A. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 6. Resultados pré e pós-teste das escalas GDS e MOCA da participante B.

Figura 7. Observação da frequência de “Prazer” da participante B. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 8. Observação da frequência de “Interesse” da participante B. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 9. Média de observação de emoções da participante B. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 10. Resultados pré e pós-teste das escalas GDS e MOCA da participante C.

Figura 11. Observação da frequência de “Prazer” da participante C. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 12. Observação da frequência de “Raiva” da participante C. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 13. Observação da frequência de “Ansiedade e Medo” da participante C. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 14. Observação da frequência de “Tristeza” da participante C. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 15. Observação da frequência de “Interesse” da participante C. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 16. Média de observação de emoções da participante C. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 17. Resultados pré e pós-teste das escalas GDS e MOCA da participante D.

Figura 18. Observação da frequência de “Prazer” da participante D. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 19. Observação da frequência de “Ansiedade e Medo” da participante D. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 20. Observação da frequência de “Tristeza” da participante D. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 21. Observação da frequência de “Interesse” da participante D. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 22. Média de observação de emoções da participante D. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 23. Resultados pré e pós-teste das escalas GDS e MOCA da participante E.

Figura 24. Observação da frequência de “Prazer” da participante E. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 25. Observação da frequência de “Tristeza” da participante E. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 26. Observação da frequência de “Interesse” da participante E. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 27. Média de observação de emoções da participante E. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 28. Resultados pré e pós-teste das escalas GDS e MOCA da participante F.

Figura 29. Observação da frequência de “Prazer” da participante F. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 30. Observação da frequência de “Raiva” da participante F. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 31. Observação da frequência de “Ansiedade e Medo” da participante F. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 32. Observação da frequência de “Tristeza” da participante F. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 33. Observação da frequência de “Interesse” da participante F. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 34. Média de observação de emoções da participante F. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 35. Resultados pré e pós-teste das escalas GDS e MOCA da participante G.

Figura 36. Observação da frequência de “Prazer” da participante G. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 37. Observação da frequência de “Ansiedade e Medo” da participante G. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 38. Observação da frequência de “Interesse” da participante G. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Figura 39. Média de observação de emoções da participante G. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Lista de Tabelas

Tabela 1. Terapias não-farmacológicas e patologias: exemplos

Tabela 2. Estudos sobre intervenção da terapia de *snoezelen* em diferentes perturbações psicológicas e físicas

Tabela 3. Possíveis áreas de aplicação da terapia de *snoezelen*

Tabela 4. Estudos sobre o impacto da terapia de *snoezelen*

Tabela 5. Características das participantes

Tabela 6. Distribuição semanal das participantes pelas sessões de *snoezelen*

Tabela 7. Registo de observação do comportamento da participante A. durante as sessões de *snoezelen*

Tabela 8. Registo de observação do comportamento da participante B. durante as sessões de *snoezelen*

Tabela 9. Registo de observação do comportamento da participante C. durante as sessões de *snoezelen*

Tabela 10. Registo de observação do comportamento da participante D. durante as sessões de *snoezelen*

Tabela 11. Registo de observação do comportamento da participante E. durante as sessões de *snoezelen*

Tabela 12. Registo de observação do comportamento da participante F. durante as sessões de *snoezelen*

Tabela 13. Registo de observação do comportamento da participante G. durante as sessões de *snoezelen*

Lista de Acrónimos

EEG - Eletroencefalograma

GDS - Geriatric Depression Scale

MMSE - Mini-Mental State Examination

MOCA - Montreal Cognitive Assessment

TENS -Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

Introdução

As terapias não-farmacológicas têm vindo a ser utilizadas de forma crescente com diferentes populações (Fowler, 2008) existindo diferentes áreas de intervenção e diversos métodos terapêuticos que habitualmente são utilizados como complementares a outros tratamentos (Ballard et al., 2001).

Entre as terapias não-farmacológicas o *snoezelen* é um dos tipos de intervenção tem vindo a ganhar destaque ao longo dos anos (Burns et al., 2000).

A relevância da utilização da terapia de *snoezelen* relaciona-se essencialmente com o tipo de materiais de estimulação utilizados no ambiente multissensorial inserido numa sala de *snoezelen*. O objetivo destes materiais é o de proporcionar atividades relaxantes para indivíduos com dificuldades emocionais, de aprendizagem, comportamentais ou outro tipo de dificuldade ou patologia (Matson, Bamburg & Smalls, 2004). O *snoezelen* inclui objetos e equipamentos desenhados para estimular sujeitos sobre várias modalidades sensoriais, através do som, olfato, visão, tato e sabor (Hotz et al., 2006).

Um ambiente multissensorial pretende, ainda, criar um sentimento de segurança, novidade e estimulação (Thompson & Martin, 1994) para se melhorarem determinados comportamentos e estados fisiológicos, em diferentes patologias incluindo dificuldades de aprendizagem e desenvolvimento (Hogg, Cavet, Lambe & Smeddle, 2001).

No âmbito da estimulação multissensorial é possível encontrar diferentes modalidades de intervenção direcionadas a determinadas perturbações, pelo que os instrumentos utilizados numa sala de *snoezelen* possuem uma função específica para perturbações como o autismo, deficiência mental, demência, comportamentos agressivos, comportamentos com níveis agitação, grávidas em trabalho de parto, lesões cerebrais, entre outros (Matson, Bamburg & Smalls, 2004).

Esta dissertação, no enquadramento teórico, apresenta uma referência às terapias não-farmacológicas. A seguir, é feita uma abordagem às terapias e descrita a história do *snoezelen*, o seu surgimento, desenvolvimento, aplicabilidade e populações alvo. Posteriormente são, referidos alguns estudos realizados na área do *snoezelen*, que descrevem os efeitos da terapia do *snoezelen* com diferentes grupos.

A seguir, na parte empírica, é apresentado o estudo desenvolvido no âmbito desta dissertação, sobre o impacto de uma intervenção de *snoezelen* em pessoas idosas institucionalizadas. Assim, são apresentados os objetivos, método, resultados e respetiva discussão dos mesmos.

I. Enquadramento Teórico

1. Terapia de *Snoezelen*

1.1 Terapias/Intervenções não-farmacológicas

O desenvolvimento de terapias não-farmacológicas tem vindo a crescer e a ganhar uma evidente importância no que respeita à complementaridade com outro tipo de tratamentos de intervenção em doenças mentais e físicas (Klages, Zecevic, Orange & Hobson, 2011). O tratamento farmacológico para diferentes patologias pode, por vezes, interferir no estado físico e psicológico do doente (Hulme et al., 2010). Face a isto, a importância das terapias não-farmacológicas deveria ser enfatizada no tratamento de doentes com problemas crónicos de saúde, uma vez que estas podem reduzir efeitos secundários de alguns tipos de medicação prescrita (Manek, 2001). Assim as terapias não-farmacológicas deveriam ser consideradas, não apenas como um complemento ou alternativa à medicação, mas como fator indispensável no tratamento (Caporali et al., 2005; Manek, 2001).

Uma vez que os comportamentos variam de pessoa para pessoa, assim como as perturbações mentais, a forma como cada pessoa reage a determinado tipo de tratamento varia consoante a sua perturbação e a sua personalidade. Sendo que uma determinada perturbação poderá afetar de forma mais acentuada determinada pessoa, não afetando tanto outra de forma tão intensa, como é o caso do stress e ansiedade (McFadden, Healy, Hoversten, Ito & Hernández, 2012).

Entre as várias terapias não-farmacológicas surge, a acupuntura (Sbin & Kolanowski, 2009), terapia assistida por animais (Hulme et al., 2010), aromaterapia, controlo de comportamentos, terapia com luzes (O'Neil et al., 2011), manipulação do ambiente, massagens/terapia do toque, dispositivos de assistência, suplementos alimentares (dietéticos) e manipulação (Arolowski, 2005; Barnes & Edwards, 2005; Kee & Epps, 2001; Marks e Allegrante, 2001; Moe et al., 2007) musicoterapia, terapia de *snoezelen*/estimulação multissensorial, terapia das reminiscências (Douglas, James & Ballard, 2004), orientação para a realidade (Douglas, James & Ballard, 2004), atividade física/exercício (e.g. exercício isométrico, dinâmico, alongamentos, carga conjunta, aeróbica e subaquático) (Bálint & Szebenyi, 1997), terapia de aconselhamento, estimulação elétrica de nervos transcutâneos - TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) (Bálint & Szebenyi, 1997; Budh & Lundeberg, 2004; Olazarán et al., 2010), terapia de validação (Hulme, Wright, Crocker, Oluboyede & House, 2010), treino cognitivo e estimulação cognitiva (Olazarán et al., 2010), banho termal e massagem com as mãos (Kong, Evans & Guevara, 2009).

As terapias não-farmacológicas englobam aspetos físicos e psicossociais de intervenção. No que respeita à intervenção física destacam-se, o exercício, a terapia física/ocupacional,

dispositivos de assistência, suplementos alimentares (e.g. dietéticos), manipulação de ambientes e massagens manipulação (Moe et al., 2007). As terapias deste carácter são habitualmente praticadas por técnicos especializados no tipo de intervenção (e.g. acupuntura) (Arolski, 2005; Barnes & Edwards, 2005; Kee & Epps, 2001; Marks e Allegrante, 2001).

Em suma, as terapias não-farmacológicas no tratamento de diversas perturbações mentais ou físicas constituem uma alternativa ao tratamento farmacológico, sem custos elevados e com os benefícios semelhantes ao tratamento químico para determinados problemas (O'Neil et al., 2011). Apresenta-se ainda como vantagem deste tipo de tratamentos, o facto de desenvolverem junto do doente um sentimento de bem-estar, conforto e alívio da dor (Budh & Lundeberg, 2004), com atividades práticas, lúdicas, de reeducação cognitiva e com desenvolvimento de tarefas de vida diária (Olazarán et al., 2010;). Com este tipo de técnicas a opção de tratamento torna-se mais vasta, podendo mesmo o doente optar, após experienciar algumas das técnicas não-farmacológicas, pelo tipo de tratamento que considera mais adequado para o grau de dor que possa sentir (Shin & Kolanowski, 2009).

Neste sentido a abrangência das terapias não-farmacológicas, torna-se cada vez mais vasta, na possibilidade de serem utilizadas quer na intervenção psicológica, quer na intervenção médica (ver Tabela 1.).

Tabela 1. Terapias não-farmacológicas e patologias: exemplos

Exemplos de terapias não-farmacológicas	Exemplos de aplicações em perturbações	Autores/ estudos
Exercício (e.g. isotérmico (contração muscular), dinâmico, alongamentos, carga conjunta, aeróbico, subaquático); Terapia de calor, hidroterapia, tratamento de spa, eletroterapia (TENS), acupuntura e terapia ocupacional.	Osteoartrite	Bálint & Szebenyi (1997); Sbin & Kolanowski (2009)
Terapia comportamental, orientação para a realidade, terapia de validação e terapia das reminiscências.	Demência	Douglas, James & Ballard (2004)
Treino cognitivo, estimulação cognitiva, TENS, treino de atividades de vida diária, atividades lúdicas, apoio e psicoterapia, relaxamento muscular e intervenções comportamentais.	Demência de Alzheimer	Olazarán et al. (2010)
Banho termal, aromaterapia, música relaxante e massagem com as mãos.	Agitação na demência	Kong, Evans & Guevara (2009)
Acupuntura, Massagem e TENS.	Lesão medular	Budh & Lundeberg (2004)

1.2 Intervenções Psicossociais

A intervenção psicossocial inclui, a educação do paciente, estratégias de autogestão, mecanismos de *coping*, suporte social, terapia de reminiscências, terapia de validação, terapia de simulação presencial (O'Neil et al., 2011). Este tipo de intervenção pode desenvolver no doente autoeficácia, adesão ao tratamento e eficácia no mesmo (Shin & Kolanowski, 2010).

As terapias psicossociais têm vindo a ser cada vez mais valorizadas pelos profissionais de saúde (Shin & Kolanowski, 2010), sendo usadas exclusivamente ou como abordagem terapêutica de complemento à medicação (Bálint & Szebeny, 1997).

Não só apenas numa abordagem psicoterapêutica, os profissionais de saúde utilizam técnicas psicossociais para consolidação do tratamento, como a educação do doente tornando-se essencial para que este consiga lidar de forma adequada a sua doença (Kong, Evans & Guevara, 2009).

Psicólogos e psicoterapeutas utilizam técnicas de educação e reeducação comportamental e cognitiva, em diferentes patologias, como complemento essencial e imprescindível ao tratamento, tais como a terapia cognitivo-comportamental, terapia centrada na pessoa, estimulação cognitiva, treino cognitivo, terapia de apoio, psicoterapia, intervenções comportamentais (Olazarán et al., 2010; O'Neil et al., 2011).

1.3 Terapias multissensoriais e *snoezelen*

Um ambiente multissensorial é desenhado para estimular os sentidos (Weert et al., 2005), intervir no tratamento da dor (Budh & Lundeberg, 2004) e reeducar o doente tanto para as condições da sua própria doença como para criar novas formas de lidar com as condicionantes da patologia, criando alternativas complementares ao tratamento químico (Shin & Kolanowski, 2010).

O ambiente multissensorial, enquanto processo, torna-se num procedimento individualizado, especificamente projetado para ir de encontro à motivação do utilizador, do seu interesse, lazer, relaxamento, necessidades terapêuticas e/ou educacionais (Pagliano, 2007; Lotan & Gold, 2009).

Neste sentido, a terapia de *snoezelen* está inserida nas terapias multissensoriais, sendo considerada a terapia com maior grau de estimulação (Hope, 1998), pois esta inclui estimulação através de luz, som, toque e cheiro (Klages et al, 2010). Pretendendo assim criar um sentimento de segurança e proporcionar novas sensações, com uma estimulação controlada pelo utilizador (Fava & Strauss, 2009). Trata-se assim de um ambiente destinado a criar um sentimento de prazer e conforto, onde o sujeito pode relaxar, explorar e desfrutar do ambiente que o rodeia (Baillon, Diepen, Prettyman, 2002).

Os estímulos de um espaço de *snoezelen* podem ser apresentados de forma isolada ou combinada, de forma mais intensa ou mais reduzida e em forma de interação ativa ou

passiva. A estimulação pode portanto ser planeada para atender às exigências de uma pessoa com dificuldades de percepção e/ou deficiências profundas, sejam elas flutuantes, progressivas, estáveis ou regressivas (Pagliano, 1999).

A filosofia do *snoezelen* fundamenta-se em abordagens não-diretivas e não-ameaçadoras, uma vez que cada intervenção se baseia no relaxamento e é dada e incentivada a liberdade de escolha dos utentes (Hogg & Cavet, 1995).

Para compreender o ambiente no qual a terapia de *snoezelen* se insere é necessário conhecer alguns dos objetos que fazem parte da estimulação multissensorial. Assim uma sala multissensorial contém equipamento táctil, visual, olfativo, auditivo, vestibular e sensorial-preceptivo. Exemplos de equipamentos deste tipo de salas é o espelho tridimensional, aromaterapia com óleos, feixes de fibra ótica, tapete de fibra ótica, música calma, tubo de bolhas, colchão de água com emissão de vibrações, tapete de massagens entre outros estímulos sensoriais (Cuvo, May & Post, 2001).

1.4 *Snoezelen*: surgimento, caracterização e contextualização

A abordagem do *snoezelen*, teve o seu início em Holanda por volta do ano 1970 (Hulsegge & Verheul, 1987). A palavra *Snoezelen* surge da combinação entre duas palavras Holandesas: *Doezelen* de repousar e *Snoezel* de sentir. No entanto, a utilização desta dinâmica de estimulação sensorial, implicaria não só o relaxamento, mas outro tipo de estimulação de carácter dinâmico (Hulsegge & Verheul, 1987).

As salas de *snoezelen* foram originalmente criadas como instalações de lazer para pessoas com dificuldades múltiplas e profundas (Hulsegge & Verheul, 1987). O *snoezelen* é uma atividade com lugar, num espaço escuro, com luz atrativa, onde é possível ouvir música suave, neste tipo de ambientes pretende-se a ativação dos sentidos (Hulsegge & Verheul, 1987), dando-se ênfase à experiência de sensações e não à análise da experiência em si.

Hulsegge & Verheul (1987) também afirmaram que o *snoezelen* não é restrito a um espaço em particular. O *snoezelen* é essencialmente a atividade que consiste em desfrutar de um ambiente que estimula os sentidos, sendo mais que um espaço em si mesmo (Fowler, 2008).

Relativamente a alguns casos Hulsegge & Verheul (1987) sentiram que as experiências sensoriais diárias poderiam tornar-se avassaladoras para pessoas com dificuldades múltiplas ou físicas. Pelo que foi necessário criar ambientes especializados onde a estimulação pudesse ser controlada, por forma a manter o foco na estimulação sem distrações (Fowler, 2008).

Para se permitir que os utentes dos espaços desfrutassem mais das suas experiências sensoriais, foi considerado importante o contato interpessoal, para ajudar quem não fosse capaz de aceder aos equipamentos de forma autónoma, a usufruir da atmosfera de segurança e relaxamento (Hutchinson & Kewin, 1994, p.8).

A ideia de criar ambientes sensoriais surgiu do conceito de uma tenda de atividades utilizada num centro para pessoas com dificuldades em 1978 na Holanda (Hulsegge & Verheul, 1987,

p.24). Hulsegge & Verheul, aproveitaram a ideia e organizaram um espaço semelhante, que iniciaram de forma temporária durante uma feira de verão, progredindo para instalações maiores, proporcionando experiências sensoriais (Fowler, 2008).

Ao longo dos anos o *snoezelen* foi ganhando destaque como um quarto/sala, do que apenas uma atividade. Com o reconhecimento do *snoezelen* como um espaço específico com equipamento para estimulação dos sentidos, companhias comerciais começaram a ser comercializados equipamentos multissensoriais ou materiais destinados para as salas de *snoezelen* (Fowler, 2008, p.20). As instalações de *snoezelen* originais foram criadas para pessoas com dificuldades múltiplas e profundas. No entanto, desde muito cedo começaram a, ser utilizadas com outras populações, o que levou a que os espaços de *snoezelen* passassem a ser utilizados por terapeutas e professores com ênfase na educação e avaliação, além do lazer e relaxamento. Mais tarde considerou-se que os ambientes de *snoezelen* poderiam possuir diversas funções, de educação, avaliação, lazer e relaxamento, dependendo do equipamento utilizado e consoante as necessidades dos utilizadores (Fowler, 2008, p.20).

A terapia pelo *snoezelen* pretende assim oferecer experiências sensoriais prazerosas, através da estimulação dos sentidos primários. Sem incluir, necessariamente, atividade intelectual. Na terapia de *snoezelen* a pessoa encontra-se num ambiente e numa atmosfera caracterizadas pela transmissão de segurança e relaxamento em toda a envolvimento com os objetos que se encontram numa sala de multissensorial (Lindsay et al. 1997; Klages, Zecevic, Orange & Hobson, 2011). Isto é, cada objeto tem uma função específica, sendo posicionado de forma adequada para que a estimulação possa ser feita de forma completa e total por forma a serem estimuladas todas as componentes corporais em simultâneo (Walters, 1991).

O *snoezelen* baseia-se, essencialmente, na assunção de que o mundo envolvente se caracteriza pela junção de luz, som, cheiro, sabores e sensações tácteis, que são acedidos através dos órgãos sensoriais primários. Este ambiente, pretende então maximizar o uso destes sentidos através de todos os materiais presentes na sala (Scholfield,1996).

1.5 Espaço *snoezelen*: caracterização

O *snoezelen* implica a utilização de equipamento especial, colocado estrategicamente, num quarto com apenas uma janela ou ausência da mesma, onde a natureza, quantidade, intensidade e disposição da estimulação podem ser controladas (Singh et al.,2004).

O equipamento utilizado numa sala de *snoezelen* inclui alguns dos seguintes objetos: tubo de bolhas com movimentos circulatorio de bolas coloridas e seleção de cores diversas, com efeito de mudança da cor da água, através de um dispositivo de botões com indicação das cores para alternância destas; espelhos tridimensionais; projetor de imagens diversas; bola de espelhos; colchão de água; cadeira de massagens; tapete de fibra ótica ou tapete de estrelas; fios de fibra ótica para estimulação táctil; objetos/brinquedos sonoros e com diferentes

texturas; jogos para identificação de cheiros; incensos; música relaxante; sofás; painéis de texturas; cores e figuras tridimensionais vibração e cama vibroacústicas; ventiladores; piscinas de bolas; *spas* para os pés cadeiras folha; redes; camas de água e cadeiras de água; *sprays* de fibra ótica; projetores de slides; lâmpadas ultravioleta; luzes de escada; difusores de aroma; túneis infinitos e cadeiros de lava (Fowler, 2008; Noorden, 1999; Lancioni et al., 2002; Weert et al., 2004).

O *snoezelen* implica assim a existência/preparação de um espaço fechado /delimitado que permita proporcionar um equilíbrio entre o estado de relaxamento e a atividade, num ambiente seguro, adaptado e suportado por um facilitador ou técnico especializado ou formado para servir de guia e suporte no momento da intervenção (Hulsegge & Verheul, 1987).

Em suma, o *snoezelen* caracteriza-se por ser um ambiente multissensorial que permite à pessoa selecionar e receber informação sensorial, no tipo e quantidade que desejar, podendo interagir de forma livre e espontânea com todos os objetos da sala e, ainda, possibilitar uma interação com os demais indivíduos que se encontrem na sala, incluindo o técnico que presta suporte na intervenção (Berg et al., 2010; Poza, Gómez, Gutiérrez, Mendoza & Hornero, 2013).

