

## **Facilitadores e barreiras à implementação de Cuidados Centrados na Pessoa Idosa em contextos organizacionais: revisão narrativa da literatura\***

*Enablers and barriers in the implementation of centered care in older people in organizational contexts: narrative review of literature*

*Facilitadores y barreras para la implementación de la atención centrada en ancianos en contextos organizacionales: una revisión narrativa de literatura*

Maria Miguel Barbosa  
Rosa Marina Afonso  
Javier Yanguas  
Constança Paúl

**RESUMO:** Este artigo tem como objetivo explorar facilitadores e barreiras à implementação de Cuidados Centrados na Pessoa Idosa. Da pesquisa efetuada em inglês, espanhol e português, nas bases de dados EBSCO-PSY/ASC, PUBMED, SciELO e B-on, incluíram-se 27 artigos para a revisão narrativa da literatura. As informações foram organizadas em seis domínios e permitiram compreender os aspetos que influenciam o desenvolvimento e manutenção de práticas centradas na pessoa idosa em instituições de cuidados de longo prazo.

**Palavras-chave:** Pessoa idosa; Cuidado centrado na pessoa; Gerontologia.

**ABSTRACT:** *This article aims to explore enablers and barriers in the implementation of centered care in older people. From the research carried out in English, Spanish and Portuguese, in the databases EBSCO-PSY / ASC, PUBMED, SciELO and B-on, 27 articles were included for narrative review of the literature. The information was organized into six domains and made it possible to understand the aspects that influence the development and maintenance of practices centered in older people living in long-term care facilities.*

**Keywords:** *Older people; Person-centered care; Gerontology.*

**RESUMEN:** *Este artículo tiene como objetivo explorar facilitadores y barreras para la implementación de la atención centrada en ancianos. De la investigación realizada en inglés, español y portugués, en las bases de datos EBSCO-PSY / ASC, PUBMED, SciELO y B-on, se incluyeron 27 artículos para la revisión narrativa de la literatura. La información se organizó en seis dominios y permitió comprender los aspectos que influyen en el desarrollo y mantenimiento de prácticas centradas en los ancianos en instituciones de atención a largo plazo.*

**Palabras clave:** *Mayores; Cuidado centrado en la persona; Gerontología.*

## **Introdução**

A atenção centrada na pessoa é uma abordagem ética de interação, baseada no respeito dos direitos, promoção da autonomia e na compreensão profunda dos seres humanos (Edvardsson, *et al.*, 2017; Fazio, Pace, Flinner, & Kallmyer, 2018; World Health Organization, 2015). As raízes deste tipo de cuidados podem ser atribuídas à psicoterapia centrada no cliente de Rogers (1961), e esta abordagem disseminou-se em várias áreas e serviços (Austrom, *et al.*, 2016; González, Castillo, & Hernández, 2016; Manthorpe, & Samsi, 2016; Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas, & Muñiz, 2015). Na gerontologia, a concetualização inicial desta filosofia foi desenvolvida para pessoas com demência (e.g., *Dementia Reconsidered*, de Tom Kitwood, 1997), e, posteriormente, generalizou-se aos cuidados a todas as Pessoas Idosas (PI) (Chaudhury, Hung, Rust, & Wu, 2017).

No contexto dos Cuidados Centrados na Pessoa Idosa (CCPI), para além de serem utilizadas diferentes palavras para conceitos similares (e.g., ‘atenção centrada na pessoa idosa’,

‘cuidados dirigidos à pessoa idosa’, ‘cuidados individualizados’) não existe uma definição universal aceita e unificada (Herps, Zonneveld, & Engels, 2017; Maslow, 2013; Young, Roberts, Grau, & Edvardsson, 2015). Pelo contrário, os CCPI representam uma abordagem integral, complexa e multidimensional (Nolan, Davies, Brown, Keady, & Nolan, 2004; World Health Organization, 2015). Entre os componentes citados na literatura, estão os que se relacionam diretamente com a capacidade de atendimento personalizado (Brooker, 2004; Edvardsson, Fetherstonhaugh, Nay, & Gibson, 2010), o reconhecimento de que cada pessoa é única, deve ser valorizada e compreendida na sua história/estilo de vida e a organização do seu cotidiano deve ser uma escolha sua e ter significado idiossincrático (Manthorpe, & Samsi, 2016; Sjögren, Lindkvist, Sandman, Zingmark, & Edvardsson, 2012; World Health Organization, 2015).

Pela sua filosofia, os CCPI desafiam o modelo tradicional dominante de cuidados que tende a ter o foco nos procedimentos, eficiência das tarefas, cronogramas, necessidades operacionais e défices das PI. Este modelo é designado por alguns autores como biomédico (Abbott, Heid, Road, & Haitsma, 2016; Fazio, *et al.*, 2018; Li, & Porock, 2014; World Health Organization, 2015). Tendencialmente, organizações gerontológicas, que prestam serviços com as características supracitadas, são alvo de críticas devido à sua organização rígida, uniformidade das práticas de cuidado, paternalismo e falta de atendimento personalizado (Koren, 2010; Love, & Kelly, 2011). Assim, as PI que vivem nessas instituições são, frequentemente, impedidas de tomar as suas próprias decisões, assumir o controlo do quotidiano ou viver de acordo com os seus próprios valores, preferências e desejos (Greene, Tuzzio, & Cherkin, 2012; Koren, 2010).

Nesse contexto, de acordo com a World Health Organization (2015), a adoção abrangente de ações integrais promotoras da mudança de filosofia de cuidados, através de práticas de CCPI, é urgente. No entanto, esta mudança, influenciada por múltiplos aspetos, tem sido lenta e desafiante, pois exige a transformação de sistemas de práticas (por vezes contraditórias aos procedimentos habituais), e da cultura organizacional (Cornelison, Hermer, Syme, & Doll, 2019; Love, & Kelly, 2011; Savundranayagam, 2012; The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016).

O contexto de transição entre paradigmas de cuidados tornam o momento atual particularmente oportuno para o estudo dos elementos que influenciam o processo. Assim, de forma a responder à questão “que aspetos, destacados na literatura, favorecem ou dificultam a implementação dos CCPI em contextos institucionais?”, este artigo pretende explorar e compilar barreiras e facilitadores neste âmbito. Com esta síntese, pretende-se validar e gerar

informações passíveis de aplicação prática na orientação e otimização de processos de cuidados e de resultados de qualidade.

