

# Humanidade na humanização da assistência a idosos: relato de experiência em um serviço de saúde

*Humanidade in the humanization of elderly care: experience reports in a health service*

*Humanidade en la humanización de la asistencia a ancianos: un relato de experiencia desde un servicio de salud*

**Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0941-407X

**Paulo Jorge Costa<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0761-6548

**Liliana Vanessa Lúcio Henriques<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7648-7626

**Luiza Hiromi Tanaka<sup>11</sup>**

ORCID: 0000-0003-4344-1116

**Paulo Joaquim Pina Queirós<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-1817-612X

**João Pärtel Araújo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0037-9383

<sup>1</sup>Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.  
Coimbra, Portugal.

<sup>11</sup>Universidade Federal de São Paulo.  
São Paulo. São Paulo, Brasil.

#### Como citar este artigo:

Melo RCCP, Costa PJ, Henriques LVL, Tanaka LH, Queirós PJP, Araújo JP. Humanidade in the humanization of elderly care: experience reports in a health service Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(3):825-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0363>

#### Autor Correspondente:

Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo  
E-mail: [rosameloc@esenfc.pt](mailto:rosameloc@esenfc.pt)

**Submissão:** 07-06-2017 **Aprovação:** 02-01-2019

#### RESUMO

**Objetivo:** Relatar a experiência vivida durante a implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade na humanização da assistência a idosos. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência sobre a implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade em um Serviço de Saúde, em Portugal, com lotação para 30 idosos, tendo a maioria alterações cognitivas. **Resultados:** A implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade demonstrou resultados positivos na humanização da assistência aos idosos, nomeadamente na redução dos comportamentos de agitação e melhor aceitação do cuidado. Verificou-se mudança na cultura organizacional, mais focada na pessoa e na humanização da assistência. **Conclusão:** Os resultados refletem a necessidade de introduzir metodologias de cuidado inovadoras na formação dos profissionais de saúde, com foco na interação, para um cuidado relacional profissionalizado que dignifique a pessoa cuidada e quem cuida.

**Descritores:** Humanização da Assistência; Serviço de Saúde; Enfermagem Baseada em Evidências; Assistência Centrada no Paciente; Assistência a Idosos.

#### ABSTRACT

**Objective:** To describe the experience in the implementation of the *Humanidade Care Methodology* (MCH) in the humanization of care for the elderly. **Methodology:** This is an experience report about the implementation of the MCH, in a Health Service in Portugal, with capacity for 30 elderly people, most of them having cognitive alterations. **Results:** The implementation of the MCH has shown positive results in the humanization of care for the elderly, namely in the reduction of agitation behaviors and better acceptance of care. There was a change in organizational culture, more focused on the person and on the humanization of care. **Conclusion:** The results reflect the need to introduce innovative care methodologies in the training of health professionals, with a focus on interaction, for a professionalized relational care that dignifies the person cared for and the care giver.

**Descriptors:** Humanization of Care; Organizational Innovation; Evidence-Based Nursing; Patient Centered Care; Neurocognitive Disorders; Nurse-Patient Relations.

#### RESUMEN

**Objetivo:** Describir la experiencia de los profesionales de salud en la implementación de la Metodología de Cuidado Humanidade (MCH) con personas mayores. **Método:** Se trata de un relato de experiencia sobre la aplicación de la MCH en un servicio de salud en Portugal, con capacidad para 30 personas ancianas, la mayoría con alteraciones cognitivas. **Resultados:** La implementación de la MCH demostró resultados positivos en la humanización de la asistencia a los ancianos, en particular en la reducción de los comportamientos de agitación y mejor aceptación del cuidado. Se verificó un cambio en la cultura organizacional, más enfocada en la persona y en la humanización de la asistencia. **Conclusión:** Los resultados apuntan la necesidad de introducir metodologías de cuidado innovadoras en la formación de los profesionales de salud, con enfoque en la interacción, para un cuidado relacional profesionalizado que dignifique a la persona cuidada y a los cuidadores.