1.6 Terapia de *Snoezelen*: áreas de intervenção, tipos e impacto

Inicialmente, os terapeutas dedicados ao trabalho da saúde mental, pretenderam, com a estimulação sensorial, proporcionar às pessoas, com problemas sensoriais e problemas de aprendizagem, uma oportunidade de disfrutar de uma intervenção onde fosse possível unir relaxamento e experiências de lazer (McKenzie, 1995). Associando a estimulação sensorial com sentimentos de segurança e bem-estar, envolvidos num ambiente de relaxamento total através dos cinco sentidos, proporcionando ao individuo diferentes mudanças cognitivas, comportamentais e de humor (Anderson, Bird, McPherson, McDonough & Davis, 2011; Ozdemir & Akdemir, 2009).

Uma vez que o *snoezelen* é terapia não farmacológica, não evasiva e complementar ao tratamento de perturbações, ao longo do tempo, investigadores desenvolveram investigações sobre esta terapia, a fim de compreender como é que os seus efeitos se prologam no tempo e de que forma contribui no tratamento de doenças físicas e psicológicas.

Assim sendo, estudos realizados por Singh et al. (2003) e Fava e Strauss (2009) indicaram que a intervenção pelo *snoezelen*, pode diminuir a agressividade e/ou estimular determinados comportamentos, bem como aumentar o desempenho nas tarefas durante as sessões de estimulação (Cuvo, May, & Post, 2001; Shapiro, Parush, Green, & Roth, 1997).

Anderson, Bird, MacPherson, McDonough e Davis (2011) desenvolveram um estudo com 12 pessoas institucionalizadas com diagnóstico de demência. A intervenção incluiu doze técnicos treinados atribuídos a cada um dos participantes, em sessões de vinte minutos em dois ambientes (jardim da instituição e sala de *snoezelen*), com uma duração de seis semanas. Três sessões foram realizadas na sala de *snoezelen* e três sessões no jardim. Três sessões foram agendadas para as terças-feiras, quatro sessões agendadas para as quartas-feiras e cinco sessões agendadas para as quintas-feiras. A sala de *snoezelen* foi o ambiente experimental e o jardim foi o ambiente de controlo. Para a avaliação do impacto da intervenção, foi usada a observação de sinais físicos e expressões faciais. Os comportamentos observados foram codificados em quatro categorias (perturbado/desinteressado, neutro, interessado e muito interessado).

Os principais resultados desta investigação indicaram uma diminuição de comportamentos inseridos na categoria perturbado/desinteressado, quer na sala de *snoezelen*, quer no jardim. No entanto, não se constataram alterações estatisticamente significativas a curto e a longo prazo. De destacar que se observaram melhorias na relação entre utentes e técnicos na sala de *snoezelen*, visíveis na interação entre utentes e técnicos. Uma das limitações deste estudo prendeu-se com a necessidade de observar os utentes em diferentes contextos (e.g. horário de refeições ou em áreas comuns).

Um estudo comparativo realizado por Baker et al. (2003) incluiu 136 participantes com diagnóstico de demência de três países diferentes, nomeadamente, 94 participantes do Reino Unido, 26 da Holanda e 16 da Suécia.

A intervenção consistiu em oito sessões de trinta minutos por um período de quatro semanas. Foi efetuado o registo de comportamento e humor, antes, durante e após as sessões para perceber os efeitos imediatos da intervenção. O registo pretendia avaliar os efeitos cognitivos, comportamentais das sessões e de humor em casa e no hospital.

Algumas das escalas utilizadas na avaliação incluíram o *Mini-Mental State Examination - MMSE*; *The Behavior Rating Scale - BRS*; Subescalas - apatia, dificuldades de comunicação, perturbação social e deficiência física; *The Behaviour and Mood Disturbance Scale - BMD*; *Rehabilitation Evaluation Hall and Baker Tool - REHAB*.

Os resultados mais evidentes indicaram, em relação aos utentes do Reino Unido e Holanda, que os participantes melhoraram o relacionamento com os outros, estavam menos aborrecidos, menos inativos e com maior interação social após as sessões. Os resultados revelaram ainda que os participantes, após as sessões estavam mais felizes na realização de tarefas autonomamente.

Berg et al., 2010 desenvolveram um estudo experimental com 90 participantes de 20 lares da Alemanha. Foram feitos três tipos de intervenção: *snoezelen*/estimulação multissensorial; terapia estruturada de reminiscências e estimulação com ativação cognitiva. Para avaliação foram utilizados os seguintes testes: *Mini-Mental State Examination - MMSE*; *Version for*

vision impairment - MMSEblind; Apathy Evaluation Scale - AES; Neuropsychiatric Inventory - Nursing Home - NPI-NH; Staff Observation Aggression Scale - SOAS-R; Smiley Face Rating Scale - SRS; Clinical Dependency Rating - CDR; Care Dependency Scale - PAS: Pflegeabhängigkeitsskala e o Nottingham Health Profile - NHP.

Este estudo contribuiu para apoiar a eficácia da utilização das intervenções com terapias não-farmacológicas em pessoas com demência.

Fava e Strauss (2009) realizaram um estudo experimental com 27 participantes de uma instituição para indivíduos com dificuldades intelectuais, com três tipos de deficiência mental. Foram selecionados 9 participantes com autismo, 9 participantes com deficiência mental profunda com boa capacidade linguística e motora e 9 com deficiência mental profunda com dificuldades de linguagem e mobilidade.

A intervenção foi realizada em três ambientes multissensoriais distintos: sala de controle (*Living room*), sala de *snoezelen* e na sala de estímulos preferenciais (*Stimulus Preference*). Foram realizadas vinte sessões de vinte e cinco minutos, três vezes por semana, pelo período de sete semanas. Para os participantes com deficiência mental as sessões foram programadas em três horas separadas (9am, 12am e 16pm).

Foi realizada a avaliação de comportamentos nos diferentes ambientes, sendo a observação executada por três observadores “cegos” não familiarizados com os participantes e com o estudo. Os comportamentos foram pontuados segundo a frequência da ocorrência dos mesmos. O cálculo da concordância entre observadores foi superior a 80% para todas as medidas. O grau de concordância em relação às avaliações dos participantes com autismo foi de 0.86, na deficiência mental profunda com boa capacidade motora e linguística de 0.87 e deficiência mental profunda sem capacidade motora e linguística de 0.81.

Os resultados deste estudo indicaram que a intervenção de *snoezelen* apresentava efeitos positivos na diminuição da frequência de comportamentos agressivos e estereotipados nas referidas perturbações. O efeito do *snoezelen* a curto prazo foi visível após 10 sessões, o que indica que esta terapia necessita ser intensiva e frequente para ser efetiva.

Ozdemir e Akdemir (2009) realizaram um estudo quasi-experimental com 27 participantes com doença de Alzheimer em fase moderada. A intervenção decorreu ao longo de um período de três semanas, com doze sessões, o equivalente a quatro sessões semanais. A intervenção, incluiu ainda, atividades de pintura e pintura com as mãos, destinada à estimulação cognitiva e desenho/pintura de objetos e ainda uma intervenção com música selecionada de acordo com a preferência de cada participante.

Para a avaliação do impacto da intervenção foram utilizadas os seguintes testes: *Individual Information Form; Participation in the Inanimate-Animate object Painting Table* (desenvolvido pelos investigadores do estudo); *Mini-Mental State Examination - MMSE; Geriatric Depression Scale - GDS e o Beck Anxiety Scale.*

Os resultados do estudo indicaram uma diminuição dos estados depressivos e de ansiedade e uma melhoria do estado cognitivo após a intervenção. A duração do efeito da intervenção foi seguida durante três semanas.

Um estudo experimental realizado por Poza et al. (2012) abrangeu 18 participantes com lesão cerebral e 18 voluntários sem lesão cerebral que constituíram o grupo de controlo. A intervenção teve lugar numa sala de *snoezelen* com sessões individuais de dezoito minutos e cinco minutos de registo da atividade cerebral (EEG) dos participantes em estado acordado e de relaxamento.

Algumas das medidas utilizadas para a avaliação do estado cognitivo dos participantes incluíram: *Mini-Mental State Examination - MMSE*; *Neuropsychological teste battery Luria - DNA*; Eletroencefalograma - EEG (Registo de atividade cerebral).

Os resultados deste estudo permitiram perceber que a estimulação sensorial leva a mudanças significativas no que respeita à desaceleração nas oscilações da atividade do EEG. A terapia pelo *snoezelen* a curto prazo parece, assim, apresentar benefícios, sendo aconselhável o desenvolvimento desta a longo prazo.

Klages et al. (2011) realizaram um estudo exploratório com dois grupos, um experimental e outro de controlo com 19 participantes com demência e dificuldades de equilíbrio corporal. A intervenção foi efetuada durante seis semanas, com sessões individuais de trinta minutos, com uma frequência de duas vezes por semana com o grupo experimental.

As sessões de atividades de equilíbrio corporal foram registadas para perceber quais os materiais da sala de *snoezelen* que surtiam uma melhoria no equilíbrio corporal. As sessões com o grupo de controlo foram acompanhadas por um voluntário para suporte/escolha da intervenção.

Para avaliação de participantes com déficit cognitivo foi aplicado o *Mini-Mental State Examination - MMSE*. Como avaliação pré e pós teste foi aplicado o teste *Functional Reach Test*. Para a avaliação do balanço corporal foram utilizadas as seguintes escalas: *Sharpened Romberg*, *Timed Up and Go test* e *a Cognitive dual task*.

Os resultados deste estudo indicaram que as sessões de *snoezelen* não estruturadas parecem não surtir efeito na melhoria dos sintomas de demência, na redução de quedas e melhoria no equilíbrio corporal, segundo os dados observados no grupo controlo pelo período de seis semanas. Contudo, constatou-se, no entanto, em relação ao movimento da cabeça e olhos, aspeto que contribuiu no equilíbrio corporal. Observou-se ainda que a vibração promove efeitos proprioceptivos no alongamento muscular. O estudo revelou ainda que a intervenção de *snoezelen* pode ter melhorado a concentração e atenção nos participantes.

Hawch, Rivers e Doherty (2007) desenvolveram um estudo qualitativo-comparativo com 19 grávidas em trabalho de parto. A intervenção foi efetuada com quatro mulheres que permaneceram na sessão de 20 a 40 minutos. Sete mulheres que ficaram na sessão de 1 a 2

horas e cinco mulheres que estiveram na sessão de 3 a 8 horas. A sala de *snoezelen* foi utilizada pelas grávidas em trabalho de parto, no momento em que sentiam as contrações. Para avaliar os efeitos da estimulação multissensorial sentidos pelas grávidas foi aplicada uma entrevista pós intervenção com questões abertas. As participantes apontaram como principais resultados da intervenção uma sensação de relaxamento; a possibilidade de movimentação livre durante os momentos de dor (contrações) e perceberam a música como uma estratégia de *coping* durante o parto. As participantes referiram ainda que desfrutaram e sentiram-se bem num ambiente não clínico, mantendo o sentido de segurança e recursos necessários.

Singh et al. (2003) desenvolveram um estudo qualitativo de observação com 45 adultos com comportamentos agressivos e de automutilação ou ambos. Os participantes foram divididos em 3 grupos de 15 participantes, com deficiência mental profunda entre outras perturbações como esquizofrenia, perturbação esquizo-afetiva, perturbação psicótica, depressão *major* e perturbação obsessivo-compulsiva.

A intervenção decorreu ao longo de 10 semanas, 1 hora em cada um dos seguintes ambientes sala de treino de competências; sala de *snoezelen* e sala de treino de competências vocacionais. Foram ainda realizadas cinco sessões de observação. Para a avaliação utilizou-se a gravação em vídeo de comportamentos e a observação comportamental em contexto de intervenção e revisão através das gravações.

Os resultados deste estudo sugerem que os indivíduos com deficiência mental e doença mental demonstraram menos comportamentos agressivos e de automutilação após as intervenções. Sendo que estes efeitos foram mais notórios na intervenção da sala de *snoezelen* do que nos restantes ambientes. Os resultados indicaram ainda que a terapia de *snoezelen* a longo prazo pode diminuir comportamentos mal-adaptativos.

O estudo quasi-experimental realizado por Weert, Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe e Bensing (2005) incluiu 61 participantes com diagnóstico de demência e em cuidados permanentes. Foi desenvolvido um programa individual de intervenção pelo *snoezelen* de 24 horas, com técnicos treinados para orientação da terapia e interação com o grupo experimental. Com o grupo de controlo foram feitos os tratamentos regulares de enfermagem. A avaliação da intervenção foi feita através de escalas de observação e instrumentos como a *Dutch Behavior Observation Scale for Psychogeriatric Inpatients*, a *Dutch version of the Cohen - Mansfield Agitation Inventory* e a *Cornell Scale for Depression in Dementia*. Os resultados do estudo foi permitiram perceber que o grupo experimental demonstrou uma diminuição da apatia, melhorias ao nível da memória, comportamentos rebeldes, agressivos e depressivos.

Hotz et al. (2006) desenvolveram um estudo observacional com 15 crianças, 11 rapazes e 4 raparigas, com uma média de idades de 9.87 anos. Catorze destas crianças apresentavam lesões cerebrais traumáticas e uma criança com um episódio de anoxia. A intervenção foi

desenvolvida na sala de *snoezelen* de uma unidade pediátrica de reabilitação. O terapeuta de *snoezelen*, juntamente com um investigador conduziram as sessões de intervenção durante o período determinado para a intervenção. Foram então administradas 10 sessões de 30 minutos, com um técnico para cada participante. A estimulação consistiu na utilização de três equipamentos por participante numa ordem sequencial, três vezes por semana. Os técnicos não interferiam na escolha do equipamento por parte dos participantes, apenas guiavam os participantes na experiência multissensorial.

Foi feita a avaliação psicológica (comportamental e cognitiva) antes e depois de cada sessão de *snoezelen* pelo investigador, as seguintes medidas de avaliação: *Glasgow Coma Scale - GCS*, *Rancho Los Amigos Scale - RLAS*, *Agitated Behavior Scale - ABS*, *Functional Independent Measure - FIM* e a observação e registo de comportamentos com gravação em vídeo de comportamentos durante as sessões.

Os resultados deste estudo indicaram, como impacto das intervenções de *snoezelen* proporcionaram uma diminuição nos níveis de agitação dos participantes e melhorias a nível cognitivo. Assim, este estudo revelou benefícios do uso da terapia de *snoezelen* com crianças que se encontram a recuperar de lesões cerebrais graves. No entanto, continua a ser necessário evidências base de investigação com esta e outras populações no ambiente multissensorial.

Hoppe (1998) desenvolveu um estudo misto (qualitativo e quantitativo) com 29 idosos com diagnóstico de demência. No âmbito deste estudo foram realizadas quarenta e cinco sessões, 60% das quais tiveram a duração de 30 minutos ou mais.

Para a avaliação do impacto das sessões de *snoezelen* foi usado o questionário “*Interact*”, com 22 itens com formato tipo Likert para registo de comportamentos durante as sessões.

Em suma, foi possível concluir com o estudo que durante as sessões de estimulação os participantes demonstraram mais alegria e prazer. Verificou-se ainda um aumento do discurso espontâneo no teste “*Interact*”, com desenvolvimento de reminiscências, coerência e estrutura no discurso. A comunicação com o terapeuta aumentou, sendo ainda verificado um estado de relaxamento nos participantes em geral. Já para uma minoria de participantes a atenção e o seguimento de objetos diminuiu. O estudo veio assim apoiar a existência de vantagens da utilização de salas de estimulação no cuidado de idosos. O autor sugere, inclusivamente, que a utilização da estimulação multissensorial deveria ser incluída no plano de cuidados, aplicada sempre pelo mesmo técnico ou equipa técnica por forma a manter uma estruturação da relação entre utente e técnico.

Matson, Bamburg e Smalls (2004) desenvolveram um estudo qualitativo com 52 participantes, 7 com deficiência mental grave, 45 com deficiência mental profunda. Trinta e seis homens e seis mulheres com idades compreendidas entre os 24 e os 73 anos. A investigação tinha como propósito analisar a eficácia de reforços multissensoriais na deficiência mental. Como medidas de avaliação utilizou-se: a observação de comportamentos: orientação da cabeça,

contato ocular e interesse geral. Para a intervenção foi feita a apresentação de seis estímulos a cada um dos participantes durante seis dias, com uma sessão por dia a cada participante, com o total de trinta e seis apresentações a cada utente. Os estímulos foram apresentados sequencialmente pelo período de 20 segundos a cada participante. Foi apresentada/utilizada música com sons da natureza ou clássica, projetaram-se imagens com animais marinhos, bola de espelhos rotativa, candeeiro de lava, quadro tátil, bola de espelhos rotativa, entre outros. Este estudo foi desenhado para analisar a validade da abordagem do método de reforços e a eficácia do *snoezelen* para sujeitos com deficiência mental grave e profunda. A terapia de *snoezelen* parece ser benéfica no que respeita aos estímulos visuais no geral, e benéfico como reforçador para pessoas com dificuldades de aprendizagem e outros sintomas psicóticos.

McKee, Harris, Rice e Silk (2007) desenvolveram um estudo qualitativo-observacional com três adultos autistas do sexo masculino, institucionalizados num hospital psiquiátrico. Os três participantes foram selecionados por exibirem os níveis elevados de agressão e comportamentos destrutivos. Para a avaliação foi feita observação de comportamentos para formação de uma linha de base, processada em dez ocasiões distintas pelo período de dois meses, com a duração de quarenta e cinco a noventa minutos cada observação. Primeiramente foi gravada a linha de base pelo período de vinte e oito dias. Seguidamente iniciaram-se as sessões de *snoezelen* de quarenta e cinco minutos, sendo dado acesso à sala de *snoezelen* a cada participante pelo período de vinte e oito dias. Mais tarde o acesso à sala foi vedado pelo mesmo período de vinte e oito dias. Durante cada um destes períodos foram registados todos os comportamentos alvo. Pretendia-se ainda observar os comportamentos 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os membros da equipa técnica abordavam cada participante a cada hora entre as 9 horas da manhã e as 4 horas da tarde por forma a provocarem os comportamentos alvo. Para garantir a eficácia da intervenção um dos participantes iniciou a intervenção em primeiro lugar e, com o intervalo de algumas semanas, cada iniciaram os restantes participantes. O técnico de *snoezelen* apenas chamava os participantes caso estes se apresentassem calmos e com comportamentos adequados por pelo menos 10 minutos antes do início da sessão. Os resultados da investigação indicaram que os três participantes demonstraram diferentes respostas face ao ambiente de *snoezelen* e nenhum demonstrou uma diminuição ou aumento dos comportamentos mal-adaptativos no ambiente de *snoezelen* comparativamente à linha de base. Assim segundo o estudo, os resultados não suportam a eficácia da intervenção pelo *snoezelen* nesta população.

Tabela 2. Estudos sobre intervenção da terapia de *snoezelen* em diferentes perturbações psicológicas e físicas

Autores/ Ano	Participantes	Tipo de estudo	Intervenção	Medidas	Principais Resultados
Anderson et al. (2011)	12 participantes com diagnóstico de demência.	Estudo experimental	Sessões de 20 minutos. 6 semanas. 3 sessões na sala de <i>snoezelen</i> e 3 sessões no jardim da instituição.	Observação de comportamentos, sinais físicos e expressões faciais. Observações de 5 segundos.	Sem alterações estatisticamente significativas a curto e a longo prazo. Melhoria na relação entre utentes e técnicos verificada na sala de <i>snoezelen</i> .
Baker et al. (2003)	136 participantes com diagnóstico de demência.	Estudo comparativo	8 sessões de 30 minutos durante 4 semanas.	MMSE; BRS; BMD; REHAB.	Melhor relacionamento com os outros, menos aborrecidos e inativos, após as sessões.
Berg et al. (2010)	90 residentes de 20 lares na Alemanha.	Estudo experimental	<i>Snoezelen</i> /estimulação multissensorial, terapia de reminiscências e 10 minutos de ativação cognitiva.	MMSE; MMSEblind; AES; NPI-NH; SOAS-R; (entre outros).	O estudo contribui para confirmar que as intervenções com terapias não farmacológicas são eficazes no cuidado da demência.
Fava & Strauss (2009)	27 participantes com dificuldades intelectuais.	Estudo experimental	20 sessões de 25 minutos, 3 vezes por semana. 7 semanas.	Comportamentos observados pontuados segundo a frequência da ocorrência dos mesmos.	A intervenção pelo <i>snoezelen</i> surtiu efeitos positivos na diminuição da frequência de comportamentos agressivos e estereotipados.
Ozdemir & Akdemir (2009)	27 participantes moderadamente afetados pela doença de Alzheimer.	Estudo Quasi-experimental	3 semanas. 12 sessões. 4 sessões semanais.	Individual Information Form; MMSE; GDS; Beck Anxiety Scale.	Diminuição de estados depressivos e ansiosos e uma melhoria do estado cognitivo.
Poza et al. (2012)	18 participantes com lesão cerebral e 18 sem lesão cerebral.	Estudo experimental	Sala de <i>snoezelen</i> . Sessões individuais de 18 minutos e 5 minutos de registo da atividade cerebral (EEG).	MMSE; Battery Luria - DNA; EEG.	A terapia de <i>snoezelen</i> a curto prazo traz benefícios.
Klages et al. (2011)	19 participantes com demência e dificuldades no balanço corporal.	Estudo exploratório	6 semanas. Sessões individuais de 30 minutos. 2 vezes por semana.	MMSE; Functional Reach Test Sharpened Romberg; Timed Up and Go test; Cognitive dual task.	Sessões de <i>snoezelen</i> promovem movimento da cabeça e olhos.