## **Metodologia**

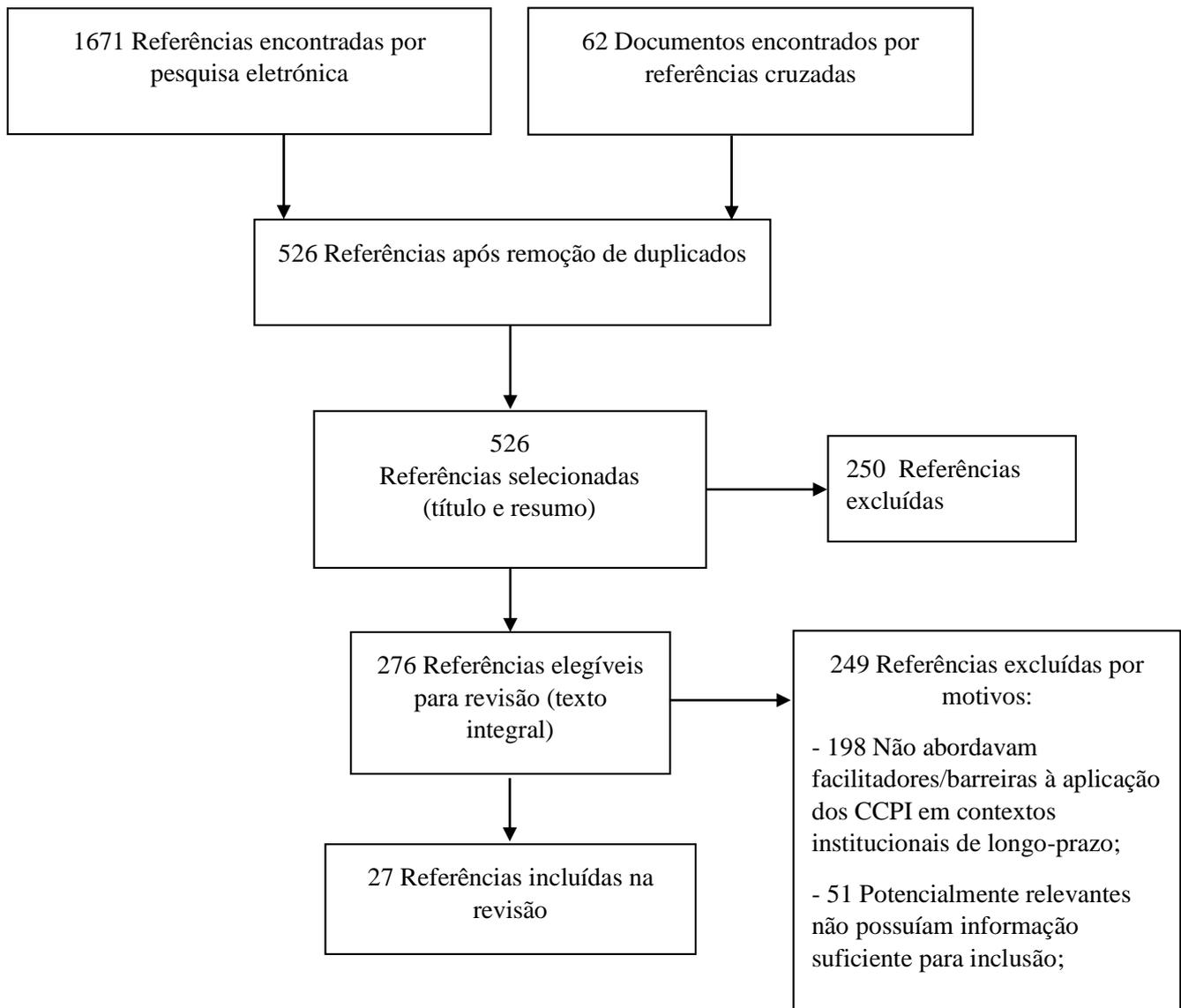
Considerando-se os objetivos deste estudo, adotou-se a metodologia de revisão narrativa da literatura por consistir numa revisão ampla, apropriada “para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico” (Rother, 2007, p. 6). Neste tipo de revisão não são necessárias análises sistemáticas e exaustivas.

Preliminarmente, exploraram-se os termos associados à temática através da identificação das palavras-chave dos artigos mais relevantes da área, assim como as suas variantes linguísticas, sinónimos, relações entre conceitos e redes semânticas (em inglês, espanhol e português). Neste processo, recorreu-se a dicionários de sinónimos/expressões idiomáticas e aos thesaurus MeSH e DeCS. Os termos que constavam num maior número de documentos (nas bases de dados alvo: EBSCO-PSY/ASC, PUBMED, Scielo e B-on) foram conjugados e relacionados com operadores booleanos.

Seguiu-se a aplicação de equações de pesquisa (e.g., ("person centered care" OR "patient centered care") AND (senior\* OR elderly\* OR gerontolog\*)), nas bases de dados supracitadas e a pesquisa de documentos em Português, Inglês e Espanhol, sem limite temporal de publicação para elegibilidade. Como a pesquisa é um processo dinâmico, adicionaram-se outros documentos relevantes (e.g., referências cruzadas).

A exploração e aplicação da estratégia de pesquisa decorreu 5 de março e 4 de julho de 2019. No total, foram identificados 1671 registos. Prosseguiu-se à extração dos artigos, organização no Mendeley e eliminação dos duplicados. Em seguida, passou-se à fase de seleção por título e resumo e, posteriormente, por texto integral (Fluxograma 1). Considerando os objetivos do presente trabalho, não se aplicaram critérios rigorosos para avaliação crítica de cada resultado. Incluíram-se artigos de revisão, opinião, investigação empírica, relatórios e trabalhos académicos que abordassem aspetos facilitadores e/ou barreiras à aplicação dos CCPI (com e sem demência) em contexto de cuidados institucionais de longo-prazo. Excluíram-se protocolos de estudo e manuais.

Fluxograma 1: representação do processo de pesquisa e seleção



## Resultados

Os 27 documentos incluídos nesta revisão da literatura foram organizados de acordo com a classificação, para trabalhos científicos, de Peh (2008). Dessa forma, os resultados encontrados foram organizados em dois grupos (grupo A: trabalhos de revisão, comentários e editoriais; e grupo B: estudos originais com metodologia quantitativa e qualitativa de recolha de dados) que se expõe nos quadros 1 e 2 respetivamente.

Nos estudos analisados são identificados, direta e indiretamente, seis fatores de domínio: - *conceptual e de investigação*; - *político/regulamentador*; - *de funcionamento organizacional*; - *dos colaboradores*; - *das práticas de cuidados*; - *relacional e comunicacional*, e que influenciam a implementação de CCPI em instituições de longo prazo.

### ***Domínio conceptual e de investigação***

Em dois estudos do grupo A (Love, & Pinkowitz, 2013; Simmons & Rahman, 2014), são apresentadas como barreiras aos CCPI, a natureza multifacetada do conceito, bem como a ausência de uma definição e de uma estrutura de trabalho universal. Por outro lado, são identificados como facilitadores, nos dois grupos de estudos, a existência de modelos conceptuais, diretrizes, instrumentos de avaliação de cuidados e de dados empíricos que permitam definir políticas e orientar práticas (e.g., grupo A: Koren, 2010; Downs, 2013; Molony, Kolanowski, Haitzma, & Rooney, 2018; grupo B: Vikström, *et al.*, 2015).

### ***Domínio político/regulamentador***

São reconhecidos, nos dois grupos de estudos, fatores relacionados com o domínio político e regulamentador. Destacam-se, como obstáculos aos CCPI, políticas governamentais inexistentes (ou incongruentes com a filosofia), baixo progresso ao nível da definição de programas e práticas, bem como a existência de regulamentos rígidos em nível interno e externo às instituições (e.g., em relação à alimentação, saúde e segurança) (e.g., grupo A: Love & Pinkowitz, 2013; Resnick, 2018; grupo B: Wu, 2015; Abbott, Heid, Road, & Haitzma, 2016).

De outra forma, a existência de diretrizes e a aplicação flexível e adaptável de práticas (e.g., desenvolvimento de intervenções únicas e relevantes adaptadas a cada instituição), é identificada por Vikström, *et al.* (2015) (grupo B), como um aspeto vantajoso à implementação de CCPI.