**Descriptorios:** Humanización de la Atención; Servicio de Salud; Enfermería Basada en la Evidencia; Atención Dirigida al Paciente; Asistencia a los Ancianos.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem contribuindo para o aumento da prevalência das Perturbações Neurocognitivas (PNC) major<sup>(1,2)</sup>, habitualmente, referidas na literatura como demência. Atualmente, estima-se que haja cerca de 46 milhões de pessoas com PNC major, prevendo-se que este número duplique a cada 20 anos, com cerca de 131,5 milhões de indivíduos diagnosticados até 2050<sup>(3)</sup>. O impacto econômico global da PNC major é significativo, com custos estimados em 818 milhões de dólares americanos<sup>(3)</sup>. Estima-se que, em 2018, este valor atinja o patamar de um trilhão de dólares americanos, acarretando sérias implicações às autoridades governamentais e à sociedade global<sup>(3)</sup>.

As PNC major são causadas por neurodegeneração progressiva, sendo caracterizadas por alterações nos domínios cognitivos específicos, como a atenção, a função executiva, a capacidade de aprendizagem, memória, linguagem, percepção motora e cognição social, interferindo em sua autonomia<sup>(2)</sup>. Com frequência, estas pessoas apresentam Sintomas Comportamentais e Psicológicos de Demência (SCPD), como agitação e recusa de cuidados, dificultando a prestação dos cuidados<sup>(4)</sup>.

Mas, deve-se considerar que, na maioria dos casos, mesmo com a progressão da patologia, não há alterações da percepção emocional. Deste modo, o indivíduo com PNC pode ser profundamente afetado pelas condições impostas pelo meio e pelos cuidadores, por não estarem suficientemente preparados para assistir estes indivíduos<sup>(4)</sup>. Como os cuidados não são adequados, geram um ambiente nocivo, quer à pessoa cuidada, por não ser compreendida, com aumento dos níveis de ansiedade e desorganização; quer aos cuidadores, por não saberem lidar com a situação, potencializando o desgaste emocional e a insatisfação profissional<sup>(5-7)</sup>.

A implementação da Metodologia do Cuidado Humanidade (MCH) tem evidenciado eficácia na prevenção e redução de comportamentos de agitação das pessoas com demência; aceitação do cuidado; ganhos na reconquista da autonomia e independência da pessoa com PNC<sup>(5,7-9)</sup>. Estes ganhos em bem-estar e serenidade proporcionam um ambiente de harmonia na realização dos cuidados, refletindo-se, positivamente, na saúde dos cuidadores, na satisfação e no sentimento de realização dos profissionais envolvidos<sup>(8,9)</sup>.

As pesquisas sobre as implementações da MCH oferecerão mais subsídios para evidenciar cientificamente os resultados positivos experimentados por várias instituições de saúde em alguns países como França e Japão, que já despertaram o interesse dos governos. Em Portugal, o processo de implementação da MCH está sendo realizado em 43 instituições de várias tipologias de cuidados, sobretudo, em unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

## OBJETIVO

Relatar a experiência vivida durante a implementação da MCH em uma Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e seus benefícios nos idosos, famílias, profissionais e instituição.

## MÉTODOS

### Tipo de estudo

Trata-se de um relato de experiência sobre a implementação da MCH, vivenciada pelos profissionais de saúde que atuam na ULDM em Portugal, seguindo as etapas do modelo de Implementação da Prática Baseada em Evidência<sup>(10)</sup>.

### Cenário do estudo

Em 2006, a RNCCI foi criada em Portugal para adaptar os cuidados às exigências das pessoas e de seus cuidadores. O objetivo primordial está na prestação de cuidados integrados aos que se encontram em situação de dependência, que precisam de cuidados continuados de saúde e apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa. Neste contexto, inserem-se os indivíduos com PNC e seus familiares que, muitas vezes, assumem o papel de cuidadores informais.

A RNCCI assegura diversos regimes de prestação de cuidados como: internação, unidades ambulatoriais, equipes hospitalares e domiciliárias. As unidades de internação podem ser de quatro tipologias: Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). A finalidade das ULDM é proporcionar cuidados que previnam ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando tanto quanto possível o estado de saúde, em um período de internação, geralmente, superior a 90 dias.