Tabela 2. Estudos sobre intervenção da terapia de *snoezelen* em diferentes perturbações psicológicas e físicas

Hawch et al. (2007)	16 grávidas em trabalho de parto.	Estudo Qualitativo-Comparativo	Utilização da sala de <i>snoezelen</i> em trabalho de parto.	Entrevista pós intervenção (questões abertas).	A possibilidade de movimentação livre durante os momentos de dor (contrações).
Singh et al. (2003)	45 adultos com comportamentos agressivos, automutilação ou ambos.	Estudo Qualitativo-observacional	10 semanas, 1 hora em três ambientes distintos- 5 sessões de observação.	Observação comportamental em contexto de intervenção e revisão das gravações em vídeo.	A terapia de <i>snoezelen</i> a longo prazo pode potencializar a diminuição de comportamentos mal-adaptativos.
Weert et al. (2005)	61 participantes com demência e cuidados permanentes.	Estudo Quasi-experimental	Programa de <i>snoezelen</i> individual de 24 horas.	<i>Dutch Behavior Observation Scale for Psychogeriatric Inpatients</i> ; <i>Cornell Scale for Depression in Dementia</i> . (entre outros).	Melhoria no nível de comportamento apático, perda de memória, comportamentos rebeldes e agressivos e depressivos.
Matson et al. (2004)	52 participantes com deficiência mental.	Estudo Qualitativo	6 dias de estimulação; Apresentação de 6 estímulos durante 20 segundos na sala de <i>snoezelen</i> ; 36 apresentações no total.	Observação de comportamentos;	O método utilizado no estudo tornou-se eficiente e confiável no estabelecimento de reforçadores para esta população.
McKee et al. (2007)	3 homens adultos com autismo.	Estudo qualitativo-observacional	Sessões de 45 minutos de <i>snoezelen</i> . 56 sessões processadas em 2 momentos distintos.	Observação de comportamentos em 10 ocasiões distintas, durante 2 meses, com duração de 45 a 90 minutos cada.	O estudo revelou que os participantes não aumentaram nem diminuíram comportamentos mal-adaptativos, não suportando a eficácia da terapia de <i>snoezelen</i> nesta população.
Hoppe (1998)	Estudo Qualitativo-quantitativo	29 idosos com demência.	45 sessões de 45 minutos.	"Interact" - questionário de 22 itens de registo de comportamentos durante as sessões.	O estudo vem confirmar a utilidade da estimulação de <i>snoezelen</i> com idosos.
Hotz et al. (2006)	Estudo Observacional	15 crianças com lesão cerebral severas.	3 vezes por semana; 10 sessões de 30 minutos, com um técnico para cada participante; 3 equipamentos em ordem sequencial;	<i>Glasgow Coma Scale - GCS</i> ; <i>Rancho Los Amigos Scale - RLAS</i> ; <i>Agitated Behavior Scale - ABS</i> ; <i>Functional Independent Measure - FIM</i>	Os níveis de agitação diminuíram com o passar do tempo e as medidas cognitivas demonstraram uma melhoria significativa.

Apesar da grande maioria dos estudos, pela intervenção através do *snoezelen*, não serem conclusivos (ver Tabela 2.) a maioria das investigações sugere benefícios para os utentes submetidos a este tipo de intervenção.

A revisão de vários (ver Tabela 2.) sugere que existem benefícios em diferentes dimensões de indivíduos como em diferentes patologias e perturbações psicológicas. A revisão efetuada sugere que se destaca o impacto das intervenções de *snoezelen* nas demências vasculares ou

mistas e o Alzheimer (e.g. Anderson, Bird, McPherson, McDonough & Davis, 2011; Baker et al., 2003; Ozdemir & Akdemir, 2009); comportamentos agressivos ou mal-adaptativos ou de automutilação (e.g. Singh, Lancioni, Winton, Molina, Sage, Brown & Groeneweg, 2003); deficiência mental (e.g. Fava & Strauss, 2009); distúrbios intelectuais moderados a profundos (e.g. Fava & Strauss, 2009); problemas de aprendizagem (e.g. Burns, Cox & Plant, 2000) e distúrbios psiquiátricos diversos (e.g. Singh et al., 2003).

1.7 Áreas de intervenção/aplicação da terapia de *Snoezelen*

As áreas de intervenção/aplicação da terapia de *snoezelen* são comportamentos agressivos, de automutilação e mal-adaptativos, onde o *snoezelen* produz um efeito positivo, verificando-se uma diminuição relativa quando comparadas com outras atividades, nomeadamente atividades de treino de vida diária (Berg et al., 2010). A intervenção pelo *snoezelen* indica que os utentes com estas determinadas características psicológicas (comportamentos mal-adaptativos, problemas de aprendizagem ou deficiência mental) demonstram mais interesse pelas atividades reproduzidas pelos estímulos presentes no ambiente de uma sala de *snoezelen*. Constatou-se ainda uma redução dos comportamentos mal-adaptativos e agressivos, aquando da exposição à estimulação sensorial. (Sing et al., 2004).

Relativamente às demências, nomeadamente o Alzheimer e demências leves a moderadas, os efeitos da estimulação pela terapia do *snoezelen*, constata-se imediatamente após as sessões de estimulação (Baker et al., 2003). Os utentes, após a intervenção, expressam menos aborrecimento, menos inatividade e referem sentir-se melhor com os outros (Anderson, Bird, MacPherson, McDonough & Davis, 2011), apresentam níveis de atenção mais elevados para com os objetos e atividades, e manifestam maior prazer na realização de atividades (Ozdemir & Akdemir, 2009). Alguns estudos indicam ainda, que determinado tipo de estimulação pode melhorar o funcionamento da memória (Baker et al., 2003).

Em suma, a revisão da literatura efetuada no âmbito desta investigação sugere que os alvos da intervenção de *snoezelen* apresentam melhorias no bem-estar geral, um menor aborrecimento e inatividade perante as atividades que lhes são propostas. (Baker et al., 2003; Lotan & Gold, 2009).

Tabela 3. Possíveis áreas de aplicação da terapia de *snoezelen*

Áreas de intervenção	Exemplos de estudos
Demência	Baker, Holloway, Holtkamp, Larsson, Hartman, Pearce, Scherman, Johansson, Thomas, Wareing, Owens (2003); Norman (2003); Weert, Kerkstra, Dulmen, Bensing, Peter, Ribbe (2004); Weert, Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe, Bensing (2005); Berg, Sadowski, Beyrodt, Hanns, Zimmermann, Langer, Becker, Lautenschläger, Behrens (2010); Clare (2010); Hoppe (1998).

Autismo	Fagny (2000); Kaplan, Clopton, Kaplan, Messbauer, McPherson (2006); Fava, Strauss (2009); Mckee, Harris, Rice, Silk (2007).
Deficiência mental	De Bunsen (1994); Kenyon, Hong (1998); Fava, Strauss (2009); Singh, Lancioni, Winton, Molina, Sage, Brown, Groeneweg (2003); Matson, Bamburg & Smalls (2004); Cuvo, May, Post (2001).
Gravidez e amamentação	Hauck, Rivers, Doherty (2007); Hauck, Summers, White, Jones (2008).
Lesão cerebral	Poza, Gómez, Gutiérrez, Mendoza, Hornero (2012); Hotz, Castelblanco, Lara, Weiss, Duncan, Kuluz (2006).
Balanço corporal	Klages, Zecevic, Orange, Hobson (2011); Pinkney (1997).

Tabela 4. Estudos sobre o impacto da terapia do *snoezelen*

Dimensão	Impacto	Estudos
Agressividade	Diminuição de comportamentos agressivos dentro e fora da sala de <i>snoezelen</i> , comparativamente com outros espaços de estimulação comportamental e cognitiva.	Singh, Lancioni, Winton, Molina, Sage, Brown, Groeneweg (2003); Weert, Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe, Bensing (2005); Fava, Strauss (2009); Anderson, Bird, MacPherson, McDonough, Davis (2011).
Comportamentos mal-adaptativos	Redução significativa de comportamentos mal-adaptativos na sala de <i>snoezelen</i> em comparação com outros espaços multissensoriais.	De Busen (1994); Kenyon & Hong (1998). Fagny (2000); Cuvo, May, Post (2001); Kaplan, Clopton, Kaplan, Messbauer, McPherson (2006); Chung, Lai (2009).
Humor	Melhoria no estado de humor após as sessões <i>snoezelen</i> , com sentimentos de felicidade, prazer e desfrute na realização de tarefas.	Baker, Holloway, Holtkamp, Larsson, Hartman, Pearce, Scherman, Johansson, Thomas, Wareing, Owens (2003); Chung & Lai (2009); Anderson, Bird, MacPherson, McDonough & Davis (2011).
Depressão e Ansiedade	A terapia pelo <i>snoezelen</i> diminui os níveis elevados de depressão, ansiedade e melhora o estado cognitivo de indivíduos socialmente ativos (que praticam atividades de leitura de jornais, não visualizam filmes e estão reformados).	Ozdemir & Akdemir (2009)
Relação com os outros	Maior interação e relacionamento com os outros após as sessões de <i>snoezelen</i> .	Baker, Holloway, Holtkamp, Larsson, Hartman, Pearce, Scherman, Johansson, Thomas, Wareing, Owens (2003); Anderson, Bird, MacPherson, McDonough, Davis (2011).
Bem-estar (distração, relaxamento, conforto)	No que respeita a mulheres em trabalho de parto, estas revelaram sentimentos de conforto, segurança e relaxamento, sendo este o mais evidente no momento em que se encontravam em trabalho de parto.	Hauck, Rivers, Doherty (2007); Hauck, Summers, White, Jones (2008).
Responsividade	Maior responsividade face interação com o meio envolvente durante o tratamento, especialmente durante o período da manhã.	Baker, Holloway, Holtkamp, Larsson, Hartman, Pearce, Scherman, Johansson, Thomas, Wareing, Owens (2003); Weert, Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe, Bensing (2005).

A terapia do *snoezelen* proporciona, ainda, a pessoas idosas, com dificuldades de aprendizagens (Burns, Cox & Plant, 2000) e com diferentes patologias psicológicas (Singh et al., 2003), um maior bem-estar geral, com benefícios cognitivos, comportamentais e de humor (ver Tabela 4.).

Estes resultados podem estar relacionados com o facto da exposição aos equipamento e materiais de estimulação multissensorial da sala de *snoezelen*, proporcionarem a pessoas mais idosas uma maior expressão de emoções positivas, de prazer na execução de atividades de estimulação; proporcionando ainda que estes utentes estejam mais dispostos a interagir e dialogar; de melhor humor; menos depressivos e tristes; menos aborrecidos e inativos; com uma atitude/humor menos negativista e ainda, menos relutantes na realização de outras atividades, demonstrando-se mais interessados (Burns, Cox, & Plant, 2000; Weert, Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe & Bensing, 2005).

A terapia pelo *snoezelen* apresenta, também, implicações positivas na diminuição de comportamentos mal adaptativos, agressivos e até de automutilação (Fava & Strauss, 2009; Singh et al.,2003) em utentes com deficiência mental, com lesões cerebrais e utentes com dificuldades de aprendizagem (Burns, Cox & Plant, 2000; Hogg, Cavet, Lambe & Smeddle, 2001; Poza, Gómez, Gutiérrez, Mendoza & Hornero, 2012). No entanto, os resultados da terapia de *snoezelen*, aparecem, segundo alguns autores, não se manter a longo prazo, uma vez que alguns estudos indicam que os efeitos cessam após o término das sessões (Poza, Gómez, Gutiérrez, Mendoza & Hornero, 2012; Weert, Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe & Bensing, 2005).

Segundo a grande maioria dos estudos realizados os efeitos mais evidentes das intervenções de *snoezelen* são observados a curto prazo, logo após as sessões (Fava & Strauss, 2009).

Contudo autores como Anderson, Bird, MacPherson, McDonough & Davis (2011) mencionam que os efeitos das intervenções de *snoezelen* se podem alargar até dois meses após as sessões. Este tipo de intervenção não-farmacológica poderá, ainda, ter um efeito a médio prazo no caso de comportamentos mal-adaptativos e agressivos (Singh, Lancioni, Winton, Molina, Sage, Brown & Groeneweg, 2003; Lotan & Gold, 2009); constatando-se que os utentes se encontram mais relaxados e interativos após as sessões de estimulação sensorial (Hauck, Rivers & Doherty,2008; Hogg, Cavet, Lambe & Smeddle, 2001) (ver Tabela 3.).

No entanto, os efeitos da terapia de *snoezelen* não são considerados conclusivos segundo vários autores (e.g. Anderson, Bird, MacPherson, McDonough & Davis, 2011; Baker et al., 2003;Weert, Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe & Bensing, 2005) não garantindo o bem-estar a longo prazo. Por outro lado é possível perceber que a terapia de *snoezelen* proporciona responsividade, felicidade, bem-estar com os outros e tranquilidade a nível do humor (Singh, Mancioni, Winton, Molina, Sage, Brown & Groeneweg, 2003).

A terapia de *snoezelen* proporciona a interação do utente com o meio que o rodeia, deixando este de estar com humor mais deprimido, relutante e triste (Ozdemir & Akdemir, 2009) e garantindo uma maior autonomia na realização de tarefas (Weert, Kerkstra, Dulmen, Bensing, Peter & Ribbe, 2003), felicidade e bem-estar na concretização das mesmas e uma mudança ou diminuição de comportamentos mal adaptativos (Fava & Strauss, 2009) Alguns autores referem ainda que os utentes adquirem comportamentos adaptativos e sentimentos de segurança e bem-estar com a intervenção de *snoezelen* (Hauck, Rivers & Doherty, 2008).

II. Estudo Empírico

Este estudo foi realizado numa instituição de saúde mental, vocacionado para a prestação de cuidados em áreas como a psiquiatria, psicogeriatría e deficiência mental.

O objetivo deste estudo foi aplicar e analisar o impacto de um programa de estimulação multissensorial de *snoezelen* em pessoas idosas institucionalizadas com diagnóstico de demência, deficiência mental moderada ou transtorno afetivo bipolar.

A estimulação multissensorial pauta-se pela intervenção em pequenos grupos de participantes, auxiliados e coordenados por um ou dois técnicos para cada participante de modo a garantir uma atenção individualizada e centrada no utente.

Para o desenvolvimento deste estudo foi desenhada, segundo Cuvo, May & Post, (2000) e Kaplan, Clopton, Messbauer & McPherson (2006), uma investigação de tipo casos únicos qualitativa-quantitativa. Este tipo de investigação permitiu uma análise detalhada dos efeitos da intervenção em cada uma das participantes também possível uma intervenção centrada nas características e necessidades de cada uma das participantes.

1. Metodologia:

1.1 Participantes

Os participantes deste estudo foram selecionados pela Psicóloga clínica da instituição de saúde mental. Foram selecionadas 8 utentes com idades compreendidas entre os 67 e os 85 anos de idade e com diferentes diagnósticos psicopatológicos.

Tabela 5. Características das participantes

Nome	Idade	Género	Diagnóstico	Tempo de internamento
A.	79 anos	Feminino	Deficiência mental moderada	18 anos
B.	80 anos	Feminino	Demência	3 anos
C.	85 anos	Feminino	Demência	2 anos
D.	67 anos	Feminino	Transtorno afetivo bipolar	17 anos
E.	81 anos	Feminino	Demência	3 anos
F.	76 anos	Feminino	Demência	2 anos
G.	78 anos	Feminino	Demência	7 meses

A participante A., de 79 anos, com diagnóstico inicial de deficiência mental moderada, apresentava boa capacidade linguística, boa orientação espacial, algumas dificuldades em termos de orientação temporal e uma boa capacidade de comunicação e interação social. A participante mostrou-se sempre ativa e participativa. A utente apresentava uma ligeira dificuldade de locomoção, sendo, no entanto autónoma em relação à higiene pessoal, alimentação e realização de tarefas diárias. Em termos de humor apresentava-se estável e manifestava alegria e empatia a maior parte do tempo.

A participante B., de 80 anos, com diagnóstico inicial de demência, apresentava uma boa expressão verbal, orientação espaço-temporal, com humor predominantemente estável e alegre. A utente era bastante comunicativa e empática na interação com os outros. Destacava-se ainda que esta paciente incentivava outras utentes da instituição na elaboração de tarefas e atividades diárias. Esta utente apresentava, no entanto, alguns problemas de locomoção devido a problema físico (dores num pé e “fraqueza” nas pernas).

A participante C., de 85 anos, com diagnóstico inicial de demência, tendia a apresentar apatia e a comunicar apenas quando é solicitada. A utente tendia a apresentar-se em estado confusional. A utente apresentava, ainda, uma fraca orientação espaço-temporal. Em termos de locomoção a senhora E. não apresentava dificuldades.

A participante D., de 67 anos, com diagnóstico inicial de transtorno afetivo bipolar, apresentava um humor variável, demonstrando bastante empatia e sendo boa comunicadora com os outros. Na grande maioria dos dias tendia a estar alegre e sorridente com os colaboradores e restantes utentes institucionalizadas. A utente encontrava-se orientada no espaço e no tempo, contudo a sua locomoção encontrava-se limitada devido a problema de equilíbrio e balanço corporal, que a obrigava a utilizar uma muleta para se deslocar.

A participante E., de 81 anos, com diagnóstico inicial de demência, apresentava um humor apático a depressivo sendo a sua interação e comunicação com os outros processada apenas quando solicitada. Demonstrava ainda uma expressão facial muito abatida. Em termos de autonomia e locomoção a senhora E. era autónoma e sem limitações. Relativamente à orientação espaço-temporal, a utente encontrava-se orientada no tempo e no espaço.

A participante F. de 76 anos, com diagnóstico inicial de demência, tendia a apresentar um humor instável, interagindo com os outros mesmo quando não solicitado. A utente apresentava a maior parte do tempo uma expressão fechada e concentrada, especialmente quando se encontrava a realizar alguma atividade (por exemplo: malha). A utente apresentava uma boa orientação espacial, contudo, tinha uma fraca orientação temporal, por exemplo em relação a datas. Em termos de locomoção e autonomia a senhora F. não apresentava dificuldades.

A participante G. de 78 anos, com diagnóstico inicial de demência, apresentava um humor estável, expressando maioritariamente alegria, interagindo com os outros mesmo quando não solicitado, revelando uma atitude enérgica e espontânea. Em termos de locomoção apresentava algumas dificuldades, apesar de se conseguir movimentar bem. No que respeita à orientação espaço-temporal a senhora G. revelou algumas dificuldades no que respeita à identificação de espaços e datas.

1.2 Instrumentos:

Grelha de observação de comportamentos

Foi utilizada uma grelha para observação de comportamentos desenvolvida por Lopes (2014, em preparação). A grelha permite avaliar/registar as seguintes dimensões de comportamento e afeto: prazer, raiva, ansiedade e medo, tristeza e interesse. Relativamente a cada uma das dimensões da grelha, o observador assinala a ocorrência da emoção e a frequência com que se observou num intervalo de 5 minutos.

Apesar de todas as técnicas de recolha de informação requererem observação, nem todas são observacionais. Este tipo de técnica, em que se enquadra a grelha de observação de comportamentos destacam-se pelas seguintes características: quem observa é especializado na observação ou foi treinado para a mesma; a observação é feita no contexto natural, isto é, no ambiente em que o indivíduo geralmente se encontra e a observação é realizada de forma sistemática, podendo apresentar diferentes níveis de estruturação, desde o registo narrativo ao registo codificado (Ballesteros, 2010).

Para que a recolha de dados através da observação possa ser fiável e processada segundo as propriedades de medida corretas (Johnston & Pennypacker, 1980), a observação pretende recorrer às seguintes medidas de unidade: ocorrência, que permite verificar se um acontecimento ocorre ou não; ordem, no qual aparecem as condutas; frequência, que permite perceber a extensão no qual o acontecimento ocorre em unidades de tempo (Sackett, 1978); e a duração, possibilita perceber a extensão de determinado comportamento de forma mais extensão que na unidade de frequência (Cone & Foster, 1982).

Montreal Cognitive Assessment - MOCA

O *Montreal Cognitive Assessment - MOCA* (Nasreddine et al., 2005, adap. para a pop. Portuguesa por Freitas, Simões, Vilar & Santana, 2010) constitui um instrumento breve de rastreio cognitivo especialmente sensível aos estádios mais ligeiros de declínio, nomeadamente ao défice cognitivo ligeiro. O MOCA tem uma cotação máxima de 30 pontos, e avalia oito domínios cognitivos: funções executivas; funções visuo-espaciais; memória a curto prazo; linguagem; atenção; concentração e evocação e orientação espaço-temporal (Nasreddine et al., 2005).

Segundo Folstein, Folstein, & McHugh (1975) o MOCA apresenta boas características psicométricas, excelente sensibilidade e melhores resultados que o Mini-Mental Examination

State - MMSE. Apresentando melhores resultados que os habitualmente adquiridos no Mini-Mental Examination State - MMSE.

O MOCA foi traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa pelo grupo Freitas, Simões, Martins, Vilar e Santana em 2010, e tem vindo a ser utilizado na prática clínica e na investigação. A versão portuguesa do MOCA apresenta boas propriedades psicométricas relativamente à sua validade, utilidade clínica e equivalência com a prova original. O MOCA é um instrumento privilegiado na deteção precoce do declínio cognitivo e está convenientemente adaptado para a população portuguesa. O MOCA pode ainda ser utilizado em diferentes contextos desde os cuidados primários aos cuidados agudos. Trata-se de um teste que, pode ser aplicado em diferentes populações, com distintas idades e níveis educacionais (Doerflinger, 2012).

Geriatric Depression Scale - GDS

A *Geriatric Depression Scale* (GDS) foi desenvolvida por Yesavage, et al. em 1983. A escala avalia a sintomatologia depressiva e é destinada especificamente à avaliação de pessoas idosas. A versão extensa da GDS é constituída por 30 itens, em relação aos quais os participantes respondem “Sim” ou “Não”, tendo como referência a forma como se sentem desde a “passada semana” (Greenberg, 2012).

A GDS pode ser utilizada em pessoas idosas saudáveis, doentes e indivíduos com dificuldades cognitivas moderadas. A GDS não é um substitui o diagnóstico efetuado pelos profissionais de saúde mental. É no entanto uma ferramenta de rastreio útil da depressão em idosos. A GDS pode, ainda, ser usada ainda para monitorizar a depressão ao longo do tempo em ambientes clínicos (Greenberg, 2012).