### ***Domínio do funcionamento organizacional***

A resistência à mudança de modelos de cuidados (e.g., alterações percecionadas como trabalho extra) e a existência de um longo histórico de prestação de cuidados biomédicos na

instituição são identificados por sete estudos como um aspeto dificultador do desenvolvimento de CCPI (e.g., grupo A: Lilian, 2007; Scheffer, 2015; Cornelison, 2016; grupo B: Crandall, White, Schuldheis, & Talerico, 2007; Norton, 2010). De forma oposta, a abertura à mudança, a procura proativa pela melhoria organizacional e a existência de equipas com experiência anterior de inovação/alterações de práticas, são sintetizadas por Simmons e Rahman (2014) (grupo A) e por Crandall, *et al.* (2007) (grupo B), como facilitadores da aplicação da abordagem. Para além disso, a existência de concorrência institucional e a adoção de CCPI como vantagem competitiva, é identificada por Jacobs, Snow, Parmelee, e Davis (2018) (grupo B), como um potenciador neste âmbito.

A cultura e o suporte organizacional configuram um fator influenciador dos CCPI. Por um lado, a desvalorização da abordagem, a falta de apoio da administração/líderes organizacionais, a baixa capacidade de integração de novos modos de cuidados nos serviços já existentes e um reduzido comprometimento/envolvimento em novas práticas, são identificados na literatura como obstáculos consideráveis aos CCPI (e.g., grupo A: Abbott, *et al.*, 2016; Chenoweth, *et al.*, 2019; grupo B: Crandall, *et al.*, 2007). De outro modo, práticas de CCPI consideradas como parte da missão institucional, o comprometimento/envolvimento de todos os constituintes da organização, a partilha transversal de valores comuns e uma liderança explícita e consistente (instigadora de mudança e demonstradora de apoio, orientação/supervisão e conhecimentos) são fatores favoráveis ao desenvolvimento desta abordagem de cuidados (e.g., grupo A: Li, & Porock, 2014; Resnick, 2018; Chenoweth, *et al.*, 2019; grupo B: Chenoweth, *et al.*, 2009; Moore, *et al.*, 2017). Para além disso, a promoção do envolvimento das equipas na implementação de diretrizes - dando-lhes oportunidade e recursos temporais, espaciais e financeiros para implementar e manter práticas - configura um incentivo aos CCPI (e.g., grupo A: Chenoweth, *et al.*, 2019; grupo B: Vikström, *et al.*, 2015; Moore, *et al.*, 2017).

Em termos de sistemas hierárquicos, os que se desenvolvem de forma ‘top-down’, com tomada de decisão centralizada e hegemonia profissional (e.g., colocar o mais alto nível de autoridade e poder nos departamentos médicos/físicos) foram identificados no dois grupos de estudos como um obstáculo à aplicação de CCPI (e.g., grupo A: Lillian, 2007; Resnick, 2018; grupo B: Rockwell, 2012). Em contrapartida, abordagens transdisciplinares de cuidados colaborativos coordenados, tomada de decisão partilhada/descentralizada e a promoção do papel ativo da PI nos seus próprios cuidados, são fatores que beneficiam os CCPI (e.g., grupo A: Talerico, O’Brien, & Swaffordv, 2003; Love, & Kelly, 2011; grupo B: Rockwell, 2012; Moore, *et al.*, 2017).

A estrutura inadequada do espaço físico e ambiental representa um obstáculo à implementação de CCPI. Por exemplo, em relação à PI, a existência de um espaço pessoal reduzido, pouca privacidade, limitação de locais para colocar pertences pessoais são apontados por três estudos do grupo B (Norton, 2010; Rockwell, 2012; Abbott, *et al.*, 2016). De outro modo, é favorável a existência de adaptação do ambiente físico de forma a promover a privacidade da pessoa e maximizar a sua independência, segurança e participação. Neste contexto, a adoção de ambientes ‘homelike’, através da criação de pequenas unidades habitacionais com 10 a 15 PI é também identificada como um fator facilitador da aplicação da abordagem (e.g., grupo A: Koren, 2010; Chenoweth, *et al.*, 2019).

### ***Domínio dos colaboradores***

No que respeita ao histórico profissional dos cuidadores, hábitos prévios de prestação de cuidados biomédicos e/ou de serviços com foco na tarefa, assim como atitudes céticas, rígidas e estereotipadas representam um obstáculo à adoção de CCPI (e.g., grupo B: Wu, 2015; Abbott, *et al.*, 2016; ). De outro modo, a flexibilidade, a crença de que a atenção centrada na pessoa é viável/atingível, a atribuição de credibilidade a diretrizes e a adesão dos cuidadores a novas práticas é um facilitador da aplicação da abordagem (e.g., grupo A: Scheffer, 2015; grupo B: Vikström, *et al.*, 2015; Jacobs, *et al.*, 2018).

Foi identificado, em oito estudos, que o baixo rácio de cuidadores e sua rotatividade (e.g., entre serviços, vínculo contratual temporário) representam barreiras aos CCPI (e.g., grupo A: Simmons & Rahman, 2014; Cornelison, 2016; grupo B: Kolanowski, Haitisma, Penrod, Hill, & Yevchak, 2015; Abbott, *et al.*, 2016). Em contraste, colaboradores suficientes, atribuição da mesma equipa aos mesmos residentes e a definição de cuidadores de referência, permitem garantir a manutenção das relações com a PI e favorecem os CCPI (e.g., grupo A: Lillian, 2007; Koren, 2010; Love, & Kelly, 2011).

Nos dois grupos de estudos são identificados como dificultadores de CCPI a falta de treino e formação específica na abordagem de CCPI (e.g., grupo A: Talerico, *et al.*, 2003; Maslow, 2013; grupo B: Norton, 2010; Wu, 2015). Por outro lado, a compreensão da filosofia de cuidados, o desenvolvimento de programas educacionais alinhados com os estilos de aprendizagem dos cuidadores, a capacitação (e.g., através de aprendizagem formal e informal, partilha de boas práticas), a orientação direta dos profissionais, o empoderamento (e.g., poder

de implementação de mudanças) e a oportunidade de autonomização dos cuidadores representam fatores que contribuem para os CCPI (e.g., grupo A: Downs, 2013; Chenoweth, *et al.*, 2019; grupo B: Crandall, *et al.*, 2007; Moore, *et al.*, 2017).

É identificado por três estudos do grupo A (Molony, & Bouma, 2013; Resnick, 2018; Chenoweth, *et al.*, 2019), e um estudo do grupo B (Wu, 2015), que a atenção às necessidades dos colaboradores, sua valorização/recompensa e criação de relações de confiança/respeito representam um facilitador dos CCPI.

Em relação a características individuais dos cuidadores, a inadequação do perfil pessoal, a incapacidade de estabelecimento de interações positivas (e.g., com outros colegas e PI) bem como a existência de crenças, estereótipos e preconceitos negativos (e.g., sobre os cuidados, pessoas com demência) são identificados nos dois grupos de estudos como barreiras ao desenvolvimento de CCPI (e.g., grupo A: Maslow, 2013; Resnick, 2018; grupo B: Wu, 2015; Abbott, *et al.*, 2016). No entanto, a existência de conhecimentos, valores e capacidades reflexivas sobre CCPI facilitam o seu desenvolvimento e manutenção (e.g., grupo A: Downs, 2013).