A Unidade de referência é a ULDM, com lotação para 30 pacientes. Os cuidados são prestados por 34 profissionais de diferentes áreas do conhecimento e ação, tendo participado da experiência: 11 enfermeiros, um médico, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um assistente social, um terapeuta ocupacional, um psicólogo, 11 auxiliares de ação direta e seis auxiliares de serviços. Os pacientes tinham, em média, 78 anos de idade, tendo a maioria como principal motivo de internação a dependência nas Atividades de Vida Diárias, por alterações cognitivas.

### Referencial teórico

A MCH é uma metodologia de cuidado inovadora concebida por Yves Gineste e Rosette Marescotti, desde 1979<sup>(7)</sup>. Foi implementada em diversos países como: Canadá, França, Suíça, Bélgica-Luxemburgo, Alemanha, Portugal, Japão e Estados Unidos. Com estas adesões, foi preciso a criação do Instituto de Formação Gineste-Marescotti (IGM) para organizar a implementação e estruturar a formação dos profissionais. Tornou-se uma metodologia transversal para qualquer cuidado, replicável nos diversos contextos, permitindo a operacionalização da relação por meio de cinco etapas consecutivas e dinâmicas: pré-preliminares, preliminares, *rebouclage* sensorial, consolidação emocional e o reencontro, perfazendo, aproximadamente, 150 técnicas relacionais<sup>(7)</sup>.

Os pré-preliminares têm como objetivo anunciar a presença dos cuidadores, abrir os canais relacionais, evitar abordagem surpresa,

respeitar a privacidade e a autonomia. Os preliminares antecipam a prestação do cuidado com o estabelecimento de uma relação de confiança pelo uso de pilares relacionais da Humanidade (olhar, palavra e toque) e a obtenção de um consentimento relacional por parte da pessoa cuidada. A *rebouclage* sensorial inclui a prestação de cuidados pressupondo a manutenção coerente de uma ambiência emocional positiva entre o cuidador e a pessoa cuidada por meio dos pilares da Humanidade (olhar, palavra, toque e verticalidade). A consolidação emocional é uma etapa de estímulo cognitivo e mnésico, e permite deixar na memória emocional da pessoa cuidada uma impressão positiva da relação estabelecida e do cuidado, facilitando o consentimento relacional e a aceitação dos próximos cuidados<sup>(7)</sup>. O reencontro é o momento final da relação em que um compromisso é obtido para os cuidados futuros, ajustando, assim, o cuidado à vontade da pessoa. Nesta etapa, a despedida é feita e marca-se novo encontro, verbal ou por escrito, com referências temporais, preservando a relação e prevenindo o sentimento de abandono<sup>(7)</sup>.

Para a organização e implementação da MCH, foram seguidas as etapas do modelo de Implementação da Prática Baseada em Evidência<sup>(10)</sup> para melhor analisar o processo de mudança ocorrido nesta instituição nas quatro etapas propostas: Conscientização e criação de interesse; Construção de conhecimento e compromisso; Promoção da ação e adoção; e Acompanhar a integração e sustentabilidade em sua aplicação.

### Período da experiência

O período da experiência relatado, desde seu preparo, decorreu entre setembro de 2014 e dezembro de 2016. Durante o processo de implementação da MCH na ULDM, foram realizadas entrevistas mensais estruturadas aos profissionais no sentido de identificar suas principais dificuldades na prestação dos cuidados e as estratégias utilizadas para superá-las.

### Avaliação da experiência

Para avaliar a apropriação da MCH pelos profissionais, mensalmente, foram realizadas: observação sistematizada dos cuidados de higiene e conforto, mobilização e alimentação registrada em uma planilha denominada Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanidade (SEPCH)<sup>(7)</sup>, que permite avaliar a implementação na prática dos princípios Humanidade e a operacionalização da MCH. Esta compõe-se de cinco etapas consecutivas e dinâmicas: pré-preliminares, preliminares, *rebouclage* sensorial, consolidação emocional e reencontro.

Para avaliar os ganhos obtidos com os pacientes, foram aplicadas as seguintes escalas: de Braden, Morse, Índice de Barthel e Mini Mental State Examination; nos familiares e profissionais, foram realizadas observações e entrevistas estruturadas.