A GDS foi adaptada para a população portuguesa por Pocinho et al. (2009) e apresenta 27. O resultado da validação clínica indicou que a presença de 11 ou mais sintomas constituem um critério robusto para identificação de sintomatologia depressiva para os idosos atendidos em contexto de cuidados primários de saúde.

Registo observacional das sessões de snoezelen

Todas as participantes foram observadas antes e após a intervenção no seu ambiente diário (salas de ocupação e unidades de internamento) com a utilização da grelha de observação de ocorrência de comportamentos. No entanto, tornou-se pertinente efetuar um registo de comportamentos durante o decorrer das sessões de *snoezelen* descrição dos comportamentos e ocorrências durante a intervenção.

Sala de snoezelen

A sala de *snoezelen* foi o espaço de estimulação multissensorial escolhido para a intervenção. No que respeita à sala de *Snoezelen* da instituição de saúde mental na qual foi realizada esta investigação tem, 4.40m de largura x 4.75m de comprimento, localiza-se no piso 0 da casa,

no fundo de um corredor de acesso ao exterior da instituição. O interior da sala encontra-se devidamente condicionado em termos de luz e ventilação.

Os materiais/equipamentos de estimulação multissensorial que a sala contém são: dois sofás com capacidade para três utilizadores, um tubo de bolhas com controlo de mudança de cores e velocidade, um tapete de fibra ótica, um colchão de água, uma aparelhagem de som, incensos diversos, uma bola de espelhos, um projetor de imagem com mudança de cores básicas (verde, amarelo, azul e vermelho), um painel de diferentes texturas, uma cadeira de massagens, fios de fibra ótica, um jogo de cheiros e diversos brinquedos com diferentes texturas e sons, e ainda um aquecedor para estabilização de temperatura na sala.

1.3 Procedimento:

O desenvolvimento desta investigação teve início com a apresentação do projeto à instituição de saúde mental onde o estudo decorreu. O processo foi analisado e discutido na comissão de ética da instituição, junto da direção da instituição, coordenadora do departamento do serviço de enfermagem, diretora da instituição e psicóloga clínica. Após análise, a instituição autorizou a realização da investigação nas instalações da casa de saúde, a utilização da sala/equipamentos do espaço de *snoezelen* e a participação de utentes do estudo, selecionadas pela psicóloga clínica da instituição. Os critérios de seleção definidos para a participação de utentes no estudo foram os seguintes: (1) autonomia na locomoção; (2) boa audição; (3) responsividade e (4) interesse em participarem nas sessões de *snoezelen*.

Após a seleção de 8 participantes para o estudo, procedeu-se ao consentimento informado com as participantes, que consistiu na apresentação do estudo, nomeadamente das sessões de intervenção, procedimentos de avaliação e local onde decorreriam as sessões. Uma das participantes selecionadas pela psicóloga clínica para a investigação, quando teve conhecimento do espaço onde iria decorrer a intervenção, não aceitou participar no estudo. Assim, o estudo passou a contar com 7 participantes que aceitaram participar do estudo e colaboraram em todos os momentos de recolha de dados e de intervenção de forma espontânea e colaborativa.

Para disponibilização de assistência em caso de acidente, auxílio na deslocação ou problema de saúde com alguma das participantes, foi informada acerca da intervenção a restante equipa multidisciplinar (e.g. diretor clínico/psiquiatra da instituição, equipa de enfermagem, monitoras das salas de ocupação e equipa de limpeza).

A seguir, procedeu-se à avaliação pré-intervenção das participantes, duas semanas antes, do início do estudo. Para a avaliação cognitiva e estado emocional, foram utilizadas duas escalas: *Geriatric Depression Scale - GDS* (Yesavage et al., 1983, adap. para a pop. Portuguesa por Pocinho, Farate, Lee & Yesavage, 2009); o teste *Montreal Cognitive Assessment - MOCA* (autor original, adap. para a pop. Portuguesa por Freitas, Simões, Martins, Vilar & Santana, 2010).

Procedeu-se, também, à observação das participantes no seu ambiente diário (salas de ocupação e unidades de internamento), foram realizadas cinco observações duas semanas antes do início da intervenção e efetuadas cinco observações logo após cada sessão de intervenção. Para realização desta observação foi utilizada a grelha de observação de comportamentos (Lopes, 2014, em preparação).

Após a avaliação pré-teste, foi construído um cronograma com os dias, frequência, horário e grupos de participantes para as sessões de intervenção. A distribuição foi feita da seguinte forma: três dias por semana e duas sessões semanais de 30 minutos para cada uma das participantes, sempre no mesmo horário e dias semanais, tal como consta na Tabela 6. Cada utente participou em 5 sessões de intervenção de *snoezelen* que decorreram ao longo de 3 semanas.

Tabela 6. Distribuição semanal das participantes pelas sessões de *snoezelen*

Participante	Dia da semana	Horário da sessão
A. e G.	Terça-feira	10:30h
B. e E.		11:15h
D.		15:30h
D.	Quarta-feira	10:30h
C. e F.		11:15h
F. e C.	Quinta-feira	10:30h
B. e E.		11:15h
A. e G.		15:15h

De notar que, caso as participantes desejassem era permitido permanecerem na sessão por um período de tempo mais curto. Por outro lado, se desejassem também podiam permanecer por um período de tempo mais longo, no caso de adormecerem ou se sentirem num estado de relaxamento.

Sessões de Snoezelen

Durante as sessões de *snoezelen* não foi forçada a utilização de dispositivos de estimulação. No início de cada sessão as participantes eram questionadas sobre os dispositivos de estimulação sensorial que preferiam utilizar, de forma a otimizar os efeitos da estimulação durante o período de sessão.

Foi feito um registo observacional/descritivo do comportamento e emoções das participantes durante as sessões de *snoezelen* (e.g. interação com o técnico e restantes presentes na sala, humor, postura corporal, estado de relaxamento, foco de atenção). Este registo foi realizado pelo técnico que acompanhava as participantes em cada sessão de *snoezelen*.

2. Resultados:

Devido ao número reduzido de participantes a interpretação de resultados foi efetuada de forma descritiva caso a caso, como é possível verificar nas seguintes figuras e tabelas representativas:

Participante A.:

A comparação dos resultados da aplicação das escalas GDS e MOCA à participante A., antes e depois das sessões de intervenção de *snoezelen*, indicam um aumento da sintomatologia depressiva e melhorias nos resultados a nível cognitivo. Como se pode observar na Figura. 1., a participante apresenta, na GDS, um aumento de 7, no pré-teste para 11, no pós-teste. Em relação ao MOCA constata-se um aumento de 11 para 12.

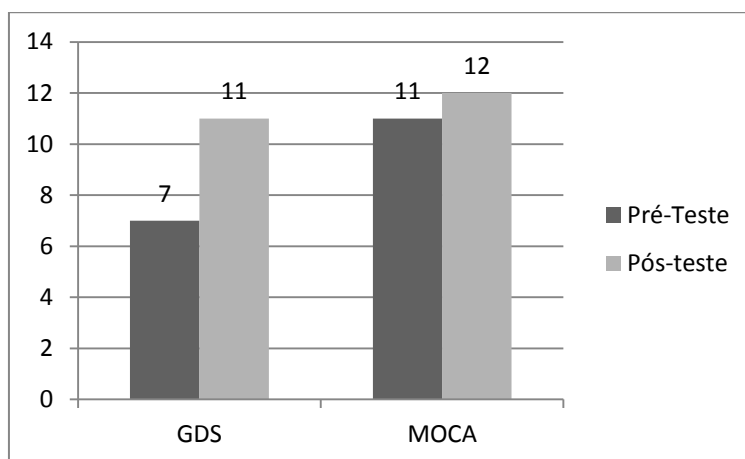


Figura 1. Resultados pré e pós-teste das escalas GDS e MOCA da participante A.

A participante A. realizou 5 sessões de intervenção da terapia de *snoezelen*. Como se pode observar na Tabela 7. a participante adotou ao longo de todas as sessões uma postura de conforto, relaxamento, interação com o técnico e com os restantes elementos presentes nas sessões. A utente mostrou-se disponível e colaborativa ao longo das sessões, manifestando-se sempre bastante motivada para participar nas sessões de *snoezelen*. De referir ainda, que a participante escolheu sempre o mesmo objeto de estimulação em todas as sessões (colchão de água com vibração sonora), ficando deitada em posição fetal.

Tabela 7. Registo de observação do comportamento da participante A. durante as sessões de *snoezelen*

Sessão	Comportamento durante as sessões
Sessão 1	Interativa; Faladora; Sorridente; Relaxada
Sessão 2	Faladora; Em posição de relaxamento (posição fetal); Interage com o grupo e com o técnico; Sorriso; Confortável; Descontraída.
Sessão 3	Calma; Em posição de relaxamento (posição fetal); Humor estável; Confortável; Descontraída; Interação com o técnico.
Sessão 4	Deitada em posição de fetal; Calma; Relaxada; Humor estável; Tranquila; Confortável; Descontraída; Interação com o técnico; Faladora; A cantar; Rir; Rezar.
Sessão 5	Deitada em posição de relaxamento (posição fetal); Interação com o técnico; Riso; Sorriso; Calma; Descontraída; Confortável; Fala sozinha; Humor estável; Boa reação às aproximações.

As observações relativas à frequência de “prazer” antes e depois das sessões, apresentadas na Figura 2. revelam uma oscilação de valores entre os momentos de observação. Os resultados indicam que a emoção “prazer” tende a apresentar valores mais altos antes das sessões de *snoezelen*, entre os valores 2 e 4, do que após as sessões, observando-se duas descidas evidentes nas observações 3 e 5.

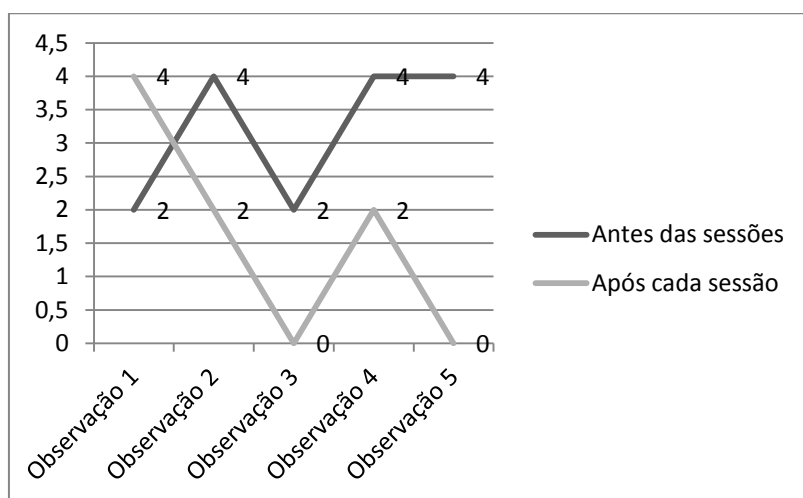


Figura 2. Observação da frequência de “Prazer” da participante A. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Relativamente à observação de “Raiva” e “Ansiedade e Medo” não foram feitos registos de ocorrência dos mesmos nem antes nem após as sessões de intervenção de *snoezelen*.

Quanto à observação da frequência de “tristeza”, como se pode observar na Figura 5., constata-se uma oscilação de valores entre os diferentes momentos de observação. Nas observações realizadas antes da intervenção de *snoezelen* apenas se observa “tristeza” na primeira observação. Nas observações realizadas após as sessões de intervenção de *snoezelen* é observada “tristeza” após duas das sessões de *snoezelen* com uma frequência de 2 e 4.

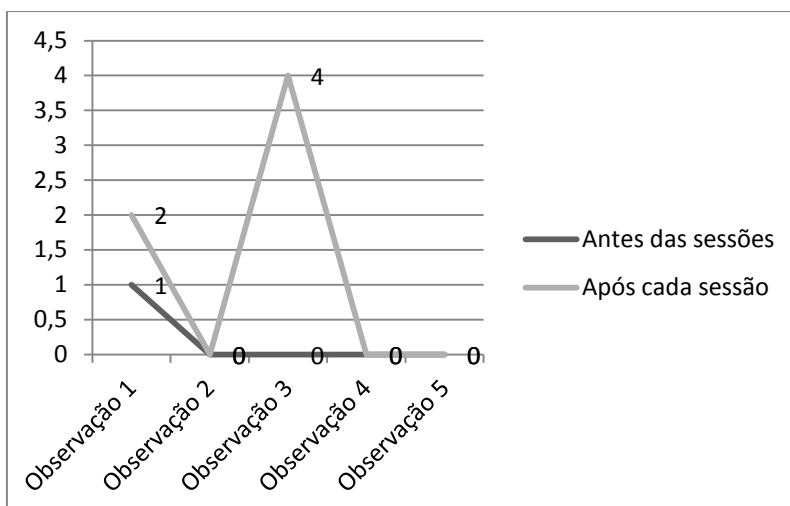


Figura 3. Observação da frequência de “Tristeza” da participante A. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Relativamente à observação da ocorrência e frequência de “interesse” na participante A., os dados indicam, como se pode observar na Figura 6., uma oscilação de valores entre sessões e momentos de observação. As observações indicam maior frequência de interesse após as sessões 1, 4 e 5 comparativamente às sessões de observação antes das sessões de *snoezelen*. Por outro lado, observa-se uma maior frequência de “interesse” antes das sessões no momento de observação 2.

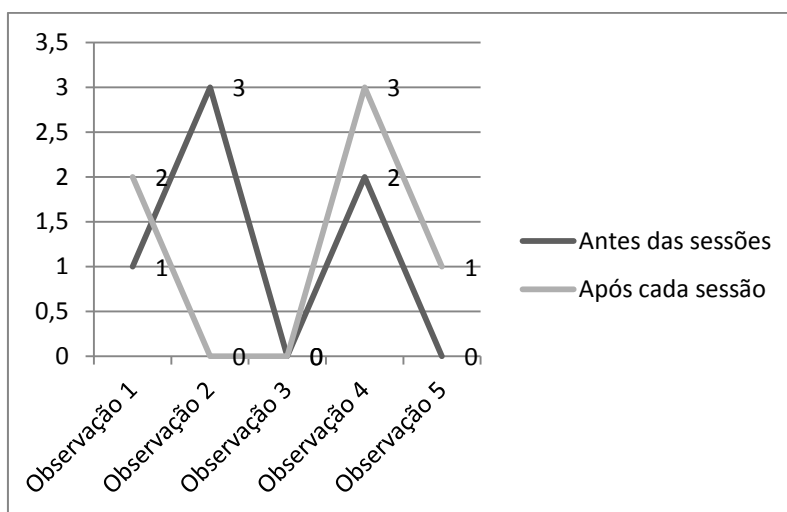


Figura 4. Observação da frequência de “Interesse” da participante A. antes e depois das sessões de *snoezelen*

A análise dos valores médios das dimensões observadas antes e depois das sessões de *snoezelen* da participante A. indica algumas tendências: a média das observações de “Prazer” parece diminuir, a “Tristeza” aumenta e o “Interesse” tende a manter-se. Não se registou a ocorrência nem antes nem após as sessões em relação à “Raiva” e “Ansiedade e Medo”.

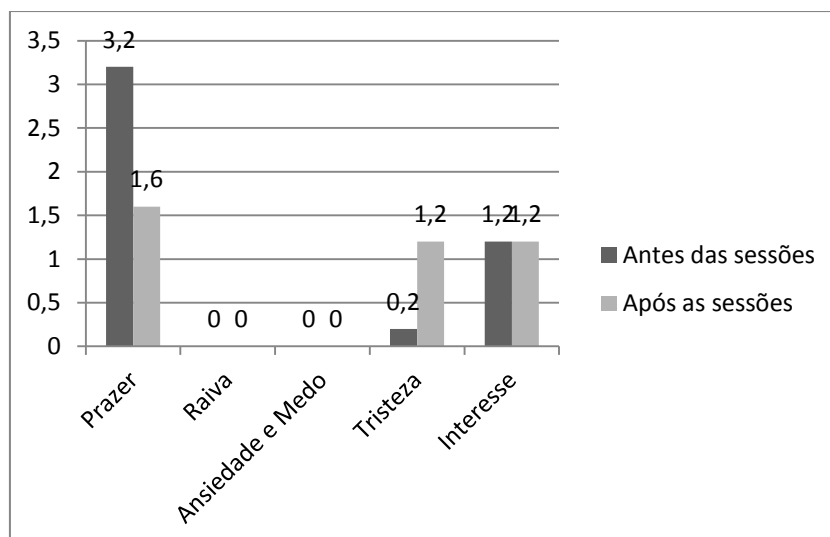


Figura 5. Média de observação de emoções da participante A. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Participante B.:

A comparação das pontuações obtidas pela participante B. na GDS e MOCA pré e pós-teste, como se pode observar na Figura 6. Indica um aumento em relação à sintomatologia depressiva, de 5 para 8 pontos. Quanto aos resultados do MOCA observou-se um aumento de 21 no pré-teste para 22 no pós-teste.

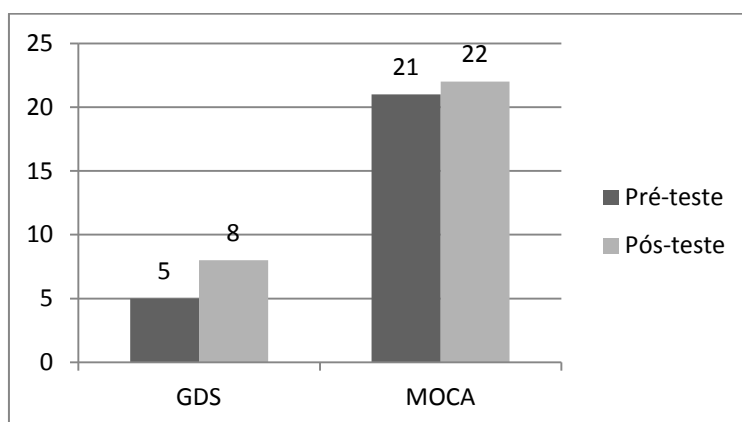


Figura 6. Resultados pré e pós-teste das escalas GDS e MOCA da participante B.

Durante as sessões de *snoezelen*, como se pode ver na Tabela 8. a participante B revelou muito entusiasmo e colaboração. A participante manifestou, ao longo das sessões, um humor estável, alegre, uma postura confortável, sorridente, calma e tranquila. Ao longo das sessões demonstrou preferência pelo mesmo equipamento de estimulação durante toda a intervenção que foi a (cadeira de massagens).

Tabela 8. Registo de observação do comportamento da participante B. durante as sessões de *snoezelen*

Sessão	Comportamento durante as sessões
Sessão 1	Sentada (como numa cadeira); A participante observa e descrevia os animais visionados a partir do projetor; Comunicativa; Adormeceu.
Sessão 2	Faladora; Interage com o técnico; Sentada em posição de relaxamento; Cantar; Sorrir; Humor estável; Olhar fixo no projetor; Olhos fechados; Confortável; Descontraída.
Sessão 3	Sentada em posição relaxada; Humor estável; Confortável; Descontraída; Com os olhos fechados; Calma; Relaxada; Adormeceu.
Sessão 4	Interage com o técnico e com o grupo; Ri; Faladora; Sentada em posição relaxada; Confortável, Descontraída; Com os olhos fechados; Adormeceu.
Sessão 5	Sentada em posição relaxada; Humor estável; Calma; Confortável; Descontraída; Com os olhos fechados; Mãos sobre a barriga; Pernas cruzadas.

Relativamente às observações, registos, de “Prazer”, como se pode observar na Figura 7., constataram-se algumas alterações ao longo das observações. Globalmente regista-se uma maior frequência de “Prazer” do que nas observações realizadas após as sessões de *snoezelen*, comparativamente às observações realizadas no antes das sessões, exceto após as sessões 2 e 5.

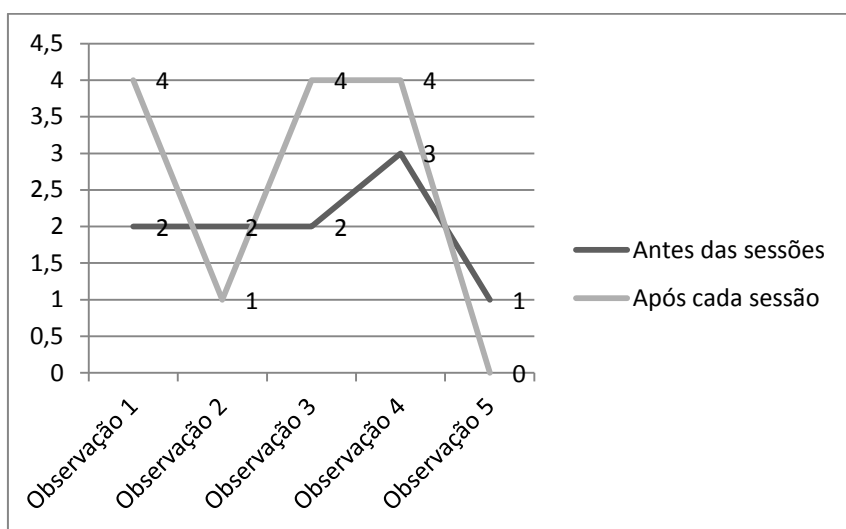


Figura 7. Observação da frequência de “Prazer” da participante B. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Relativamente às dimensões de observação de “Raiva”, “Ansiedade e Medo” e “Tristeza” não foram feitos registos de ocorrência para a participante B. nem antes nem após as sessões de intervenção de *snoezelen*.

Quanto às observações de “Interesse”, como se pode observar na Figura 8. ocorreram algumas alterações. Globalmente, o registo indica que nas observações realizadas após as sessões de *snoezelen* a frequência de “Interesse” foi superior à constatada nas observações realizadas antes das sessões de *snoezelen*, com exceção do observado no momento 1 e 5.