### ***Domínio das práticas de cuidados***

Tanto nos estudos do grupo A como do B, foram encontrados, como fatores que prejudicam o desenvolvimento de CCPI, aspectos relacionados com o tipo de cuidados prestados. Salienta-se a padronização de práticas focadas em processos, tarefas fixas e burocracia e orientadas por critérios de produção (e.g., número de pessoas atendidas, eficiência do procedimento, tempo despendido nas tarefas) (e.g., grupo A: González, *et al.*, 2016; Chenoweth, *et al.*, 2019; grupo B: Rockwell, 2012; Kolanowski, *et al.*, 2015). Em contraste, facilitam os CCPI: 1. a reestruturação de serviços e planos em função da potenciação da pessoa e não na eficiência da tarefa (e.g., realocação de serviços para gestão do ruído, não acordar a PI para dar medicação); 2. as práticas operacionais focadas na pessoa e adaptadas idiossincraticamente (e.g., oferta de escolhas, controle sobre questões quotidianas como horários de sono/vigília, rotinas de dieta e medicação); 3. a adoção de abordagens focadas na qualidade e em soluções e 4. o reconhecimento da individualidade, direitos, valores, necessidades, vontades e potencialidades da PI. Estes aspectos foram encontrados simultaneamente nos dois grupos de estudos (e.g., grupo A: Lillian, 2007; Li, & Porock, 2014; Simmons, & Rahman, 2014; grupo B: Chenoweth, *et al.*, 2009; Passalacqua, & Harwood, 2012; Moore, *et al.*, 2017).

As atitudes paternalistas face à PI (e.g., manter a pessoa em segurança a todo o custo) dificultam os CCPI (e.g., grupo A: Love, & Kelly, 2018; Resnick, 2018). Pelo contrário, a capacidade de tolerar a incerteza, a gestão de riscos com flexibilidade, criatividade e simplicidade, bem como a promoção da negociação entre a satisfação das necessidades/vontades da PI e manutenção da segurança (e.g., colocar o colchão no chão para evitar quedas, reduzir supervisão e aumentar a privacidade) promovem os CCPI (e.g., grupo A: Molony, & Bouma, 2013; Resnick, 2018; grupo B: Abbott, *et al.*, 2016).

Em termos de processos, o planeamento, implementação, monitorização e avaliação contínua dos cuidados (e.g., através de reuniões regulares e previsíveis e de objetivos comuns claramente definidos), bem como a existência de um responsável por coordenar, documentar e monitorizar práticas são identificados como facilitadores dos CCPI (e.g., grupo A: Molony, & Bouma, 2013; Molony, *et al.*, 2018; grupo B: Wu, 2015; Moore, *et al.*, 2017). Para além disso, é vantajosa a representação de cuidadores diretos, enfermeiros, líderes e pessoas de outros departamentos em todos os turnos (e.g., grupo B: Crandall, *et al.*, 2007).

### ***Domínio relacional e comunicacional***

Um ambiente social inadequado, caracterizado por relacionamentos negativos, conflitos geracionais e perceções negativas sobre os funcionários (por parte das PI), tende a representar um impedimento aos CCPI (e.g., grupo B: Abbott, *et al.*, 2016). De outra forma, o estabelecimento de relações próximas e de confiança entre residentes, familiares, funcionários e comunidade configuram uma vantagem para o desenvolvimento de CCPI (e.g., grupo A: Molony, & Bouma, 2013; grupo B: Koren, 2010).

Os processos comunicacionais realizados entre todas as pessoas implicadas (e.g., líderes organizacionais, funcionários de diferentes áreas e hierarquias, cuidadores diretos, PI, familiares, outros significativos) são identificados, em ambos os grupos de estudos, como influenciadores diretos da forma como os cuidados se desenvolvem. As falhas na comunicação, a falta de partilha de informações e a baixa taxa de eficiência na transmissão de informações (e.g., sistemas de documentação escrita incongruentes com sistemas de trabalho) representam um obstáculo na adoção de CCPI (e.g., grupo B: Kolanowski, *et al.*, 2015; Abbott, *et al.*, 2016).

Noutra perspetiva, desenvolver abordagens de comunicação ‘top-down’ e ‘bottom-up’, definir claramente papéis de trabalho, promover oportunidades de expressão de opiniões e

feedbacks (e.g., cuidadores, PI), desenvolver competências de comunicação (e.g., utilização de linguagem centrada na pessoa) e adotar sistemas de partilha de informação (que incluam todos os implicados nos cuidados e que considerem as restrições e recursos das organizações) constituem aspetos que simplificam os processos de CCPI (e.g., grupo A: Molony, *et al.*, 2018; Chenoweth, *et al.*, 2019; grupo B: Passalacqua, & Harwood, 2012; Wu, 2015).

**Quadro 1** – Grupo A: Trabalhos de revisão, comentários e editoriais que abordam barreiras e aspetos facilitadores dos CCPI

Autor e ano	Tipo de estudo	Barreiras e aspetos facilitadores dos CCPI
Talerico, <i>et al.</i> (2003)	Artigo de revisão sobre os CCPI	<b>Barreiras:</b> - Sistemas de trabalho mecânico e de velocidade - Valorização da burocracia - Baixa formação e treino dos cuidadores - Baixo rácio e alta rotatividade de funcionários <b>Facilitadores:</b> - Envolver a PI na definição de objetivos
Lillian (2007)	Comentário que reflete barreiras e potencialidades dos CCPI	<b>Barreiras:</b> - Organização com longo histórico de prestação de cuidados biomédicos - Tomada de decisão centralizada - Rotinas e horários fixos <b>Facilitadores:</b> - Atribuição de cuidadores de referência - Reconhecimento da individualidade, necessidades e potencialidades da PI
Koren (2010)	Artigo de revisão acerca do movimento de mudança de cultura em organizações para PI	<b>Facilitadores:</b> - Estudos sobre CCPI que permitam orientar práticas - Empoderamento e capacitação dos cuidadores - Atmosfera ‘homelike’ - Definição de cuidadores de referência - Tomada de decisões colaborativa e descentralizada - Oportunidade para foco na PI, suas vontades e desejos - Relações próximas entre residentes, familiares, funcionários e comunidade
Love, & Kelly (2011)	Artigo de revisão sobre a evolução de práticas de CCPI	<b>Barreiras:</b> - Sistemas paternalistas e hierárquicos ‘top-down’ <b>Facilitadores:</b> - Práticas operacionais focadas na potenciação da pessoa e não na eficiência da tarefa - Atribuição da mesma equipa aos mesmos residentes - Planeamento de cuidados que incluam a PI, suas preferências e escolhas
Downs (2013)	Artigo de revisão acerca da aplicação da abordagem dos CCPI com demência no Reino Unido	<b>Barreiras:</b> - Resistência à mudança (líderes e gestores organizacionais) <b>Facilitadores:</b> - Dados empíricos que permitam transformar cuidados e definir políticas e práticas - Transformação da cultura organizacional - Treino de profissionais - Planeamentos colaborativos em equipa
Love, & Pinkowitz (2013)	Artigo de revisão do enquadramento teórico, conceptual e prático dos CCPI com demência	<b>Barreiras:</b> - Não existir uma definição nem uma estrutura de trabalho universal e detalhada - Pouco progresso ao nível de políticas, programas e práticas baseadas em evidências
Maslow (2013)	Editorial que reflete teoricamente os CCPI com demência	<b>Barreiras:</b> - Estereótipos e preconceitos negativos sobre as pessoas com demência - Falta de entendimento sobre os CCPI
Molonym, & Bouma (2013)	Artigo de revisão sobre o papel do gestor de cuidados no CCPI com demência	<b>Facilitadores:</b> - Supervisão e suporte organizacional - Partilha de filosofia de cuidados de forma transversal na organização