## RESULTADOS

A fase de “conscientização e criação de interesse” iniciou-se antes da abertura da ULDM, em setembro de 2014, quando um grupo restrito de profissionais de saúde participou de um encontro de sensibilização sobre a MCH, que resultou em um impacto

positivo nos profissionais, que se interessaram em implementar a MCH, pela eficácia na prática dos cuidados.

Com o início do funcionamento da ULDM, em novembro de 2014, os profissionais começaram a aplicar algumas técnicas e princípios apreendidos na formação e sensibilizaram seus pares para adoção das práticas da MCH preconizadas, assim como seus princípios. Contudo, os líderes formais identificaram dificuldades na implementação da MCH, em razão da falta de formação e treino de técnicas para profissionalizar a relação e da dificuldade na comunicação com os pacientes, sobretudo com os que apresentavam comportamentos de agitação e recusa de cuidados. Como os resultados não estavam sendo satisfatórios, as lideranças decidiram providenciar a formação e a capacitação de 12 profissionais de saúde para os procedimentos cuidativos Humanidade, passando à fase de “construção do conhecimento e compromisso”.

Assim, em fevereiro de 2016, foi realizada a formação em Humanidade, ministrada e supervisionada por formadores certificados do Instituto Gineste-Marescotti\* (IGM) Portugal. Esta formação teve um total de 51 horas, incluindo um componente teórico, teórico-prático e prático realizado diretamente com os pacientes. A formação foi desenvolvida em duas fases: Sensibilização (16 horas), envolvendo os líderes formais e informais, e a Disseminação (35 horas), no período de fevereiro a abril de 2016, tendo-se a expectativa de que, em 3 meses, todos os profissionais da equipe, por contaminação positiva, incorporassem os princípios da MCH em sua prática. No entanto, verificou-se que a formação inicial não foi suficiente para uma eficaz capacitação e construção de compromisso de todos os elementos da equipe.

Uma das dificuldades identificadas foi a rotatividade dos enfermeiros, havendo necessidade de formar os enfermeiros recém-admitidos com técnicas relacionais, para poderem ser agentes de mudanças, cuidando, prescrevendo e supervisionando as práticas cuidativas. Outra dificuldade apresentada foi o fato dos familiares e cuidadores informais estarem centrados no modelo de cuidado paternalista, de substituição da pessoa cuidada, e não compreenderem a atuação dos profissionais treinados em MCH, que incentiva a verticalização, o autocuidado e a promoção da autonomia.

A partir da identificação dos problemas, foram definidas novas estratégias para a fase de “Promoção da ação e adoção das boas práticas”, com a criação de um grupo de apoio constituído de 12 profissionais que tinham realizado as duas fases de formação inicial (sensibilização e disseminação), envolvendo os líderes formais e informais. A criação deste grupo foi determinante, pois permitiu formar uma equipe de profissionais com ferramentas de gestão estratégica, operacional e de liderança que serviram de alavanca na implementação eficiente da MCH. O grupo de apoio teve a função de realizar a monitorização e acompanhamento do processo de implementação, coletando sistematicamente os dados sobre o aprendizado aplicado na prática da MCH; identificando os problemas a serem melhorados e planejar as estratégias mais adequadas para implementar as medidas corretivas; como também as atividades que assegurem a adesão da equipe à adoção dos princípios e procedimentos cuidativos Humanidade.

No sentido de “Acompanhar a integração e sustentabilidade em sua aplicação”, o grupo de apoio passou a usar estratégias de monitorização da implementação da MCH, mensalmente, entre setembro e dezembro de 2016, pela aplicação da SEPCH<sup>(7)</sup>. Esta planilha de

observação sistematizada dos procedimentos realizados durante os cuidados de higiene e conforto, mobilização, alimentação, entre outros, permitiu avaliar a implementação na prática dos princípios Humanidade. Os dados foram analisados e apresentados à equipe para verificar a evolução e os pontos críticos que necessitavam melhorar. Assim, foram definidos os objetivos e o desenvolvimento de outras estratégias como: escrever slogans e cartazes para lembrar alguns procedimentos relacionais, como bater à porta, apresentar-se, agradecer, marcar novo encontro e despedir-se, para a integração e sustentabilidade de sua aplicação na prática<sup>(10)</sup>.