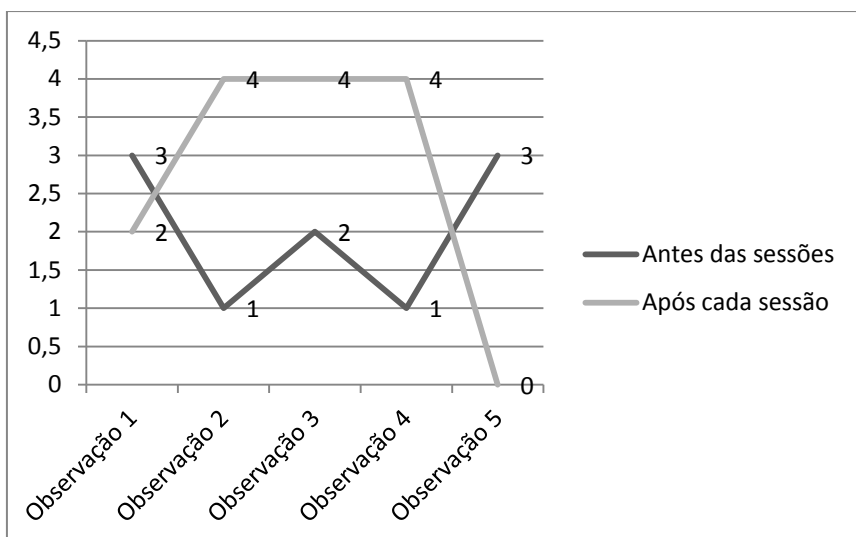


Figura 8. Observação da frequência de “Interesse” da participante B. antes e depois das sessões de *snoezelen*

A análise global das observações da participante B., que se podem visualizar na Figura 9., indica que as médias das frequências de “Prazer” e “Interesse” após as sessões de *snoezelen* são superiores às registadas nas avaliações entre as sessões de *snoezelen*. Não foi registada ocorrência de “Raiva”, “Ansiedade e Medo” e “Tristeza” nem nas avaliações realizadas antes das sessões de *snoezelen* nem nas observações realizadas após as intervenções.

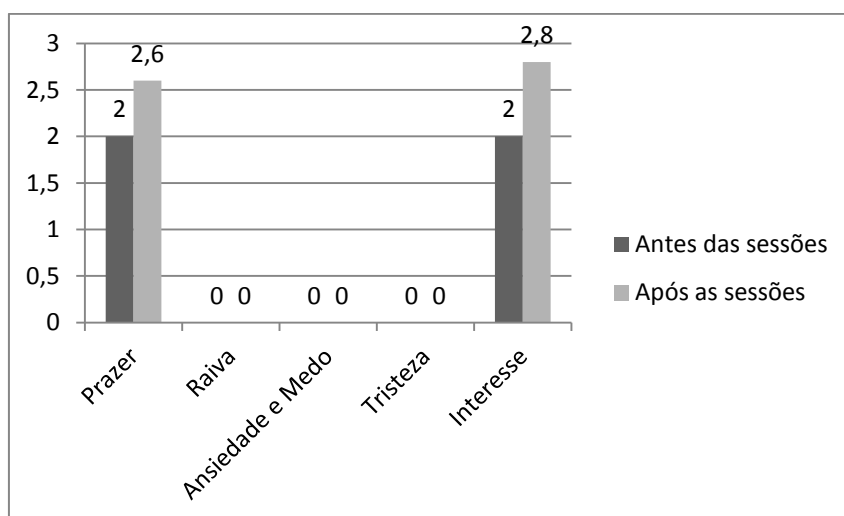


Figura 9. Média de observação de emoções da participante B. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Participante C.:

A comparação das avaliações pré e pós-teste da sintomatologia depressiva, avaliada através da GDS e funcionamento cognitivo, avaliado com o MOCA para a participante C. indicaram um aumento nas duas pontuações. Como se pode observar na Figura 10. Os valores relativos à sintomatologia depressiva aumentaram de 7 para 13. Em relação ao funcionamento cognitivo, o resultado obtido no MOCA sugere melhorias de 9 para 15 pontos obtidos na avaliação pós-teste.

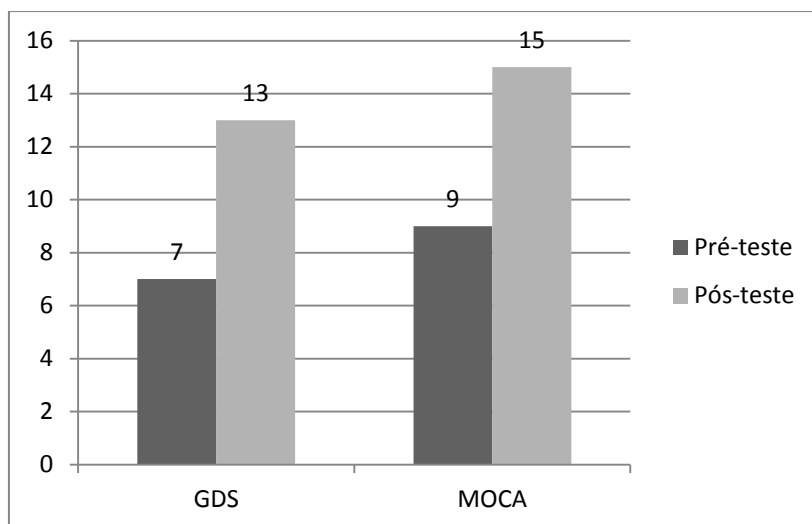


Figura 10. Resultados pré e pós-teste das escalas GDS e MOCA da participante C.

Quanto às sessões de *snoezelen* da participante C., como se pode observar na Tabela 9. a participante apresentou um humor estável, apresentando por vezes, labilidade emocional, manifestando em determinados momentos das sessões tristeza e desorientação. A participante manifestava durante algumas sessões confusão, apatia e falava sozinha. Contudo, durante grande parte do tempo apresentava-se calma, tranquila, chegando por vezes a adormecer. Ao longo das sessões demonstrou preferência pelo mesmo equipamento de estimulação durante toda a intervenção (colchão de água com vibração sonora).

Tabela 9. Registo de observação do comportamento da participante C. durante as sessões de *snoezelen*

Sessão	Comportamento durante as sessões
Sessão 1	Calma; Observadora; Ar pensativo; Mão à frente da cara com os olhos fechados; Sentada (como numa cadeira).
Sessão 2	Deitada de barriga para cima, com as mãos na barriga; Calma; Humor estável; Sorri; Com olhos fechados; Confortável; Descontraída.
Sessão 3	Não esteve presente na sessão devido a doença.
Sessão 4	Assustada (não sabe onde está; confusa); Deitada de barriga para cima, com uma mão na cara e outra na barriga; Chora; Humor lábil; Humor deprimido; Fala sozinha (“não sei onde estou”); Discurso repetido e confuso; Reza.
Sessão 5	Deitada em posição de relaxamento; A dizer que está a dar trabalho; Fala sozinha; Humor variável; Com uma expressão preocupada; Deitada de lado; Com a mão na cara; Calma; Tranquila; Confortável; Descontraída; Adormeceu.

Em relação à observação, como se pode ver na Figura 11., quanto ao “Prazer” após as sessões 2 e 5 a frequência de prazer é mais elevada. No que respeita ao momento de observação antes das sessões verificam-se frequências de 1 no momento de observação 1 e 4.

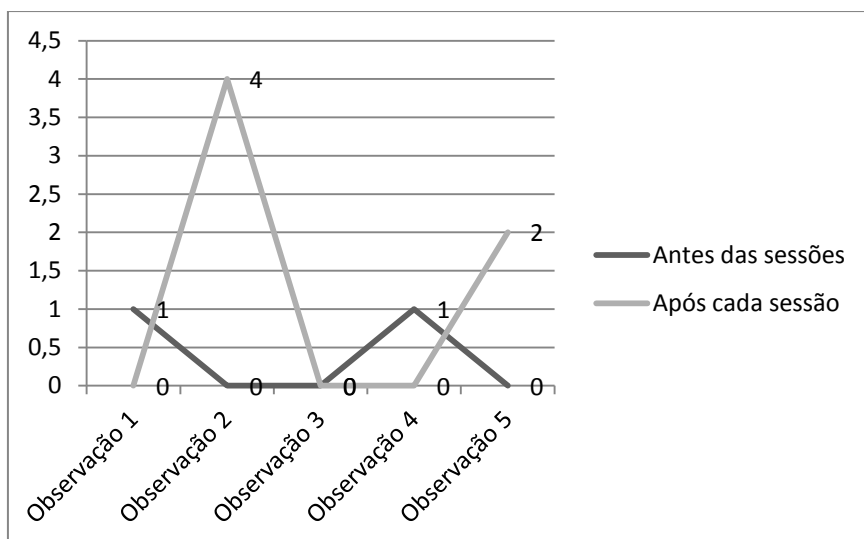


Figura 11. Observação da frequência de “Prazer” da participante C. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Em relação às observações de “Raiva”, como se pode observar na Figura 12., registaram-se comportamentos de “Raiva” com frequência 1, apenas, no primeiro momento de avaliação antes da implementação do *snoezelen*.

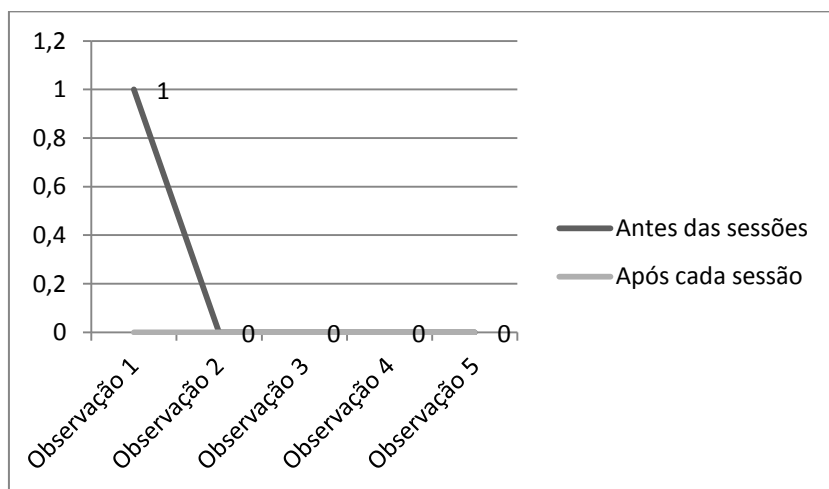


Figura 12. Observação da frequência de “Raiva” da participante C. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Em relação às observações da frequência de “Ansiedade e Medo”. representadas na Figura 13., globalmente observa-se uma remissão das manifestações destas emoções após as sessões de *snoezelen* 2, 3, 4 e 5. Contudo, estas emoções são observadas nas observações realizadas antes das intervenções de *snoezelen*. De notar, no entanto, que após a 1ª sessão de *snoezelen* foram observadas duas vezes “Ansiedade e Medo”, valor superior ao observado no primeiro momento de observação antes das sessões de *snoezelen*.

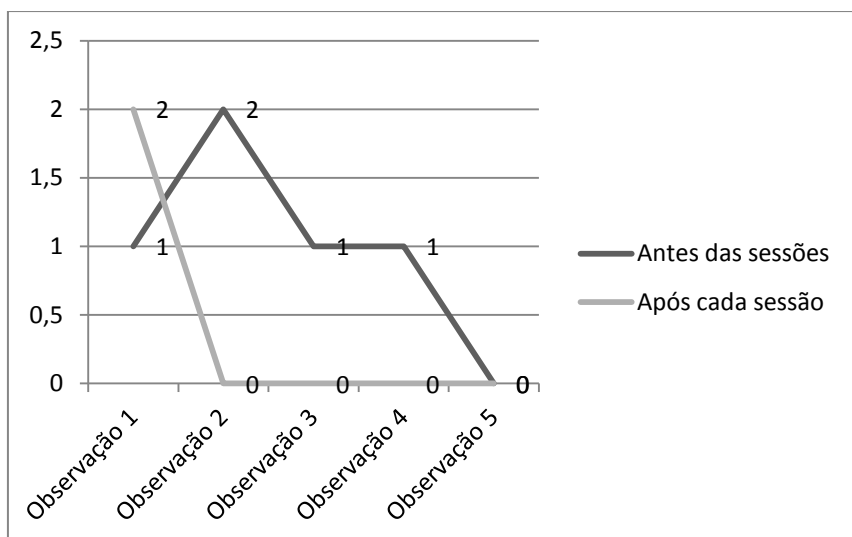


Figura 13. Observação da frequência de “Ansiedade e Medo” da participante C. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Relativamente às observações de “Tristeza”, como se pode observar na Figura 14., constatou-se uma manutenção do valor (frequência 4) após as sessões de intervenção. Com exceção da observação realizada após a 2ª sessão de *snoezelen* em que não foram feitos registo de “Tristeza”. Nas sessões de observação realizadas antes da intervenção de *snoezelen* a frequência de “Tristeza” foi inferior, comparativamente aos registos pós sessões, exceto no 2º momento de observação.

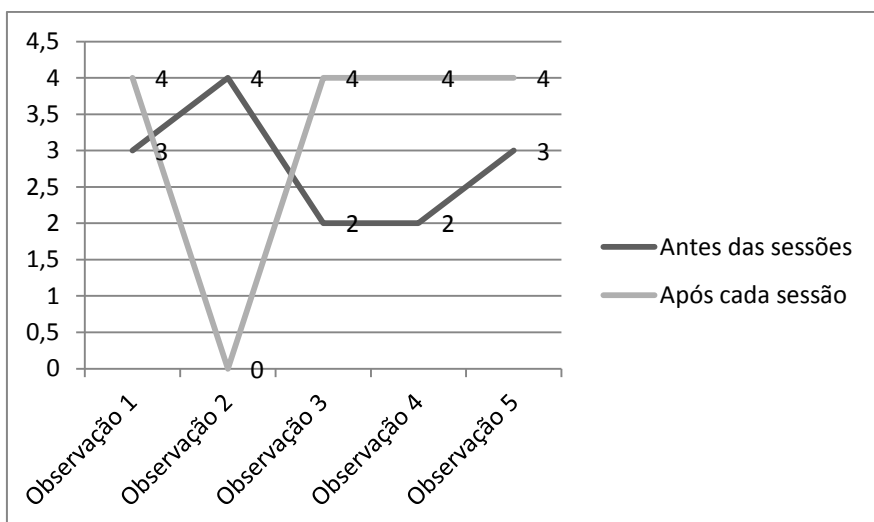


Figura 14. Observação da frequência de “Tristeza” da participante C. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Quanto às observações relativas a “Interesse”, como se pode constatar na Figura 15., foram feitos registos de ocorrência do mesmo após as sessões de *snoezelen* 1 e 2. Quanto às observações realizadas antes das sessões de *snoezelen*, foi identificado “Interesse” no momento de observação 2 e 4. Nas observações realizadas antes das sessões de *snoezelen*, a frequência oscilou entre 0 e 1. Nos registo após as sessões de *snoezelen*, observaram-se frequência de 0, 1 e 2.

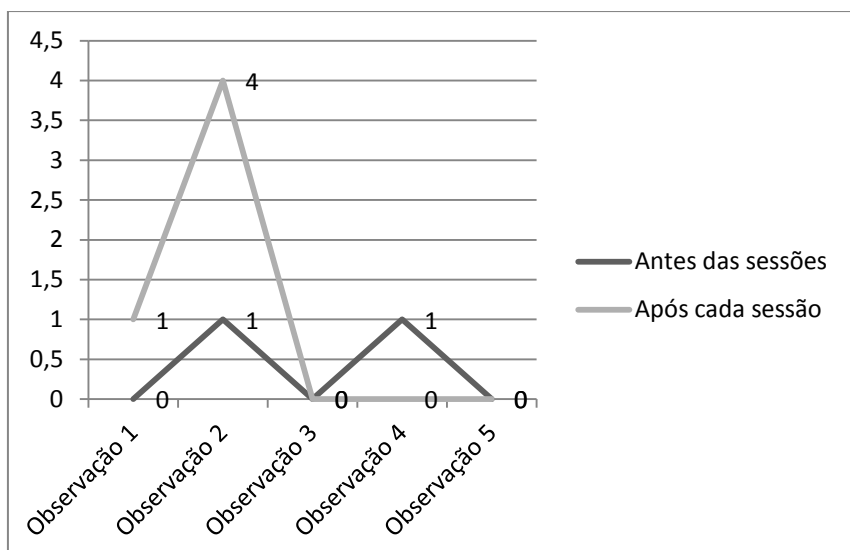


Figura 15. Observação da frequência de “Interesse” da participante C. antes e depois das sessões de *snoezelen*

A análise das médias da participante C., em relação às emoções observadas, antes e depois das sessões revela algumas mudanças, como se pode observar na Figura 16.. Assim, observa-se um aumento das manifestações de “Tristeza” das observações realizadas antes para as observações efetuadas após as sessões de *snoezelen*. Nas dimensões “Prazer” e “Interesse”, observa-se, também, uma tendência para um aumento da média da frequência observada após as sessões. Quanto à dimensão “Ansiedade e Medo” constata-se que a média é menor nas avaliações após as sessões, comparativamente às realizadas antes das sessões.

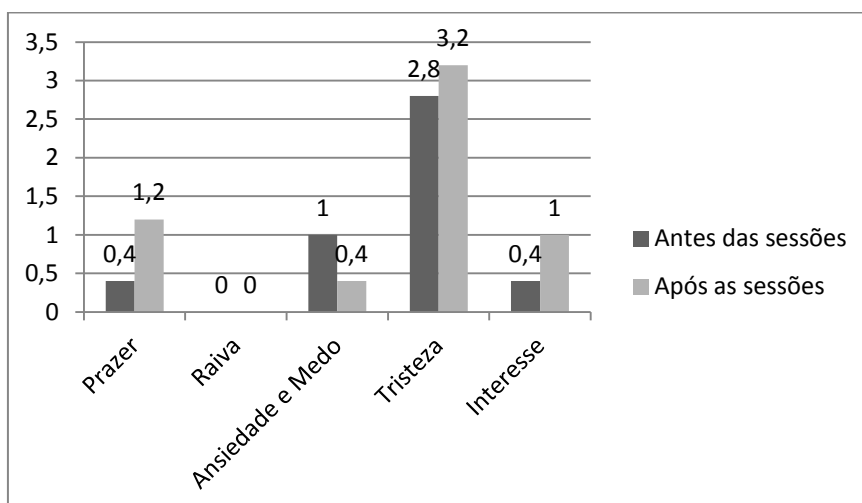


Figura 16. Média de observação de emoções da participante C. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Participante D.:

A participante D., como se pode observar na Figura 17. relativamente à avaliação da sintomatologia depressiva e funcionamento cognitivo, parece apresentar melhorias nas duas dimensões do pré para o pós-teste. Assim, para a escala GDS a participante apresenta uma

descida de 21 para 17. Quanto à pontuação obtida no MOCA apresenta uma subida de 17 para 19 após as sessões de *snoezelen*.

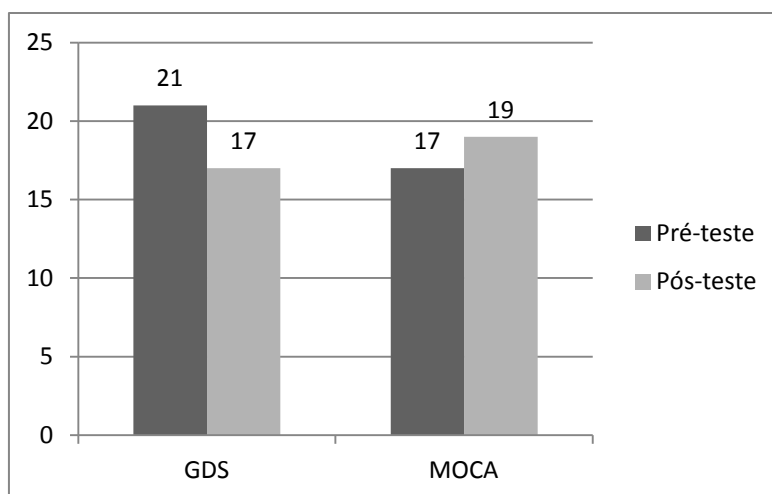


Figura 17. Resultados pré e pós-teste das escalas GDS e MOCA da participante D.

Como se pode observar na Tabela 10., a participante D. adotou uma postura de colaboração e interação com o técnico presente nas sessões de *snoezelen*. A utente apresentou um humor estável, uma postura confortável e de relaxamento. Durante as sessões, a participante D. manifestou preferência pela utilização do (colchão de água com vibração sonora).

Tabela 10. Registo de observação do comportamento da participante D. durante as sessões de *snoezelen*

Sessão	Comportamento durante as sessões
Sessão 1	Faladora; Olhos fechados e com o braço em cima da cabeça; Posição de relaxamento; Calma; Relaxada.
Sessão 2	Deitada em posição feto; Olhos fechados com a mão na cara; Humor estável; Confortável; Descontraída; Responde bem às aproximações; Interage com o técnico.
Sessão 3	Deitada em posição de relaxamento (pernas esticadas e barriga para cima); Humor estável; Confortável; Descontraída; Com os olhos fechados; Calma; Relaxada.
Sessão 4	Faladora; Interage com o técnico; Deitada de barriga para cima a mexer na fibra ótica de cima da barriga; Humor estável; Responde bem às aproximações; Tranquila; A interagir durante toda a sessão.
Sessão 5	Deitada em posição fetal; Calma; Humor estável; Interage com o técnico; Tranquila; Responde bem às aproximações; Descontraída; Confortável; Com os braços sobre a cabeça e as mãos na cara; Faladora; Interativa.