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reestruturação de serviços e planos em função da priorização das pessoas e relações</li> <li>- Valorização dos profissionais</li> <li>- Formação dos profissionais em CCPI</li> <li>- Partilha de boas práticas entre cuidadores</li> <li>- Coordenação entre cuidadores</li> <li>- Gestão de cargas de trabalhos</li> <li>- Definição de metas de atenção à pessoa</li> <li>- Monitorização e avaliação frequente dos cuidados</li> <li>- Relação de confiança entre a PI e os cuidadores</li> <li>- Gestão entre a vontade da pessoa, segurança e recursos existentes</li> <li>- Gestão de cuidados flexível e criativa</li> </ul>
Li, & Porock (2014)	Revisão narrativa das intervenções de CCPI em cuidados de longa duração	<p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudança na filosofia do atendimento</li> <li>- Direcionamento do poder de controlo para os residentes</li> <li>- Apoio organizacional e das figuras de liderança para aplicação de CCPI</li> </ul>
Simmons, & Rahman (2014)	Editorial sobre as barreiras mais comuns aos CCPI em instituições	<p><b>Barreiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Natureza multifacetada dos CCPI</li> <li>- Constrangimentos de tempo para cuidados</li> <li>- Resistência à mudança</li> <li>- Rotatividade dos cuidadores</li> <li>- Funcionários temporários</li> </ul> <p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procura proativa pela melhoria e mudança organizacional</li> <li>- Acesso e formação em instrumentos de avaliação de cuidados</li> <li>- Planeamento, implementação e monitorização contínua dos cuidados</li> <li>- Envolvimento de todos os implicados nos cuidados, especialmente da PI</li> <li>- Foco na forma como decorre o processo (em detrimento dos resultados)</li> <li>- Oferecer opções de escolha à PI</li> </ul>
Scheffer (2015)	Comentário sobre a incorporação dos CCPI na promoção da qualidade de vida da PI	<p><b>Barreiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resistência à mudança</li> </ul> <p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partilha da filosofia de cuidados de forma transversal na organização</li> <li>- Adesão da equipa de cuidados</li> <li>- Priorização dos direitos e valores da PI</li> <li>- Oferecer possibilidade de escolha à PI</li> </ul>
Cornelison (2016)	Artigo de revisão sobre a mudança de cultura nos cuidados de longa duração	<p><b>Barreiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resistência à mudança</li> <li>- Escassez de cuidadores</li> <li>- Rotatividade de funcionários</li> </ul> <p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação sobre como investir recursos e operacionalizar mudança de cultura</li> </ul>
González, <i>et al.</i> (2016)	Artigo de revisão sobre a interação entre a qualidade de cuidados e a qualidade de vida.	<p><b>Barreiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da qualidade de cuidados através de critérios relacionados com taxas de produção</li> </ul> <p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção da participação ativa da PI</li> </ul>
Molony, <i>et al.</i> (2018)	Artigo de revisão sobre recomendações para avaliação e planeamento de CCPI com demência	<p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização de modelos conceptuais para basear cuidados</li> <li>- Abordagens transdisciplinares de cuidado colaborativo</li> <li>- Envolvimento da PI e de todos os cuidadores no planeamento de CCPI</li> <li>- Existência de um responsável para coordenar, documentar e monitorizar práticas</li> <li>- Utilização de linguagem centrada na pessoa</li> <li>- Reavaliações frequentes dos cuidados</li> </ul>
Resnick (2018)	Artigo editorial sobre os desafios dos CCPI	<p><b>Barreiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rigidez das políticas</li> <li>- Paternalismo</li> <li>- Crenças negativas, dos funcionários, sobre cuidar</li> </ul> <p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recompensa aos cuidadores por fornecerem CCPI</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção, na PI, de controlo sobre questões quotidianas</li> <li>- Negociação entre satisfação de vontades da PI e manutenção da segurança</li> </ul>
Chenoweth, <i>et al.</i> (2019)	Revisão sistemática dos efeitos de CCPI com demência a nível organizacional	<p><b>Barreiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cultura organizacional com foco na tarefa</li> <li>- Baixa capacidade na integração de CCPI nos serviços existentes</li> </ul> <p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos suficientes para a prática da abordagem (e.g., tempo)</li> <li>- Comprometimento de todos os membros da organização</li> <li>- Demonstração de apoio e conhecimentos por parte dos líderes organizacionais</li> <li>- Trabalho colaborativo</li> <li>- Abordagem coordenada para partilha de valores comuns</li> <li>- Formação, treino e orientação direta dos profissionais</li> <li>- Valorização dos cuidadores</li> <li>- Tomada de decisão partilhada</li> <li>- Abordagem de comunicação ‘top-down e bottom-up’</li> <li>- Oportunidade para expressão de opiniões e feedbacks (dos agentes de cuidado) sobre mudanças nas políticas e procedimentos</li> <li>- Adaptação do ambiente físico</li> <li>- Promoção do papel ativo da PI nos seus cuidados</li> </ul>

**Quadro 2 – Grupo B: Estudos originais com metodologia quantitativa e qualitativa de recolha de dados que abordam barreiras e aspetos facilitadores dos CCP**

Autor e ano	Tipo de estudo/participantes	Barreiras e aspetos facilitadores dos CCPI
Crandall, <i>et al.</i> (2007)	Estudo dos processos de implementação de práticas de CCPI em nove instituições de longa permanência nos Estados Unidos da América	<p><b>Barreiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudança de modelo de cuidados percecionado como trabalho extra</li> <li>- Desvalorização dos CCPI</li> <li>- Resistência à mudança</li> <li>- Baixa compreensão, comprometimento e envolvimento na aplicação dos CCPI</li> <li>- Rotatividade administrativa e de outros funcionários</li> </ul> <p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As práticas de CCPI são vistas como parte da missão da organização</li> <li>- Cultura organizacional compatível com CCPI</li> <li>- Equipas com experiência anterior em inovação e alterações de práticas</li> <li>- Abertura à mudança</li> <li>- Apoio, às equipas, para gestão de ambivalências relacionadas com a mudança</li> <li>- Sistemas para apoiar e sustentar mudanças nas práticas (incluindo educação, políticas e descrições de papéis de trabalho)</li> <li>- Representação de cuidadores diretos, enfermeiros, líderes e outros departamentos todos os turnos</li> <li>- Reuniões regulares e previsíveis para planear e avaliar cuidados</li> <li>- Incremento da autonomia dos cuidadores</li> </ul>
Chenoweth, <i>et al.</i> (2009)	Estudo aleatório, controlado por clusters, em 15 instituições residenciais na Austrália (comparação, na gestão de comportamentos das pessoas com demência, entre grupo de cuidadores submetidos a treino em CCPI com grupo de prestadores de cuidados biomédicos)	<p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolvimento e apoio dos líderes/gestores organizacionais</li> <li>- Aprendizagem formal e informal dos cuidadores</li> </ul>
Norton (2010)	Estudo da aplicação de CCPI em 23 diferentes contextos (institucionais, vida independente e atividades assistidas) nos Estados Unidos da América	<p><b>Barreiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitações estruturais físicas</li> <li>- Resistência à mudança de modelo de cuidados (equipas e residentes)</li> <li>- Falta de formação de cuidadores formais</li> <li>- Falhas na comunicação (funcionários/líderes/residentes)</li> </ul>
Passalacqua, & Harwood (2012)	Artigo sobre treino em competências de comunicação centrada na pessoa com demência para 26 cuidadores de uma instituição no sudoeste dos Estados Unidos da América	<p><b>Barreiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotatividade dos cuidadores formais</li> </ul> <p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção de competências de comunicação centradas na pessoa nos cuidadores formais</li> <li>- Conhecimento dos residentes e sua individualidade</li> </ul>