Para a integração dos novos profissionais, estes foram incentivados a participar da formação e recebimento de acompanhamento e supervisão da prestação de cuidados até à apropriação dos conceitos, princípios e técnicas relacionais na MCH. Os familiares e cuidadores informais passaram a ser mais integrados nos cuidados voltados para a MCH e aprenderam as técnicas relacionais para melhor relacionar-se com seu familiar, além de compreenderem a necessidade da estimulação contínua para a verticalidade, autocuidado e autonomia.

Os ganhos obtidos pelos profissionais, dos idosos, da família e da instituição ao longo do processo de implementação desta metodologia de cuidado, foram sendo monitorizados e registrados mensalmente. Nos profissionais de saúde, verificou-se uma maior conscientização das potencialidades da pessoa cuidada e a compreensão de seus comportamentos, promovendo melhor gestão das emoções, maior intencionalidade na relação e responsabilidade no cuidar; melhora da motivação, satisfação profissional, sentimento de dever cumprido e trabalho em equipe multiprofissional. Nos idosos, verificou-se redução da oposição aos cuidados e ao cuidador, aumento na aceitação do cuidado, diminuição do consumo de antipsicóticos. Assim como diminuição de déficit cognitivo, redução de pessoas classificadas como totalmente dependentes, diminuição do risco de desenvolvimento de lesões por pressão e diminuição de risco elevado para queda. Nos familiares, observou-se maior envolvimento na prestação dos cuidados, facilidade na compreensão dos comportamentos do familiar idoso e a adaptação de técnicas relacionais promotoras de maior aproximação e interação. Na prestação dos cuidados, houve maior facilidade no cuidado aos idosos com demência, reduzindo a sua agitação e aumentando a aceitação do cuidado. A nível institucional, constatou-se uma mudança de cultura de cuidados mais centrada na humanização da assistência e nas relações estabelecidas com as pessoas cuidadas e com toda a equipe de saúde multiprofissional.

Os ganhos obtidos pela implementação desta metodologia de cuidar foram apresentados à equipe multiprofissional no sentido de aumentar sua motivação e satisfação profissional. Os resultados também foram divulgados por comunicação oral e em formato de pôster em eventos científicos e publicações em revistas científicas.

## DISCUSSÃO

No processo de implementação da MCH, a principal dificuldade está relacionada com a falta de formação dos enfermeiros sobre técnicas relacionais, dificultando a apropriação e aplicação na prática desta metodologia de cuidado, o que também foi corroborado

em outro estudo<sup>(9)</sup>. As estratégias utilizadas relacionam-se com a necessidade de acompanhamento e conscientização das técnicas que profissionalizam o cuidar, indo ao encontro de outros estudos realizados sobre esta temática<sup>(5,9)</sup>. A MCH rompe paradigmas sobre a possibilidade de estar totalmente baseada em técnicas para cuidar em humanidade e qualquer cuidador pode ser treinado, independentemente de possuir ou não um perfil, por exemplo, empático. A partir das técnicas, os cuidadores desenvolvem a atenção mais consciente das suas próprias percepções e as do outro.

Os ganhos obtidos com a implantação desta metodologia centram-se nos profissionais, nos idosos, na prestação dos cuidados e na instituição<sup>(8,9)</sup>. Nos profissionais, ficou evidente a maior compreensão dos comportamentos da pessoa cuidada, gestão das emoções e satisfação profissional em razão dos resultados positivos obtidos<sup>(8,9)</sup>. Nas pessoas cuidadas, salientou-se a redução de oposição aos cuidados<sup>(5,8,9)</sup> e o aumento na participação no autocuidado<sup>(8)</sup>. Na prestação dos cuidados, verificou-se maior facilidade no cuidado aos idosos demenciados em razão do ambiente de harmonia proporcionado durante a assistência. Este ambiente está relacionado, com a capacitação dos profissionais com técnicas relacionais e a apropriação da MCH, que, por meio da sequência estruturada de procedimentos relacionais, facilita a operacionalização e sistematização da relação na prática<sup>(7,9)</sup>, evitando realizar cuidados forçados e de surpresa, promovendo na pessoa cuidada sentimento de respeito pela sua liberdade, dignidade e autonomia, contribuindo para redução da agitação e aumento na aceitação dos cuidados<sup>(5)</sup>. Em nível institucional, percebeu-se mudança na cultura dos cuidados, criando-se um ambiente e um clima organizacional promotor de humanização da assistência<sup>(8,9)</sup>.