Quanto às observações da frequência de “Prazer”, como se pode visualizar na Figura 18., nas observações realizadas após as sessões de *snoezelen* não foram registadas ocorrências. Em relação às observações realizadas antes das sessões de intervenção a frequência situou-se entre 1 e 3, exceto no momento de observação 2 em que não ocorreram expressões de “Prazer”.

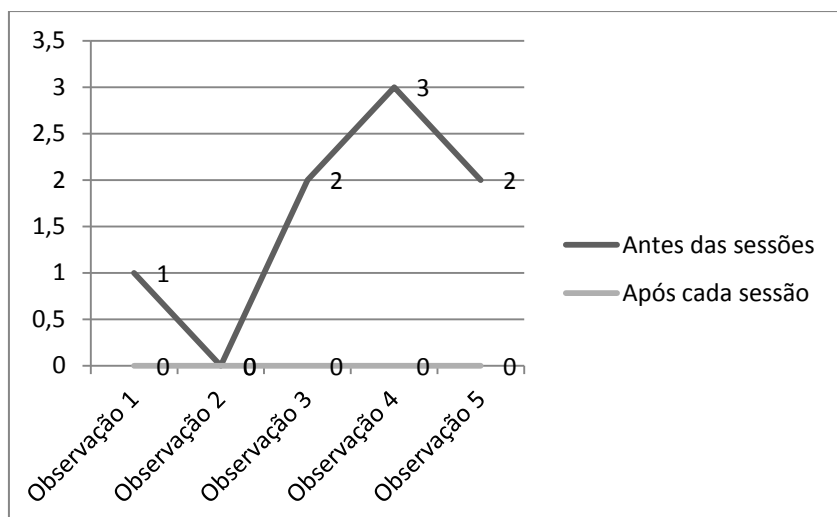


Figura 18. Observação da frequência de “Prazer” da participante D. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Relativamente à dimensão de observação de “Raiva” não se verificaram registos de ocorrência para a participante D. nem antes nem após as sessões de intervenção de *snoezelen*.

De acordo com o que se pode observar na Figura 19., apenas se observaram comportamentos de “Ansiedade e Medo” após a primeira sessão de *snoezelen*. Após as restantes sessões, à semelhança do observado em todas as avaliações realizadas antes das sessões de *snoezelen* não foram observadas manifestações de “Ansiedade e Medo” na participante D..

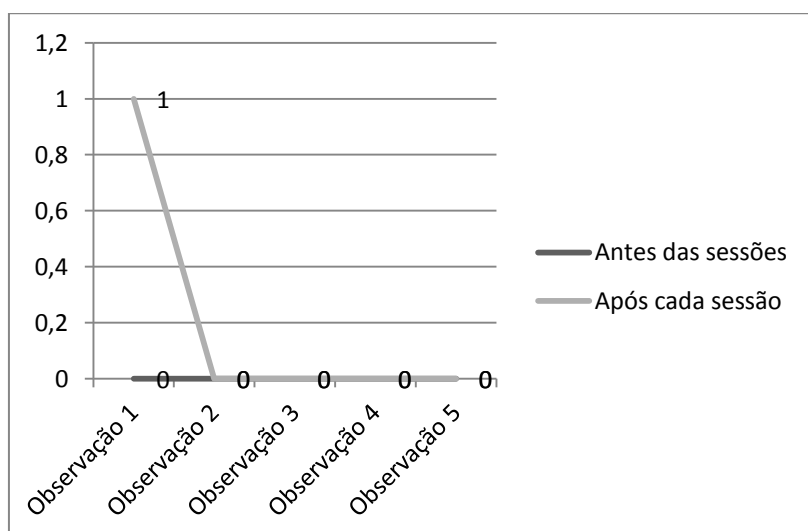


Figura 19. Observação da frequência de “Ansiedade e Medo” da participante D. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Quanto à observação da frequência de ocorrência de manifestação de “Tristeza”, na avaliação antes das sessões de *snoezelen*, não houve registos de ocorrência nos momentos de observação 3 e 4. Nos momentos de observação 1 e 5 a frequência foi de 2 e 1, respetivamente. Relativamente às observações realizadas após as sessões, não se registaram

ocorrência de “Tristeza” após as sessões 1 e 4. Contudo, após as sessões 2, 3 e 5 a frequência registada situa-se entre 3 e 4.

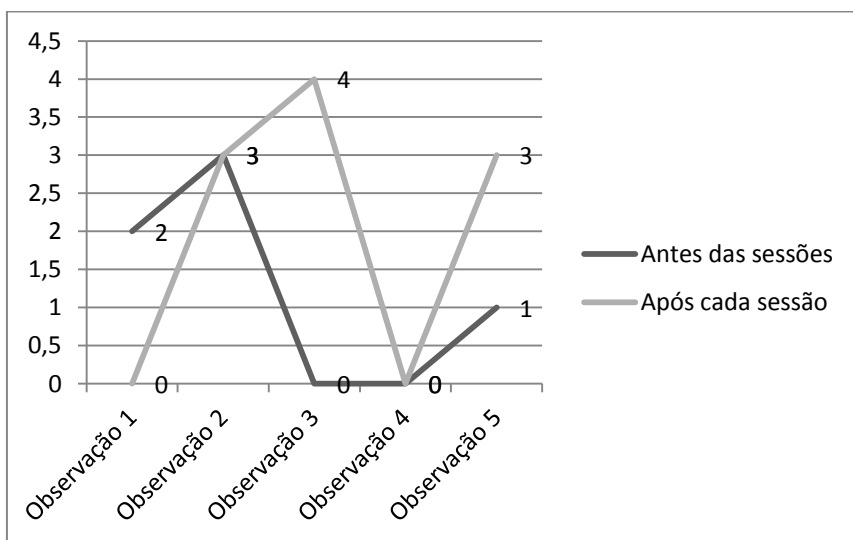


Figura 20. Observação da frequência de “Tristeza” da participante D. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Quanto ao “Interesse”, como se pode observar na Figura 21., antes das sessões, o padrão de frequência de “Interesse” oscila entre 1 e 2, exceto no momento de observação 5 em que não se regista a ocorrência de “Interesse”. Após as sessões, não se regista interesse após as sessões 3 e 4 sendo que, após as sessões 1, 2 e 5, as frequências são 4, 1 e 2, respectivamente.

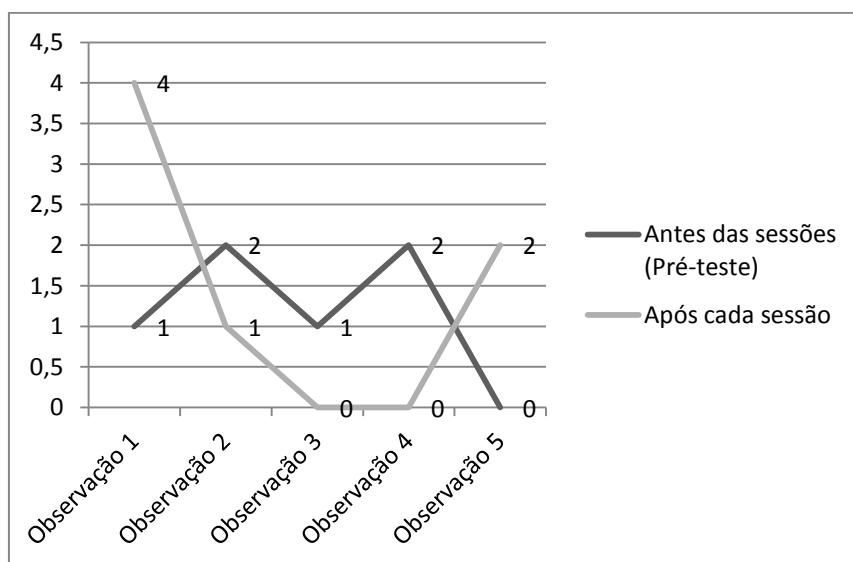


Figura 21. Observação da frequência de “Interesse” da participante D. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Analisando globalmente a média das frequências antes e depois das sessões de *snoezelen* da participante D., constata-se várias mudanças. Em relação à manifestação de “Tristeza” e “Interesse” observa-se um aumento da sua frequência após as sessões. Relativamente ao

“Prazer”, é observado antes das sessões, não o sendo após as sessões de *snoezelen*. Por outro lado, nas observações realizadas após as sessões de *snoezelen*, é observado “Ansiedade e Medo”, enquanto que, nas sessões de observação anteriores às sessões não foi registado.

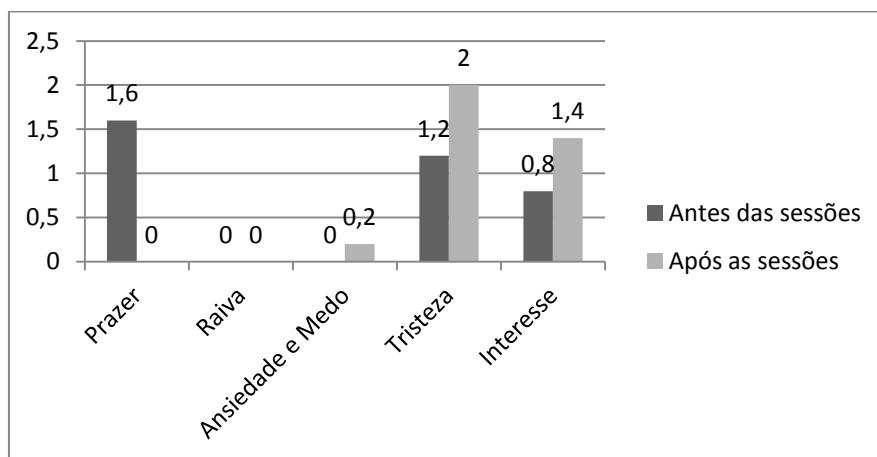


Figura 22. Média de observação de emoções da participante D. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Participante E.:

A participante E. na avaliação pós-teste apresenta uma redução nas pontuações obtidas na GDS e MOCA, como se pode observar na Figura 23.. A alteração parece ser positiva no que respeita à escala GDS, com uma diminuição nos sintomas depressivos após a intervenção pela terapia de *snoezelen*. No entanto, os valores tendem a diminuir também na avaliação cognitiva pelo MOCA após a terapia de *snoezelen* o que pode sugerir um pior funcionamento ao nível das funções cognitivas.

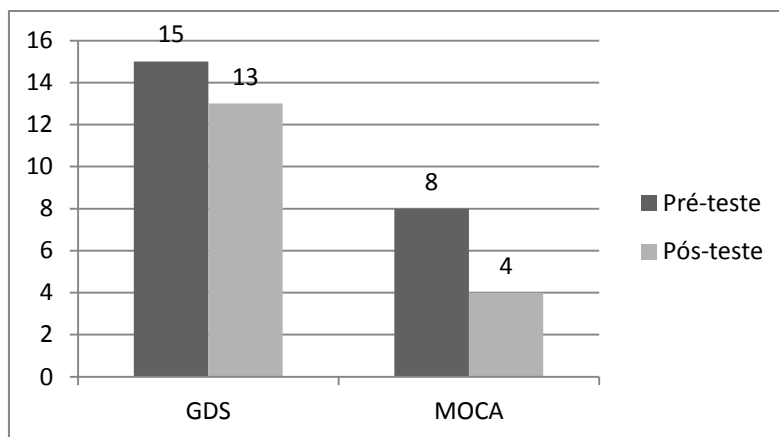


Figura 23. Resultados pré e pós-teste das escalas GDS e MOCA da participante E.

A participante E. apresentou alguns problemas de saúde ao longo do período em que decorreram as sessões de intervenção. No entanto, nas sessões mostrou-se sempre colaborativa e interativa, sobretudo quando solicitado. A participante apresentou um humor estável, com uma postura calma e tranquila durante o período das sessões. Durante as

sessões, a participante E. manifestou preferência pela utilização do equipamento (colchão de água com vibração sonora).

Tabela 11. Registo de observação do comportamento da participante E. durante as sessões de *snoezelen*

Sessão	Comportamento durante as sessões
Sessão 1	Deitada de barriga para cima a olhar para o teto; A olhar para o projetor; Calma; Deitada com o braço debaixo da cabeça; A questionar pelo fim da sessão (a faltar 5min para o fim).
Sessão 2	Deitada de barriga para cima a olhar para o teto; A olhar para o projetor; Calma; Deitada com o braço debaixo da cabeça; A questionar pelo fim da sessão (a faltar 5min para o fim).
Sessão 3	Deitada de barriga para cima com uma mão no peito e outra na barriga; Humor estável; Calma; Tranquila; A olhar para o projetor; Com os olhos fechados.
Sessão 4	Calma; Tranquila; Humor estável; Deitada de barriga para cima com uma mão na barriga e outra na cara; A olhar para o projetor; Interage com o grupo e com o técnico.
Sessão 5	Deitada em posição de relaxamento, com a barriga para cima com uma mãos na barriga e outra na cara; Humor estável; Confortável; A olhar para o teto; Reage bem às aproximações; A olhar para o tubo de bolas; Interage com o técnico.

De acordo com o que se pode observar na Figura 24., não se verificam comportamentos de “Prazer” na maioria das 5 observações realizadas antes e após as sessões de intervenção. Foram feitos registo de ocorrência apenas após a 1ª sessão de intervenção. Nas observações realizadas antes das sessões foi registada a ocorrência de “Prazer” no último momento de observação.

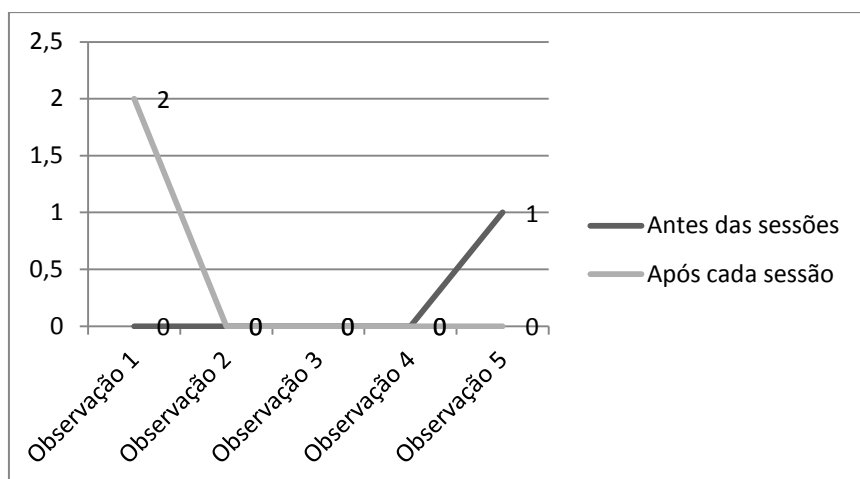


Figura 24. Observação da frequência de “Prazer” da participante E. antes e depois das sessões de *snoezelen*

No que respeita às dimensões de observação de “Raiva” e “Ansiedade e Medo” não se verificaram registos de ocorrência para a participante E. nem antes nem após as sessões de intervenção de *snoezelen*.

Tal como se observa na Figura 25., nas observações realizadas antes das intervenções de *snoezelen* foi observada “Tristeza” com uma frequência que revelou uma tendência a diminuir de 4 para 5 ao longo das 5 observações realizadas, No que respeita às observações após as sessões, apenas se observou “Tristeza” após a 5ª sessão de intervenção de *snoezelen*.

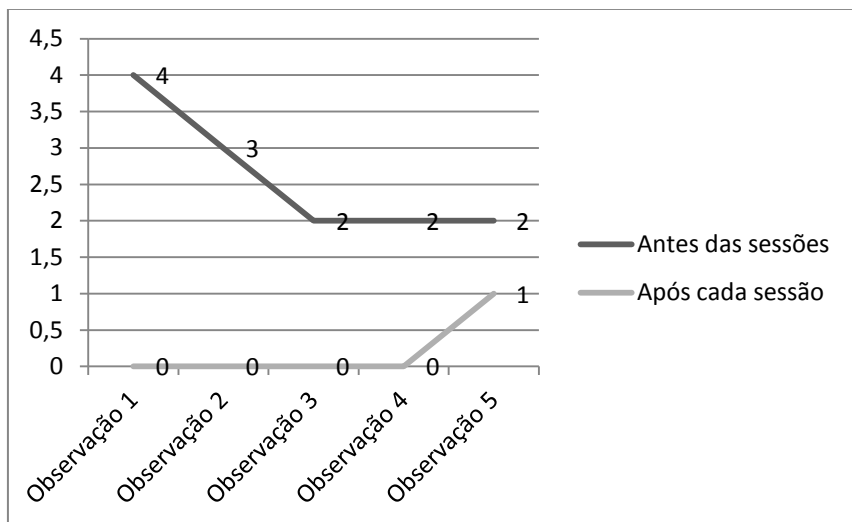


Figura 25. Observação da frequência de “Tristeza” da participante E. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Quanto à avaliação do “Interesse”, como se pode observar na Figura 26., observam-se valores mais oscilantes nas observações realizadas após as sessões, que variam entre a não existência de manifestações (após as sessões 1 e 3) e uma frequência de 4, observada nas sessões 2, 4 e 5. Nas observações realizadas antes da intervenção, foi observado “Interesse” nas observações 4 e 5, com uma frequência de 2 e 1, respetivamente.

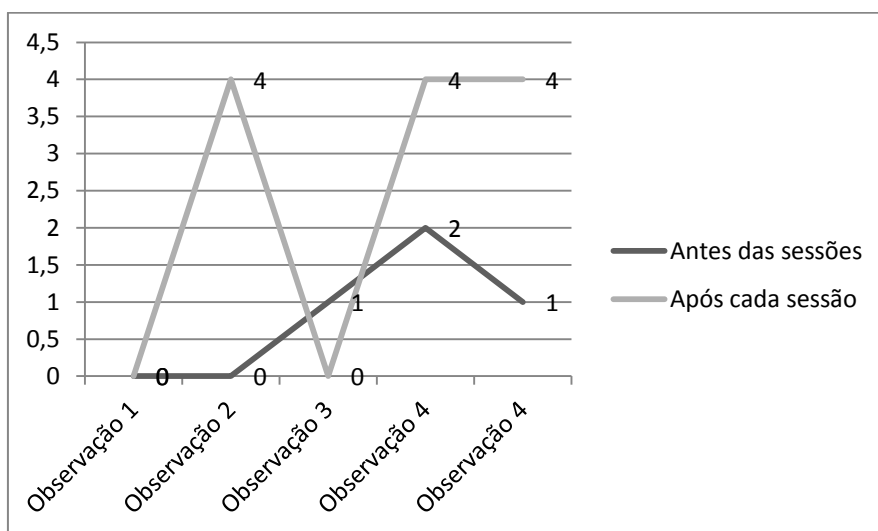


Figura 26. Observação da frequência de “Interesse” da participante E. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Analisando globalmente os resultados ao nível da observação da participante E., como se pode observar na Figura 27, é perceptível uma diminuição nas avaliações feitas após as sessões em relação à “Tristeza”. Por outro lado, observa-se um aumento da média da frequência do

“Interesse” e “Prazer” nas observações realizadas após as sessões de *snoezelen* comparativamente à média das frequências observadas antes das sessões de intervenção.

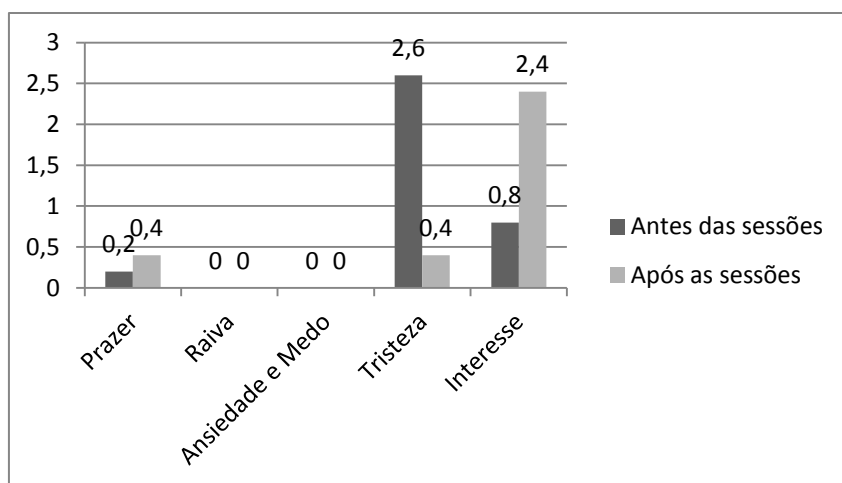


Figura 27. Média de observação de emoções da participante E. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Participante F.:

Tal como se pode observar na Figura 28., a participante F. no momento da avaliação pós-teste apresentou um aumento no que respeita aos sintomas depressivos, avaliados pela GDS, comparativamente à avaliação pré-teste. Em relação à avaliação do funcionamento cognitivo, realizada através do MOCA, observou-se uma diminuição da pontuação do pré para o pós-teste.

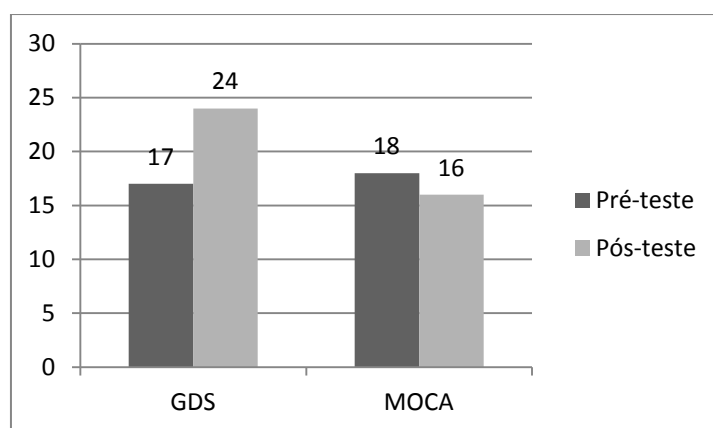


Figura 28. Resultados pré e pós-teste das escalas GDS e MOCA da participante F.