Rockwell (2012)	Estudo qualitativo (entrevistas semiestruturadas a quatro assistentes sociais de instituições do Canadá) acerca de barreiras à aplicação dos CCPI	<p><b>Barreiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulamentações rígidas</li> <li>- Foco na tarefa e na burocracia</li> <li>- Organização rígida e padronizada das atividades diárias e serviços</li> <li>- Poder centralizado e supremacia profissional</li> <li>- Baixo rácio de colaboradores</li> <li>- Barreiras estruturais e ambientais</li> <li>- Baixa possibilidade de escolha para a PI (e.g., cama, companhia de quarto, rotinas)</li> </ul> <p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomada de decisões colaborativa</li> <li>- Comunicação e interações entre funcionários de diferentes áreas/hierarquias</li> </ul>
Kolanowski, <i>et al.</i> (2015)	Estudo qualitativo (realizado com grupos focais) sobre a forma como as equipas de cuidadores obtêm e comunicam informações necessárias para implementar CCPI com demência em duas instituições sem fins lucrativos na Pensilvânia	<p><b>Barreiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de cuidadores</li> <li>- Restrições de tempo para realização de tarefas</li> <li>- Falta de partilha de informações com todos os implicados nos cuidados</li> <li>- Sistemas de documentação escrita para comunicação de informações específicas incongruentes com o padrão de trabalho dos auxiliares</li> </ul> <p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistemas de comunicação que incluam todos os funcionários e considerem as restrições e recursos das instituições</li> <li>- Desenvolvimento de programas educacionais alinhados com os estilos de aprendizagem dos cuidadores</li> </ul>
Vikström, <i>et al.</i> (2015)	Investigação-ação sobre a implementação de diretrizes nacionais de CCPI com demência em 24 unidades de pequena escala (8 a 9 pessoas por unidade) na Suécia	<p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento, valorização e atribuição de credibilidade a diretrizes</li> <li>- Aplicação flexível e adaptável de práticas</li> <li>- Envolvimento das equipas na implementação de diretrizes dando-lhes oportunidade de aprendizagem autónoma e poder de implementação de mudanças</li> </ul>
Wu (2015)	Tese, com metodologia qualitativa de recolha de dados (e.g., observação de PI, entrevistas a cuidadores, análise de documentos), sobre a aplicação de CCPI com demência durante as refeições em duas instituições (6 unidades de 12 utentes) no Canadá	<p><b>Barreiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Políticas e procedimentos rígidos (autoridades externas à organização)</li> <li>- Histórico de trabalho dos cuidadores em serviços com foco na tarefa</li> <li>- Baixo rácio de funcionários</li> <li>- Falta de formação da equipa</li> <li>- Incapacidade de estabelecimento de relacionamentos positivos de trabalho/cuidado</li> </ul> <p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoio, compreensão e promoção da filosofia por líderes/gestores</li> <li>- Partilha da filosofia e seus valores entre os cuidadores</li> <li>- Trabalho em equipa interdisciplinar</li> <li>- Comunicação entre todos os agentes de cuidado</li> <li>- Atenção às necessidades dos funcionários</li> </ul>
Abbott, <i>et al.</i> (2016)	Estudo qualitativo (focus group) sobre facilitadores e barreiras dos CCPI com uma amostra (por conveniência) de 36 cuidadores de uma organização nos Estados Unidos da América. A organização, com 324 camas, avaliava ativamente as preferências dos residentes há cinco anos	<p><b>Barreiras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Políticas governamentais incongruentes com os CCPI</li> <li>- Regulamentos institucionais rígidos</li> <li>- Falta de apoio da administração/líderes organizacionais</li> <li>- Hábitos prévios de prestação de cuidados biomédicos</li> <li>- Restrições de tempo</li> <li>- Baixo rácio de profissionais</li> <li>- Inadequação do perfil pessoal dos cuidadores</li> <li>- Ambiente social inadequado</li> <li>- Características inadequadas das instalações</li> <li>- Falhas na comunicação</li> <li>- Perceções negativas sobre os funcionários (por parte das PI)</li> </ul> <p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negociação e gestão de riscos para cumprimento da vontade da pessoa</li> </ul>
Moore, <i>et al.</i> (2017)	Estudo qualitativo (grounded theory) dos facilitadores e barreiras à implementação de CCPI identificados	<p><b>Facilitadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaço, tempo e oportunidade para aplicação e manutenção de práticas</li> <li>- Liderança explícita instigadora de mudança organizacional</li> </ul>

	(através de entrevista) por 18 investigadores na Suécia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compromisso das equipas na adoção da filosofia</li> <li>- Mudança de mentalidade e de lócus do poder</li> <li>- Formação e treino dos cuidadores</li> <li>- Trabalho em equipa interprofissional</li> <li>- Intervenções adaptadas idiossincriticamente (à PI's e profissionais)</li> </ul>
Jacobs, <i>et al.</i> (2018)	Estudo padronizado de características estruturais, de mercado e de administração relacionadas com os CCPI com 75 administradores de instituições no sul dos Estados Unidos da América	<b>Facilitadores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crença de que os CCPI são viáveis e atingíveis</li> <li>- Recursos para aplicar CCPI</li> <li>- Existência de concorrência (i.e., adoção de CCPI como vantagem competitiva)</li> </ul>

## Considerações finais

Os CCPI são uma área de interesse crescente e de evidências graduais. Esta filosofia é cada vez mais reconhecida como um fator central relacionado com a melhoria da qualidade dos cuidados às PI, independentemente da situação em que se apresentem, da idade e funcionamento físico e cognitivo (Edvardsson, *et al.*, 2017; Manthorpe & Samsi, 2016; Yevchak, *et al.*, 2019).

A exploração dos resultados obtidos nesta revisão, sugere que existem diversos fatores que influenciam o desenvolvimento e a manutenção de CCPI. As informações foram organizadas em seis domínios: conceptual e de investigação; político/regulamentador; funcionamento organizacional; colaboradores; práticas de cuidados e relacional e comunicacional.

Em cada um dos domínios, foram identificados tanto facilitadores como barreiras. Estes, encontraram-se explorados de forma consistente, entre os dois grupos de estudos (A e B) com diferentes metodologias e tipologias. Adicionalmente, tenderam a ser congruentes entre si, ou seja, um aspeto apresentado como uma barreira tinha geralmente o seu oposto identificado como um facilitador. Este facto assume especial importância pois permite compreender e refletir em que domínios e níveis é pertinente intervir na promoção de CCPI em contextos organizacionais.