## Limitações do estudo

A limitação está relacionada ao fato de a implementação do treinamento, capacitação, acompanhamento e avaliação dos gestores e profissionais para atuarem na MCH ter sido testada na sua totalidade em uma determinada ULDM. Há a necessidade de testar o processo de implementação, como relatado, em outras ULDM.

## Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O relato desta experiência de implementação da MCH, como tecnologia de cuidar inovadora e da eficácia dos ganhos obtidos, possibilitará novos olhares no cuidar em enfermagem, reunindo a tecnicidade, tecnologia e cientificidade da evidência clínica, tendo a essência da humanidade como base de sustentação na formação e atuação do enfermeiro, contribuindo para a mudança de cultura dos cuidados e das políticas de saúde pública, sobretudo, no cenário da população idosa e seus familiares. Esta metodologia possibilita o aumento da efetividade do cuidado e a satisfação dos cuidadores.

## CONCLUSÃO

A implementação da MCH é um processo que necessita de acompanhamento e monitorização para a sustentabilidade e consolidação das boas práticas por todos os profissionais e participação efetiva dos gestores, no sentido de se obter melhores

resultados. A mudança da cultura de cuidados assume-se como um desafio, dado que os profissionais estão, por vezes, rotinizados/formatados com determinadas práticas cuidativas e necessitam, em uma primeira fase, conscientização sobre as evidências das metodologias de cuidar inovadoras para aceitarem e reconhecerem as práticas que precisam de melhorias e, assim, realizar o processo de capacitação e adoção de novas práticas no cuidar.

A evidência dos resultados positivos desta metodologia de cuidado leva a reflexões sobre a necessidade de mudança da formação dos profissionais de saúde, do paradigma dos cuidados com foco na tarefa, para um cuidado relacional profissionalizado e promotor de uma sociedade mais democrática, respeitando a dignidade, autonomia e liberdade da pessoa cuidada e daquela que cuida.

---

## REFERÊNCIAS

1. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement* [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 27];9(1):63-75. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>
2. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2013 [cited 2019 Feb 9]. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
3. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali MGC, Wu YT, Prina M. *World Alzheimer Report 2015: the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. [Internet]. London: Alzheimer's Disease International; 2015 [cited 2017 Mar 27]. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
4. Hughes JC, Beatty A. Understanding the person with dementia: a clinic philosophical case discussion. *Adv Psychiatr Treat* [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 27];19(5):337-43. Available from: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.011098>
5. Honda M, Ito M, Ishikawa S, Takebayashi Y, Tierney Jr L. Reduction of behavioral psychological symptoms of dementia by multimodal comprehensive care for vulnerable geriatric patients in an acute care hospital: a case series. *Case Rep Med* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 27] Article ID 4813196:1-4. Available from: <https://doi.org/10.1155/2016/4813196>
6. Kable A, Guest M, McLeod M. They dare to resist care: nurses report experiences with patient resistance to care. *J Adv Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 27];69:1747-60. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/810264>
7. Melo RCCP, Queirós PJP, Tanaka LH, Salgueiro NRM, Alves RE, Araújo JP, et al. State-of-the-art in the implementation of the humanity care methodology in Portugal. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 9];4(13):53-62. Available from: <https://doi.org/10.12707/RIV17019>
8. Henriques LVL, Dourado MARF, Melo RCCP, Tanaka LH. Implementation of the humanity care methodology: contribution to the quality of health care. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2019 Feb 9];27:e3123. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2430-3123>
9. Figueiredo AMG, Melo RCCP, Ribeiro OP. Humanity care methodology: difficulties and benefits from its implementation in clinical practice. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 9];4(17):53-62. Available from: <https://doi.org/10.12707/RIV17063>
10. Cullen L, Adams SL. Planning for implementation of evidence-based practice. *J Nurs Adm* [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 27];42(4):222-30. Available from: <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31824ccd0a>