A participante F. apresentou um humor variável ao longo das sessões, manifestando-se na maior parte do tempo, agitada, com um discurso confuso e repetitivo. Relativamente à postura mantinha-se por vezes calma e tranquila, chegando a disfrutar dos momentos de estimulação. Durante as sessões, a participante F. manifestou preferência pela utilização do equipamento (cadeira de massagens).

Tabela 12. Registo de observação do comportamento da participante F durante as sessões de *snoezelen*

Sessão	Comportamento durante as sessões
Sessão 1	Faladora (a explicar o que lhe aconteceu nos últimos dias); Sentada (como numa cadeira); Não esteve relaxada (faladora os 30min).
Sessão 2	Interage com o técnico; Humor variável; Faladora; Sentada (como numa cadeira); Discurso solto; A dizer as “queixas” (o malote de quando chegou à casa - discurso repetido); Desorientada; Agitada; Esteve 10min na sessão.
Sessão 3	Faladora; Humor variável; Pensamento confuso; A “pedir” atenção; Fixa o olhar no tubo de bolas; Interage com o técnico; Toca na fibra ótica (interessada); Agitada; Sentada como numa cadeira; A dar as “queixas”.
Sessão 4	Sentada com as costas encostadas; A olhar para o tubo de bolas; Interage com o técnico; A dar as “queixas”; Discurso confuso; Humor variável; A olhar para o projetor; Interessada na fibra ótica; A olhar para as horas com frequência.
Sessão 5	Humor estável; Sentada em posição de relaxamento; Faladora; Interage com o técnico; Com os olhos fechados; Calma.

Em relação à observação de comportamentos de “Prazer”, como se pode observar na Figura 29., é feito apenas um registo deste comportamento após a primeira sessão de intervenção. Não foram efetuados registos de comportamentos de “Prazer” noutros momentos.

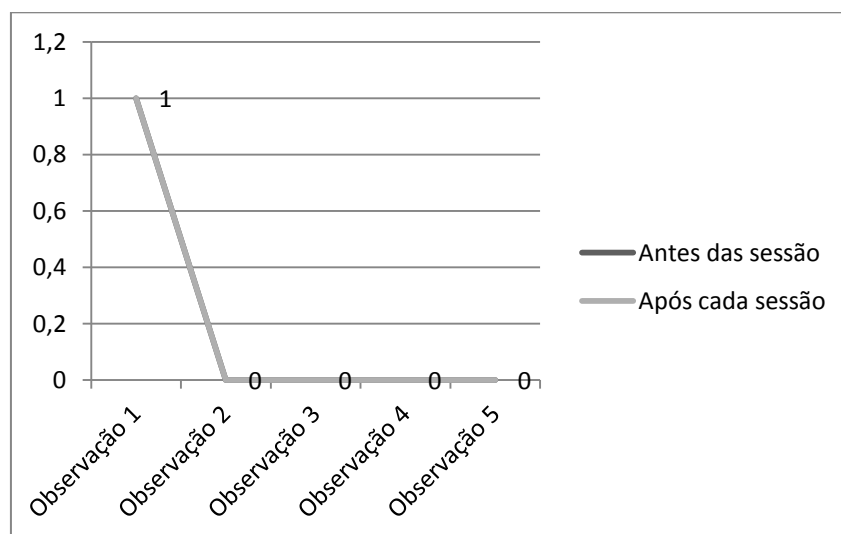


Figura 29. Observação da frequência de “Prazer” da participante F. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Quanto à observação de comportamentos de “Raiva”, como se pode observar na Figura 30., não foram efetuados registos de ocorrência da mesma após as sessões de intervenção de *snoezelen*. Nas observações realizadas antes das intervenções de *snoezelen* verifica-se uma oscilação de valores entre 2 e 3, não se observando registos da sua ocorrência nos momentos de observação 3 e 4.

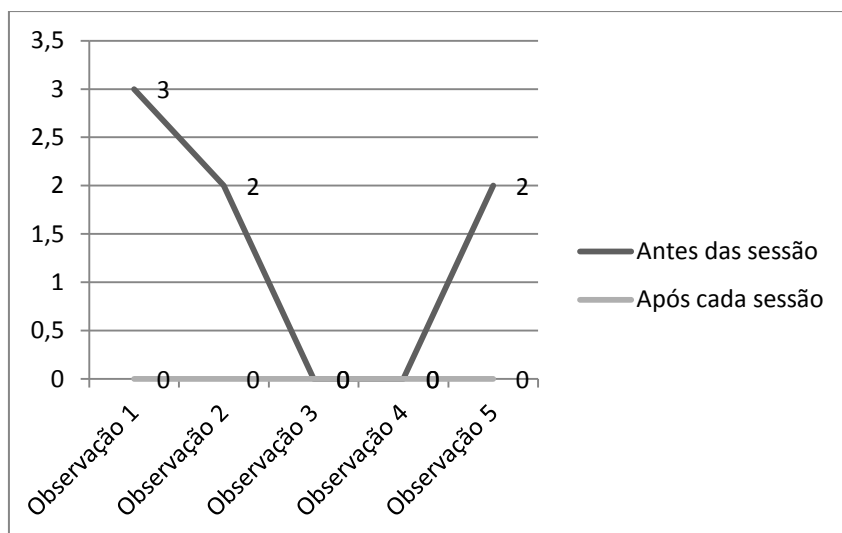


Figura 30. Observação da frequência de “Raiva” da participante F. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Em relação à observação da “Ansiedade e Medo”, como se pode observar na Figura 31., não se verificam comportamentos de “Ansiedade e Medo” nas 5 observações efetuadas antes das sessões de *snoezelen* e após cada sessão. Apenas se observou uma manifestação de “Ansiedade e Medo” após a primeira sessão de intervenção de *snoezelen*.

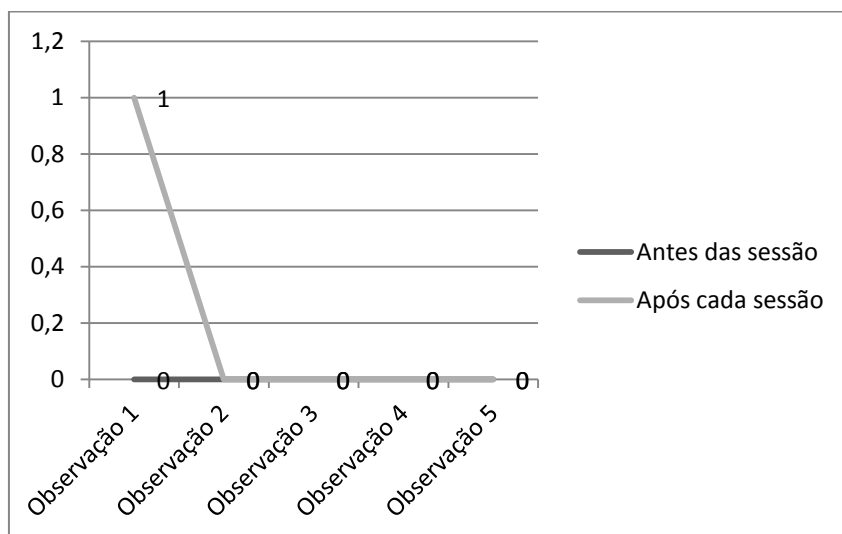


Figura 31. Observação da frequência de “Ansiedade e Medo” da participante F. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Quanto à avaliação da “Tristeza”, de acordo com o que se pode observar na Figura 32., não se observam manifestações nas 5 observações efetuadas após cada sessão de intervenção. Nas observações realizadas antes das sessões de intervenção de *snoezelen* foram observadas manifestações de “Tristeza” nos momentos de avaliação.

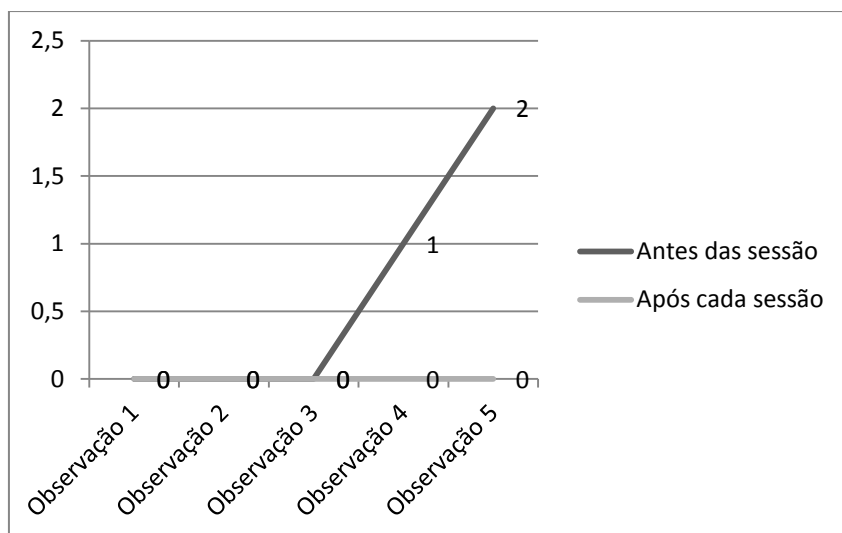


Figura 32. Observação da frequência de “Tristeza” da participante F. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Quanto à avaliação do “Interesse”, como se pode observar na Figura 33., verifica-se uma oscilação de valores entre observações e momentos de observação. Na observação registada antes das sessões de intervenção, os valores mantêm-se entre 3 e 4. No que respeita às observações após as sessões, não é registada a ocorrência de “Interesse” após a sessão 2. Após as restantes sessões, observa-se uma frequência de 2 após a sessão 1, que aumenta para 4 após as sessões 3, 4 e 5.

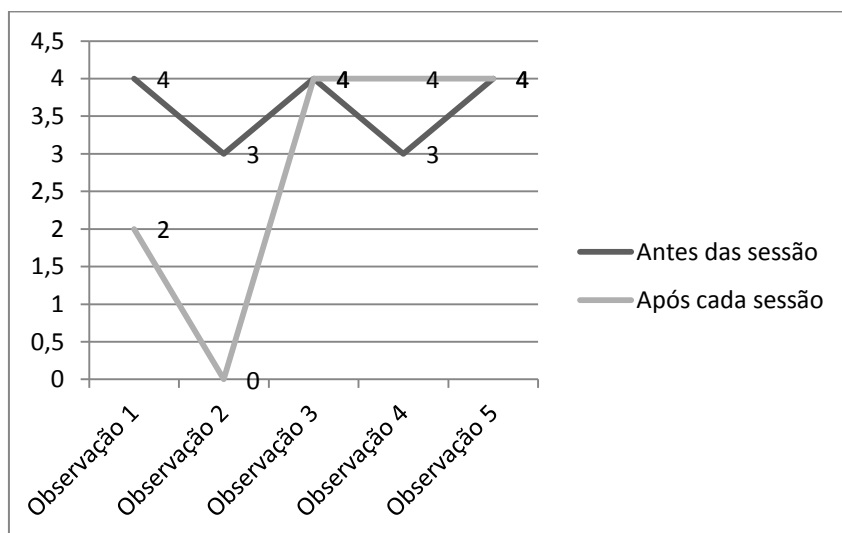


Figura 33. Observação da frequência de “Interesse” da participante F. antes e depois das sessões de *snoezelen*

A participante F., como se pode observar na Figura 34., globalmente, após as sessões de *snoezelen*, apresenta valores médios da frequência das emoções de “Raiva” e “Tristeza”, mais baixos comparativamente à média de frequências observadas antes das sessões de intervenção. No entanto, após as sessões foi observada manifestação de “Ansiedade e Medo”, não constatada nas avaliações realizadas antes das intervenções. Observou-se ainda uma

diminuição das médias da frequência relativas ao “Interesse” após as sessões, comparativamente ao observado antes das sessões.

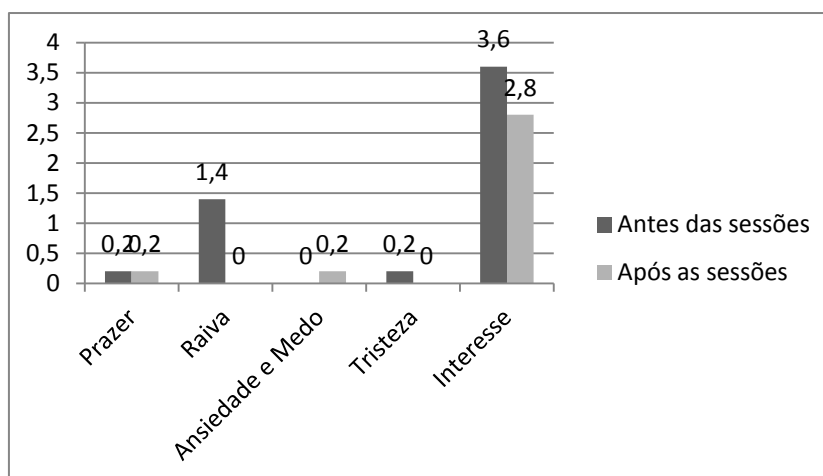


Figura 34. Média de observação de emoções da participante F. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Participante G.:

Relativamente à participante G. não é possível efetuar uma comparação entre a avaliação pré e pós-teste, uma vez que não foi possível aplicar a avaliação pós-teste à participante G. devido a motivo de saúde da participante.

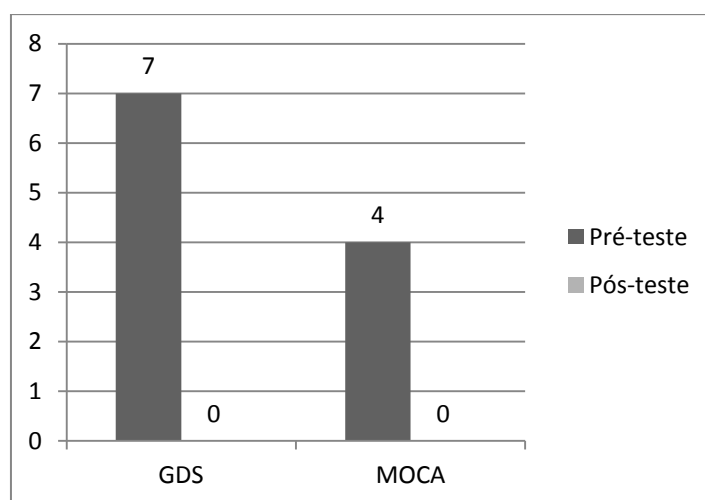


Figura 35. Resultados pré e pós-teste das escalas GDS e MOCA da participante G.

A participante G. esteve a maior parte do tempo agitada durante as sessões de *snoezelen* não conseguindo estar sentada e tranquila mais que 10 ou 15 minutos. Durante as sessões, surgiram muitas vezes interrupções devido a pedidos da participante para ir à casa de banho. Ao longo das sessões a participante G. demonstrou preferência pelo material (cadeira de massagens).

Tabela 13. Registo de observação do comportamento da participante G. durante as sessões de *snoezelen*

Sessão	Comportamento durante as sessões
Sessão 1	Observadora; Queixava-se das costas; Agitada com a hora (esteve sentada 25min); Sentada (como numa cadeira); Faladora.
Sessão 2	Humor estável; Sentada em posição de relaxamento; Com os braços cruzados em cima da barriga; Calma; Não interage; Observadora; Fixa o olhar no tubo de bolas; Esteve sentada 25 min.
Sessão 3	Interage com o técnico; Humor variável; Agitada (com a hora); Faladora; A olhar para o tubo de bolas (interessada); Levanta-se com frequência (em direção à porta); Ficou na sessão 10min.
Sessão 4	Discurso confuso; Humor estável; Interage com o técnico; A olhar para o projetor (interessada); Sentada com os braços cruzados sobre a barriga; Calma; Levanta-se; Reclama de querer ir ai WC; Caminha em direção à porta; Agitada; Esteve 10min na sessão.
Sessão 5	Sentada em posição de relaxamento; Interage com o técnico; Humor estável; Esteve 5min na sessão.

Como se pode visualizar na Figura 36., observa-se uma oscilação de valores entre observações e momentos de observação em relação ao “Prazer” da participante G.. Nas observações realizadas antes das intervenções de *snoezelen*, não se observaram manifestações de “Prazer” no momento de observação 3, nos outros momentos foi observada uma frequência entre 2 e 3. No que respeita às observações após as sessões, não foi registado “Prazer” após a sessão 4. Após as restantes sessões, a frequência das manifestações variou em 1 e 3.

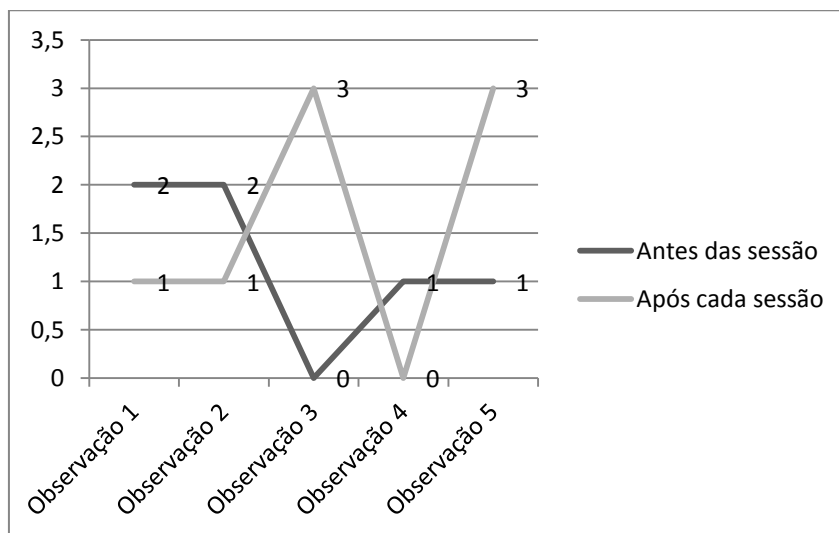


Figura 36. Observação da frequência de “Prazer” da participante G. antes e depois das sessões de *snoezelen*

No que respeita à dimensão de observação de “Raiva” e “Tristeza” não se verificaram registos de ocorrência para a participante G nem antes nem após as sessões de intervenção de *snoezelen*.

Quanto à observação da “Ansiedade e Medo”, como se pode visualizar na Figura 37., nas 5 observações efetuadas após cada sessão não se observou este tipo de comportamento. No que respeita às 5 observações antes das sessões observou-se uma frequência de 4 em todos os momentos de observação.

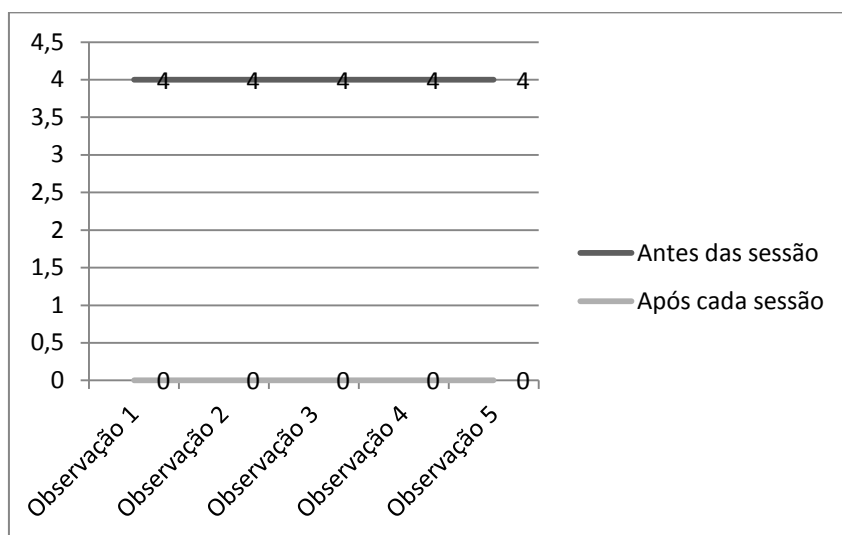


Figura 37. Observação da frequência de “Ansiedade e Medo” da participante G. antes e depois das sessões de *snoezelen*

Relativamente à observação do “Interesse”, como se observa na Figura 38., verifica-se uma oscilação de valores. Nas observações realizadas antes das sessões de intervenção, foi observado “Interesse” nos momentos 1, 2, 4 e 5, com frequência entre 2 e 1. No que respeita às observações após as sessões, a frequência oscilou entre os valores 2 e 4.

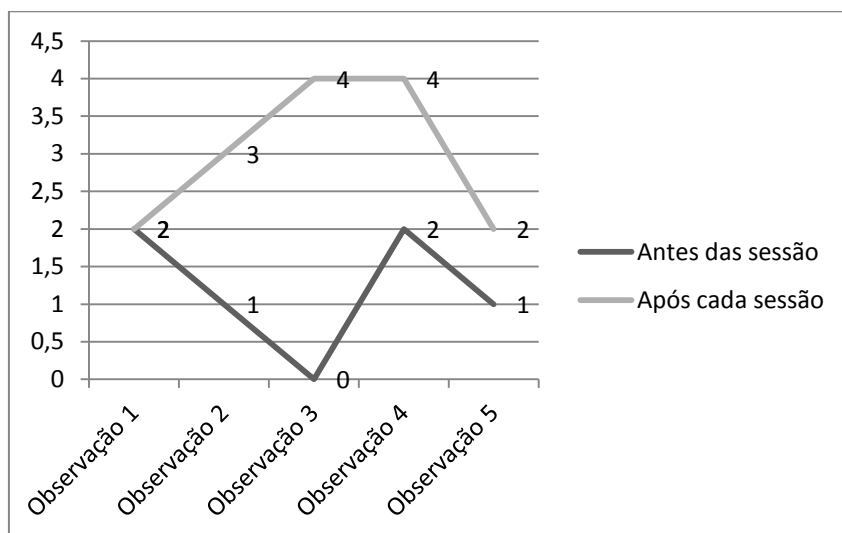


Figura 38. Observação da frequência de “Interesse” da participante G. antes e depois das sessões de *snoezelen*

A participante G. apresentou um aumento dos comportamentos referentes às dimensões “Prazer” e “Interesse” das avaliações feitas antes das sessões para as realizadas após as

sessões. Não surgiram manifestações de “Raiva” e “Tristeza” em ambos os momentos de avaliação. Na avaliação realizada após as sessões observaram-se manifestações de “Ansiedade e Medo”, que não tinham sido observadas nas avaliações feitas antes da intervenção de *snoezelen*.