Nesse seguimento, salienta-se, no domínio conceptual e de investigação, a relevância do desenvolvimento de trabalhos aos níveis da operacionalização do conceito, empírico e da avaliação dos cuidados, de forma a basear políticas e orientar práticas e diretrizes de trabalho.

No segundo domínio, conclui-se que a inexistência de políticas (ou a existência de políticas e regulamentos inflexíveis e incongruentes com os CCPI), dificultam a sua aplicação. Por outro lado, a definição de práticas adaptáveis e flexíveis, promovem intervenções únicas e relevantes que devem ser ajustadas idiossincriticamente a cada instituição.

Com os estudos revistos, reflete-se, no terceiro domínio, que as dinâmicas organizacionais são fulcrais na influência dos CCPI. Destaca-se a importância da procura proativa pela inovação, a existência de recursos (temporais, espaciais, financeiros) que permitam o desenvolvimento da abordagem, a partilha transversal de valores comuns e a necessidade da existência de uma cultura e suporte organizacional adequados. A tomada de decisão partilhada/descentralizada, o envolvimento de equipas e a promoção da interdependência/trabalho em rede entre colaboradores de diferentes áreas é, também, relevante na promoção de CCPI.

Nos aspetos que se encontram diretamente relacionados com o domínio dos colaboradores, sublinha-se que é fundamental a existência de pessoas suficientes e da sua baixa rotatividade. É ainda crucial o seu treino/formação na abordagem de cuidados, bem como a atenção às suas necessidades e a sua valorização.

No contexto do domínio das práticas de cuidados, existem múltiplos aspetos que merecem realce. Sublinha-se a importância do foco de os cuidados estarem na PI que deve ser inserida no planeamento, implementação, monitorização e avaliação contínua e idiossincrática dos cuidados. O reconhecimento da individualidade, direitos, valores, necessidades, vontades e potencialidades da PI é fundamental e, para tal, a flexibilidade de trabalho e da gestão de riscos torna-se relevante. Neste âmbito, sublinha-se que estes aspetos promotores de CCPI são contrários às tradicionais medidas de sucesso e de produtividade mecânica (e.g., foco na tarefa, número de procedimentos realizados), pelo que é sugerido, na literatura, que as medidas de sucesso e qualidade devem adaptar-se.

No último domínio que diz respeito a questões relacionais e de comunicação, existem duas variáveis que se destacam de forma mais proeminente na promoção dos CCPI: 1) o estabelecimento de relações próximas e autênticas entre PI, cuidadores, líderes organizacionais e outros significativos; e 2) os processos comunicacionais entre todas as pessoas implicadas nos cuidados.

Identificam-se, nalgumas investigações revistas, características que podem comprometer a possibilidade de generalização de dados. Destaca-se por exemplo, o reduzido tamanho amostral de alguns estudos (e.g., Kolanowski, *et al.*, 2015; Moore, *et al.*, 2017), e artigos, que devido à sua tipologia, possuem subjetividade inerente (e.g., editoriais e comentários teóricos).

Com base nas informações exploradas, pode representar uma oportunidade de pesquisa futura a análise sobre o impacto, a longo prazo, da aplicação de CCPI (e.g., promoção da autonomização e papel ativo da PI nos seus cuidados) nos recursos temporais e financeiros das organizações.

Concluindo, com a clarificação dos aspetos que influenciam os CCPI, é possível potenciar a sua gestão, promovendo facilitadores e mitigando barreiras. Salienta-se a necessidade de conjugar e articular esforços multifacetados na transformação da cultura de cuidados. Alcançar este paradigma de atenção centrada na PI, de forma robusta, exige a ação coordenada de várias partes incluindo, investigadores, decisores/formuladores políticos, serviços gerontológicos, líderes organizacionais, equipas multidisciplinares, prestadores de cuidados, PI e cidadãos. Neste percurso, parece ser essencial incrementar a consciencialização e a educação sobre o valor e potencialidades dos CCPI.

## Referências

- Abbott, K., Heid, A., Road, L., & Haitzma, K. (2016). “We can’t provide season tickets to the opera”: Staff perceptions of providing preference based person centered care. *Clinical Gerontologist*, 39(3), 190-209. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1151968>.
- Austrom, M., Carvell, C. A., Alder, C. A., Gao, S., Boustani, M., & LaMantia, M. (2016). Workforce development to provide person-centered care. *Ageing and Mental Health*, 20(8), 781-792. Recuperado em 27 maio, 2019, de: DOI: 10.1080/13607863.2015.1119802.
- Brooker, D. (2004). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215-222. Recuperado em 027 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1017/S095925980400108X>.
- Chaudhury, H., Hung, L., Rust, T., & Wu, S. (2017). Do physical environmental changes make a difference? Supporting person-centered care at mealtimes in nursing homes. *Dementia*, 16(7), 878-896. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1177/1471301215622839>.
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y.-H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., ... Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology*, 8(4), 317-325. Recuperado em 27 maio, 2019. de: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70045-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70045-6).
- Chenoweth, Lynette, Stein-Parbury, J., Lapkin, S., Wang, A., Liu, Z., & Williams, A. (2019). Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLoS ONE*, 14(2), 1-21. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212686>.
- Cornelison, L, Hermer, L., Syme, M. L., & Doll, G. (2019). Initiating Aha moments when implementing person-centered care in nursing homes: a multi-arm , pre-post intervention. *BMC Geriatrics*, 19, 1-12. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12877-019-1121-3>.

- Cornelison, L. (2016). The Culture Change Movement in Long-Term Care: Is Person-Centered Care a Possibility for the Looming Age Wave? *National Academy of Elder Law Attorneys*, 12(2), 121-132. Recuperado em 27 maio, 2019, de: [https://www.researchgate.net/publication/311596893\\_The\\_Culture\\_Change\\_Movement\\_in\\_Long-Term\\_Care\\_Is\\_Person-Centered\\_Care\\_a\\_Possibility\\_for\\_the\\_Looming\\_Age\\_Wave](https://www.researchgate.net/publication/311596893_The_Culture_Change_Movement_in_Long-Term_Care_Is_Person-Centered_Care_a_Possibility_for_the_Looming_Age_Wave).
- Crandall, L., White, D., Schuldheis, S., & Talerico, K. A. (2007). Initiating person-centered care practices in long-term care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(11), 47-56. Recuperado em 27 maio, 2019, de: DOI: 10.3928/00989134-20071101-08.
- Downs, M. (2013). Putting people — and compassion — first: the United Kingdom’s approach to Person-Centered Care for individuals with dementia. *Generations - Journal of the American Society on Ageing*, 37(3), 53-59. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://www.asaging.org/blog/putting-people-and-compassion-first-united-kingdoms-approach-person-centered-care-individuals>.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R., & Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22(1), 101-108. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1017/s1041610209990688>.
- Edvardsson, D., Sjögren, K., Lood, Q., Bergland, Å., Kirkevold, M., & Sandman, P. (2017). A person-centred and thriving-promoting intervention in nursing homes - Study protocol for the U-Age nursing home multi-centre, non-equivalent controlled group before-after trial. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1-9. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0404-1>.
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. *The Gerontologist*, 58(1), S10-S19. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>.
- González, A., Castillo, R., & Hernández, L. (2016). Calidad de la atención y calidad de vida: Atención gerontológica centrada en las personas. *Conamed*, 21(4), 197-202. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con164g.pdf>.
- Greene, S. M., Tuzzio, L., & Cherkin, D. (2012). A Framework for Making Patient-Centered Care Front and Center. *The Permanent Journal*, 16(3), 49-53. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3442762/>.
- Herps, M., Zonneveld, N., & Engels, J. (2017). Towards a basis for person-centered care measurement: a narrative approach. *International Journal of Integrated Care*, 17(5), 1-8. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>.
- Jacobs, M., Snow, A., Parmelee, P., & Davis, J. (2018). Person-Centered Care Practices in Long-Term Care in the Deep South: Consideration of Structural, Market, and Administrator Characteristics. *Journal of Applied Gerontology*, 37(3), 349-370. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1177/0733464816642583>.
- Kolanowski, A., Haitzma, K. Van, Penrod, J., Hill, N., & Yevchak, A. (2015). "Wish we would have known that!" Communication Breakdown Impedes Person-Centered Care. *The Gerontologist*, 55(1), 50-60. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1093/geront/gnv014>.

Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 1-6. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>.

Li, J., & Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1395-1415. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003>.

Lillian, P. (2007). It's time for a return to Person-Centered Care. *Health Progress*, 41-45.

Love, K., & Kelly, A. (2011). Person-Centered Care: Changing with the Times. *Geriatric Nursing*, 32(2), 125-129. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.01.005>.

Love, K., & Pinkowitz, J. (2013). Person-centered care for people with dementia: a theoretical and conceptual framework. *Generations - Journal of the American Society on Ageing*, 37(3), 23-29. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://www.asaging.org/blog/person-centered-care-people-dementia-theoretical-and-conceptual-framework>.

Manthorpe, J., & Samsi, K. (2016). Person-centered dementia care: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1733-1740. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.2147/CIA.S104618>.

Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., & Muñoz, J. (2015). Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Aging and Mental Health*, 550-558. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023768>

Maslow, K. (2013). Person-Centered Care for People with Dementia: Opportunities and Challenges. *Generations - Journal of the American Society on Ageing*, 37(3), 8-15. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://www.asaging.org/blog/person-centered-care-people-dementia-opportunities-and-challenges>.

Molony, S., & Bouma, R. (2013). The Care Manager Role in Person-Centered Care for People with Dementia. *Generations - Journal of the American Society on Ageing*, 37(3), 79-83.

Molony, S., Kolanowski, A., Haitsma, K., & Rooney, K. (2018). Person-centered assessment and care planning. *The Gerontologist*, 58(1), S32-S47. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1093/geront/gnx173>.

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 662-673. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1111/scs.12376>.

Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond “person-centred” care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3a), 45-53. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00926.x>.

Norton, E. S. (2010). Sustaining a person-centered care environment. *Long-Term Living: For the Continuing Care Professional*, 40-43.

Passalacqua, S., & Harwood, J. (2012). VIPS Communication Skills Training for Paraprofessional Dementia Caregivers: An Intervention to Increase Person-Centered Dementia Care. *Clinical Gerontologist*, 35, 425-445. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1080/07317115.2012.702655>.

- Peh, W. (2008). Basic structure and types of scientific papers. *Singapore Medical Journal*, 49(7), 522-525. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <http://smj.sma.org.sg/4907/4907emw1.pdf>.
- Resnick, B. (2018). Person-centered care: The struggle persists. *Geriatric Nursing*, 39(6), 621-622. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.10.007>.
- Rockwell, J. (2012). From Person-Centered to Relational Care: Expanding the Focus in Residential Care. *Journal of Gerontological Social Work*, 55, 233-248. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1080/01634372.2011.639438>.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 20(2), 6-7. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/s0103-21002007000200001>.
- Savundranayagam, M. Y. (2012). Person-Centered Care: Measurement, Implementation, and Outcomes. *Clinical Gerontologist*, 35(5), 357-359. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1080/07317115.2012.702646>.
- Scheffer, A. (2015). Person-Centered Care. *Business People*, (260).
- Simmons, S., & Rahman, A. (2014). Next steps for achieving Person-Centered Care in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(9), 615-619. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.06.008>.
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2012). Psychometric evaluation of the swedish version of the Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 24(3), 406-415. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1017/s104161021100202x>.
- Talerico, K. A., O'Brien, J., & Swafford, K. (2003). Person-Centered Care - An Important Approach for 21st Century Health Care. *Journal of Psychosocial Nursing*, 41(11), 12-17. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14621442/>.
- The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. (2016). Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *The American Geriatrics Society*, 64, 15-18. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>.
- Vikström, S., Sandman, P. O., Stenwall, E., Boström, A. M., Saarnio, L., Kindblom, K., ... Borell, L. (2015). A model for implementing guidelines for person-centered care in a nursing home setting. *International Psychogeriatrics*, 27(1), 49-59. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1017/S1041610214001598>.
- White, D. L., Newton-Curtis, L., & Lyons, K. S. (2008). Development and Initial Testing of a Measure of Person-Directed Care. *The Gerontologist*, 48(1), 114-123. Recuperado em 27 maio, 2019, de: [https://doi.org/10.1093/geront/48.supplement\\_1.114](https://doi.org/10.1093/geront/48.supplement_1.114).
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Recuperado em 27 maio, 2019,, de: <https://doi.org/https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>.
- Wu, S. (2015). *Exploring Person-Centered Care and Mealtimes for Residents with Dementia in Specialized Care Units*. Simon Fraser University. Recuperado em 27 maio, 2019, de: [file:///C:/Users/Dados/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/etd9294\\_SWu%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dados/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/etd9294_SWu%20(1).pdf).

Yevchak, A. M., Fick, D. M., Kolanowski, A. M., Monroe, T., Leviere, A., & Mion, L. (2019). Implementing nurse-facilitated person-centered care approaches for patients with delirium superimposed on dementia in the acute care setting. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(12), 21-28. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.3928/00989134-20170623-01>.Implementing.

Young, J., Roberts, T., Grau, B., & Edvardsson, D. (2015). Person-centered Climate Questionnaire-Patient in English: A psychometric evaluation study in long-term care settings. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(1), 81-87. Recuperado em 27 maio, 2019, de: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.03.010>.

Recebido em 25/03/2020

Aceito em 30/03/2020

---

**Maria Miguel Barbosa** - Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde; Bolsista de doutoramento, FCT, SFRH/BD/138897/2018; Universidade da Beira Interior, Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS-UBI); Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS); Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.  
E-mail: mariambc@live.com.pt

**Rosa Marina Afonso** - Rosa Marina Afonso - Doutora em Psicologia; Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior; CINTESIS, Universidade do Porto, Portugal.  
E-mail: rmafonso@ubi.pt

**Javier Yanguas** - Doutor em Psicologia Biológica e da Saúde; Fundación Bancaria “La Caixa”. Espanha.  
E-mail: javiyanguaslezaun@gmail.com

**Constança Paúl** - Doutora em Ciências Biomédicas na área da Psicologia; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, CINTESIS, Universidade do Porto. Portugal.  
E-mail: constancapaul@gmail.com

---

\* **Financiamento:** Este trabalho foi apoiado financeiramente pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), através de Bolsa Individual de Doutoramento (FCT, SFRH/BD/138897/2018), financiada por fundos nacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e pelo Fundo Social Europeu através do Programa Operacional Capital Humano (POCH, UE).