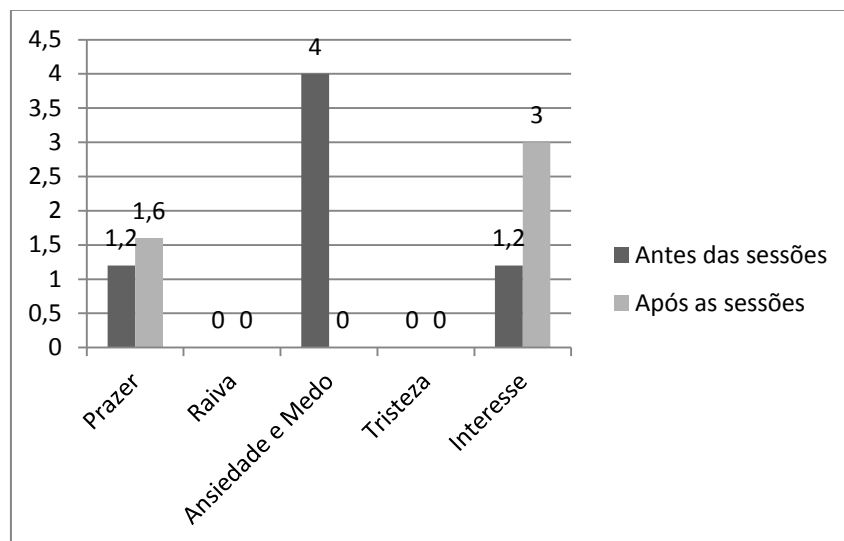


Figura 39. Média de observação de emoções da participante G. antes e depois das sessões de *snoezelen*

3. Discussão dos resultados e conclusões

Os resultados desta investigação revelam uma ampla diversidade e heterogeneidade de efeitos da intervenção de *snoezelen*. De facto, a diversidade do impacto das sessões em relação a cada um dos indivíduos não permitem estabelecer um padrão do efeito do *snoezelen*. Subjacente a esta diversidade poderá encontrar-se um conjunto de razões, tais como a heterogeneidade do grupo ao nível dos quadros psicopatológicos apresentados, a especificidade das características clínicas de cada participante no estudo, os seus percursos clínicos e preferências em termos de materiais de estimulação no ambiente de *snoezelen*.

Os resultados obtidos no estudo permitem, no entanto, perceber alguns efeitos da terapia de *snoezelen* a curto prazo, é possível perceber a ocorrência de alterações relativamente a estados de relaxamento e prazer durante o momento de estimulação multissensorial, tal como indicado por Ozdemir e Akdemir (2009), sendo que as utentes demonstraram comportamentos de prazer, relaxamento e melhor relacionamento com outros, especialmente com o técnico com quem estabeleceram contacto direto.

A nível cognitivo, os resultados indicaram, um aumento na pontuação obtida na escala usada para avaliação do funcionamento cognitivo pré-teste, o que apoia o referido por Baker et al. (2003), sobre a possibilidade do *snoezelen* gerar uma melhoria do funcionamento cognitivo. Contudo, o reduzido número de participantes neste estudo não permitiu o desenvolvimento de análise de dados a nível estatístico que permita afirmar se os efeitos são ou não estatisticamente significativos. Estas diferenças podem, efetivamente estar relacionadas com a participação nas sessões ou podem dever-se, também ao efeito de aprendizagem resultante da aplicação do mesmo instrumento num curto intervalo de tempo.

Assim, globalmente pode assinalar-se a existência de um aumento ao nível das pontuações obtidas no MOCA do pré para o pós-teste, apesar de não se ter registado esta tendência em todas as participantes e não se poder afirmar que são alterações significativas ou não.

Ao nível da sintomatologia depressiva observou-se em duas das 7 participantes uma diminuição entre a aplicação pré e pós-teste da GDS o que corrobora os resultados de estudos como os de Anderson, Bird, MacPherson, McDonough e Davis (2011), Baker et al. (2003), Chung e Lai (2009) e Ozdemir e Akdemir (2009) que atestam uma melhoria dos sintomas depressivos e de ansiedade e uma melhoria no estado de humor.

Contudo, 4 das 7 participantes no estudo registaram aumentos significativos nos sintomas depressivos, o que revelou a necessidade de se analisar mais detalhamento e relação entre este tipo de intervenção e a sintomatologia depressiva.

Relativamente aos resultados decorrentes das observações, a heterogeneidade dificulta o estabelecimento de um padrão mais ou menos sistemático de impacto de intervenção do *snoezelen*.

Em relação à utilização da observação, neste estudo optou-se pela utilização de uma grelha de observação, o que constitui uma forma muito menos sofisticada de utilização desta técnica do que a adotada noutros estudos, Cuvo, May e Post (2001) e Kaplan et al. (2006) utilizaram métodos de observação mais sensíveis, estruturados e em diversos ambientes de estimulação e de utilização frequente por parte dos utentes.

Neste estudo não foi possível avaliar os comportamentos em ambientes mais diversificados, ficando a observação restrita apenas a dois espaços (salas de atividades e unidades de internamento). Facto que poderá ter influenciado a observação na avaliação do impacto da intervenção nas participantes.

Por outro lado, a observação de comportamentos feita durante as sessões, permitiu perceber algumas alterações nos comportamentos das participantes no momento da estimulação multissensorial. Ao longo das sessões de intervenção, 4 das 7 participantes demonstraram mais comportamentos de afeto para com o técnico presente nas sessões de intervenção, maior fluência no discurso, com recurso a reminiscências, maior alegria, bem-estar e interação com os outros. E as 3 restantes participantes apresentaram comportamentos de apatia e indiferença face aos estímulos presentes na sala de *snoezelen*, apresentando contudo comportamentos de calma e conforto face aos materiais de *snoezelen*, tal como se verifica em alguns dos estudos realizados por Anderson, Bird, MacPherson, McDonough e Davis (2011), Baker et al. (2003), Hotz et al. (2006) e Hope (1998), nos quais se verificam comportamentos de afeto para com os técnicos, maior fluência no discurso, sentimentos de alegria, bem-estar e interação com os outros.

As principais potencialidades desta investigação prendem-se com o carácter inovador do estudo numa área de intervenção onde não foi encontrada muita investigação. No âmbito desta pesquisa não foram encontrados estudos em Portugal e na área da psicologia clínica, que abordassem de forma mais aprofundada o *snoezelen* como terapia não-farmacológica e com um carácter psicossocial passível de ser utilizado por terapeutas ou psicólogos em complemento às terapias cognitivo-comportamentais e psicodinâmicas, entre outras.

Após a conclusão do estudo foi possível perceber algumas limitações que influenciaram em grande parte os resultados e conclusões acerca dos efeitos da terapia de *snoezelen*. Destaca-se, o número reduzido de participantes que não permitiu a realização de um estudo de tipo quasi-experimental, com a definição de um grupo de controlo e um grupo experimental.

A heterogeneidade do grupo em termos de psicopatologias pode ser outra das limitações assinaladas.

Sendo um grupo heterogéneo, não foi possível perceber os efeitos da intervenção numa patologia em particular, tendo este fator influenciado os resultados da investigação. Este facto deveu-se a questões institucionais, uma vez que nem todas as utentes internadas na

instituição de saúde mental se encontravam num estado físico e cognitivo adequado para integrarem o estudo.

Outra das limitações que podem ser referidas em relação a esta investigação pode ser a de outras variáveis que podem ter interferido no estudo, tais como estado de humor das participantes, aparentemente relacionado com as épocas sazonais e com a medicação tomada pelas participantes, parecendo influenciar no estado físico e de humor das utentes, demonstrando-se estas mais apáticas, com locomoção mais reduzida e humor variável.

Outra das limitações denotadas prende-se com o facto de o estudo ter um prazo de 3 semanas, e não ter sido possível fazer um seguimento das participantes a longo prazo, o que seria relevante para o seguimento das utentes a longo prazo e permitiria descrever e perceber os efeitos a longo prazo e a manutenção ou não dos efeitos da terapia de *snoezelen* no dia-a-dia das utentes.

Outra vantagem do seguimento a longo prazo seria efetuar uma observação pós intervenção, tal como se realizou antes da intervenção, e que permitiu estabelecer uma “linha de base” das participantes em relação a determinadas emoções e comportamentos.

De destacar, ainda, que a opção por outros instrumentos e, sobretudo, por técnicas mais sofisticadas de observação poderiam ter sido mais sensíveis e fiáveis em relação aos efeitos da intervenção. A nível das intervenções propriamente ditas, pode assinalar-se como limitação o número de sessões. Possivelmente uma intervenção mais extensa, permitiria uma análise mais detalhada do impacto deste tipo de intervenção.

Assim sendo, para investigações futuras é sugerido o desenho de estudos experimentais ou quasi-experimentais, para comparação de grupos, com diferentes quadros clínicos. Sendo sugerido ainda amostras organizadas por grupos clínicos específicos. Sugere-se ainda o desenvolvimento da intervenção e acompanhamento da mesma a longo prazo, realizando a observação com intervalos de tempo, por forma a perceber a duração dos efeitos da terapia de *snoezelen*.

Para tal, seria recomendável a utilização de metodologias mais sofisticadas de avaliação pré e pós-teste, com a utilização de instrumentos mais sensíveis a cada grupo clínico.

Sugere-se, ainda, a utilização de diferentes modalidades de estimulação multissensorial para complemento da estimulação processada no ambiente de *snoezelen*, como o *snoezelen* portátil, a estimulação em ambientes naturais como jardins ou parques, a estimulação em ambientes diários (ex. unidades de internamento, salas ocupacionais ou de atividades diárias).

Em suma, apesar das limitações assinaladas, este estudo pode representar um contributo para um conhecimento mais aprofundado da terapia de *snoezelen*, nomeadamente em relação aos aspetos que desenvolve, os efeitos que pode gerar e em que população é possível a sua aplicação.

O estudo apresentado pode assim ser um contributo para o desenvolvimento de estudos futuros, como forma de inovar na intervenção de *snoezelen* com a utilização de instrumentos de avaliação inovadores ou com a utilização de novas abordagens de aplicação da terapia de *snoezelen*, bem como a aplicação deste tipo de intervenção com outro tipo de população com patologias diversas.

Referências Bibliográficas

- Anderson, K., Bird, M., MacPherson, S., McDonough, V., Davis, T. (2011). Findings from a Pilot Investigation of the Effectiveness of a Snoezelen Room in Residential Care: Should We Be Engaging with Our Residents More?. *Geriatric Nursing*, Vol. 312, No.3, pp.166-176.
- Bálint, G., & Szebeny, B. (1997). Non-pharmacological therapies in osteoarthritis. *National Institute of Rheumatology and Physiotherapy, Hungary*, Vol.141, pp.54.
- Ballard, C., Fossey, J., Chithramohan, R., Howard, R., Burns, A., Thompson, P. (2001). Quality of care in private sector and NHS facilities for people with dementia: Cross-sectorial survey. *British Medical Journal*, Vol.323, pp.426-427.
- Baillon, S., Van Diepen, E. & Prettyman, R. (2002). Multi-sensory therapy in psychiatric care. *Advances Psychiatric Treatment* No.8, pp.44-52.
- Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C.C.M., Larsson, A., Hartman, L.C., Pearce, R., Scherman B., Johansson, S., Thomas, P.W., Wareing, L.A. & Owens M. (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing* Vol.43, No.5, pp.465-477.
- Ballesteros, F.R. (2010). *Evaluación psicológica - conceptos, métodos y estudio de casos*. Ediciones Pirámide, pp.163-167.
- Berg, A., Sadowski, K., Beyrodt, M., Hanns, S., Zimmermann, M., Langer, G., Becker, C., Lautenschläger, C., & Behrens, J. (2010). Snoezelen, structured reminiscence therapy and 10-minutes activation in long term care residents with dementia (WISDE): study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* 2010, Vol.10, No.5, pp.1-7.
- Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P., Adey, M.B., & Rose, T.L. (1989). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, No.1, pp.37-44.
- Burns, I., Cox, H. & Plant, H. (2000). Leisure or therapeutics? Snoezelen and the care of older persons with dementia. *International Journal of Nursing Practice* No.6, pp.118-126.
- Budh, C.N., & Lundeberg, T. (2004). Non-pharmacological pain-relieving therapies in individuals with spinal cord injury: a patient perspective. *Complementary Therapies in Medicine*, No.13, pp.189-197;
- Chung, J.C.C. & Lai C.K.Y. (2009). Snoezelen for dementia (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002, No.4, pp.1-5.
- Clare, L. (2010). Awareness in people with severe dementia: Review and integration. *Aging & Mental Health*. Vol.14, No.1, pp.20-32.

Cuvo, A.J., May M.E., & Post, T.M. (2001). Effects of living room, Snoezelen room, and outdoor activities on stereotypic behavior and engagement by adults with profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, No.22, pp.183-204.

De Bunsen, A. (1994). A study in the use and implications of the Snoezelen resource at the Limington House School. In R. Hutchinson & J. Kewin (Eds.), *Sensations and disability: Sensory environments for leisure, Snoezelen, education and therapy* (pp.138-162). Chesterfield, UK: Rompa. ;

De Bunsen, A. (1994). A study in the use and implications of the Snoezelen resource at the Limington House School. In R. Hutchinson & J. Kewin (Eds.), *Sensations and disability: Sensory environments for leisure, Snoezelen, education and therapy*. Chesterfield, UK: Rompa, pp.138-162.

Doerflinger, D.M.C. (2012). *Mental Status Assessment in Older Adults: Montreal Cognitive Assessment: MOCA version 7.1 (original version)*. *University College of Nursing*, No.3, pp.2.

Douglas, S., James, I., & Ballard, C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 10, pp.171-179.

Fagny, M. (2000). L' impact de la technique du Snoezelen sur les comportements indiquant l'apaisement chez les adultes autistes (Impacto f Snoezelen technique on the calming behaviors of autistic adults). *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, Vol.11, pp.105-115.

Fava, L. & Strauss, K. (2009). Multi-sensory rooms: Comparing effects of the Snoezelen and the Stimulus Preference environment on the behavior of adults with profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, Vol. 31, pp.160-171.

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, Vol.12, No.3, pp.189-198.

Freitas, S., Simões, M.R., Alves, L., & Santana, I. (2010). Montreal Cognitive Assessment (MOCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, pp.1-8.

Greenberg, S.A. (2012). *The Geriatric Depression Scale (GDS)*. *New York University College of Nursing*, No.4, pp.2.

Hauck, Y., Rivers, C. & Doherty, K. (2007). Women's experiences of using a Snoezelen room during labour in Western Australia. *Midwifery*, Vol.24, pp.460-470.

Hauck, Y.L., Summers, L., White E., Jones, C. (2008). A qualitative study of Western Australian women's perceptions of using a Snoezelen room of breastfeeding during their postpartum hospital stay. *Midwifery/Women's Health*, No.3, pp.1-9.

Hotz, G.A., Catelblanco, A., Lara, I.M., Weiss, A.D. Duncan, R., Kuluz, J.W. (2006). Snoezelen: a controlled multi-sensory stimulation therapy for children recovering from severe brain injury. *Brain Injury*, Vol.20, No. 8, pp.9-88.

Hogg, J., & Cavet, J. (1995). *Making leisure provision for people, with profound and multiple learning disabilities*. London: Chapman & Hall, pp.11-14.

Hogg, J., Cavet, J., Lambe, L. & Smeddle, M. (2001). The use of "Snoezelen" as multisensory stimulation with people with intellectual disabilities: a review of the research. *Research in Developmental Disabilities*, Vol.22, pp.353-372.

Hope, K.W. (1998). The effects of multisensory environments on older people with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, No.5, pp.377-385.

Hotz, H.A., Castelblanco, A., Lara, I.M., Weiss, A.D., Duncan, R., & Kuluz, J.W. (2006). Snoezelen: A controlled multisensory stimulation therapy for children recovering from severe brain injury. *Brain Injury*, Vol.20, No.8, pp.879-888.

Hulme, C., Wright, J., Crocker, T., Oluboyede, Y. & House, A. (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.25, pp. 756-763

Hulsegge, J., & Verheul, A. (1987). *Snoezelen: Another world*. Chesterfield, Rompa, pp.267-278.

Kaplan, H., Clopton, M., Kaplan, M., Messbauer, L. & McPherson, K. (2006). Snoezelen multi-sensory environments: Task engagement and generalization. *Research in Developmental Disabilities*, Vol.27, pp. 443-455.

Kenyon, J., & Hong, C.S. (1998). An explorative study of the function of a multisensory environment. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, No.5, pp.619-623.

Klages, K., Zecevic, A., Orange, J.B. & Hobson, S. (2011). Potencial of Snoezelen room multisensory stimulation to improve balance in individuals with dementia: a feasibility randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, Vol. 25, No.7, pp. 607-616.

Kong, E.H., Evans, L.K, & Guevara, J.P. (2009). Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging e Mental Health*, Vol. 13, No. 4, pp. 512-520.

Lancioni, G.E., Cuvo, A.J., O'Reilly, M.F.(2002). Snoezelen: na overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability and Rehabilitation*, Vol.24, No.4, pp.175-184.

Lindsay, W. R., Pitcaithly, D., Gleelen, N., Buntion, L., Broxholme, S., & Ashby, M. (1997). A comparison of the effects of four therapy procedures on concentration and responsiveness in people with profound learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol.41, pp.201-207.

Lotan, M. & Gold, C. (2009). Meta-analysis of the effectiveness of individual intervention in the controlled multisensory environment (Snoezelen) for individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, Vol.34, No.3, pp. 207-215.

Matson, J.L., Bamburg, L.W., & Smalls, Y. (2004). An analysis of Snoezelen equipment to reinforce persons with severe or profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, Vol.25, pp.89-95.

McKenzie, C. (1995). Brightening the lives of elderly through Snoezelen. *Elderly Care*, Vol.7, No.1, pp.24-32.

McFadden, K.L., Healy, K.M., Hoversten, K.P., Ito, T.A. & Hernández, T.D. (2012). Efficacy of acupressure for non-pharmacological stress reduction in college students. *Complementary Therapies in Medicine*, Vol. 20, pp.175-182.

Mckee, S.A., Harris, G.T., Rice, M.E., & Silk, L. (2007). Effects of a Snoezelen room on the behavior of three autistic clientes. *Research in Developmental Disabilities*, Vol.28, pp.304-316.

Nasreddine, Z., Phillips, N.A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MOCA: A brief creening tool for mild cognitive impairment. *American Geriatrics Society*, Vol.53, No.4, pp.695-699.

Norman, I.J. (2003). Comments on "Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia: na exploratory study". *International Journal of Nursing Studies* Vol.40, pp.481-485.

Ozdemir, L. & Akdemir, N. (2009). Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected alzheimer's patients. *Journal of the Neurological Sciences* Vol.283, pp.211-213.

Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Casanova, J.P., Ser, T., Woods, B., Beck, C., Aver, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J.M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H.H., & Muniz, R. (2010). Eficacia de

las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, Vol.30, pp.161-178.

Pagliano, P.J. (1999). *Multisensory environments*. London: Davis Fulton, pp.24-33.

Pagliano, P.J. (2007). Multisensory environments and their use in education with children with profound multiple disabilities. *Nursing Standard*, Vol.15, pp.33-34.

Pinkney, L. (1997). A comparison of the Snoezelen environment and a music relaxation group on the mood and behavior of patients with senile dementia. *Brain Injury Occupational Therapy*, Vol.60, pp.209-212.

Poza, J., Gómez, C., Gutiérrez, M. T., Mendoza, N. & Hornero, R. (2012). Effects of a multi-sensory environment on brain-injured patients: Assessment of spectral patterns. *Medical Engineering & Physics*, Vol.35, pp.365-375.

Shapiro, M., Parush, S., Green, M., & Roth, D. (1997). The efficacy of the “Snoezelen” in the management of children with mental retardation who exhibit maladaptive behaviors. *The British Journal of Developmental Disabilities*, Vol.43, pp.140-155.

Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, No.5, pp.165-173.

Schofield, P. (1996). Sensory Delights. *Nursing Times*, Vol.92, pp.40-41.

Shion, S.Y., & Kolanowski, A.M. (2009). Best Evidence of Psychosocially Focused Nonpharmacologic Therapies for Symptom Management in Older Adults with Osteoarthritis. *Pain Management Nursing*, Vol. 11, No. 4: pp. 234-244.

Singh, N.N., Lancioni, G.E., Winton, A.S.W., Molina, E.J., Sage, M., Brown, S. & Groeneweg, J. (2003). Effects os Snoezelen room, Activities of Daily Living skills training, and Vocational skills training on aggression and self-injury by adults with mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, Vol.25, pp.285-293.

Thompson, S., & Martin, S. (1994). Making sense of multisensory rooms for people with learning disabilities. *British Journal of Occupational Therapy*, Vol.57, pp.341-344.

Walters, T. (1991). The magico f the white room. *Nursery World*, pp.18-20.

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

Weert, J.C.M., Dulmen, A.M., Spreeuwenberg, P.M.M., Ribbe, M.W. & Bensing, J.M. (2005). Behavioral and Mood Effects os Snoezelen Integrated into 24-Hour Dementia Care. *American Geriatrics Society*, Vol. 53, pp.24-33.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, Vol.17, pp. 37-49.